

Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 11, Номер 3



Октябрь 2012

ОТ РЕДАКТОРА

Эволюция терапевтических мишеней в психиатрии: от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем»

Mario Maj

137

СПЕЦИАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Меры по устранению негативного влияния экономического кризиса на психическое здоровье

K. Wahlbeck, D. McDaid

139

Дифференциальный диагноз биполярного расстройства у детей и подростков.

G. A. Carlson

146

ПЕРСПЕКТИВА

Исследование шизофрении in vitro: возможности и ограничения

N. J. Bray, S. Kapur, J. Price

155

ФОРУМ – МОДЕЛИ «RECOVERY» С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ТЕКУЩИЕ ВОПРОСЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Проблемы и пути развития концепции восстановления (recovery) с точки зрения потребителя медицинской помощи

A.S. Bellack, A. Drapalski

156

Комментарии

Обновление концепции «recovery» при шизофрении: формальные показатели улучшаются вслед за функционированием

R.P. Liberman

161

Исследования «recovery»: эмпирические данные из Англии

M.Slade

162

Концепция стигмы в модели «recovery»

M. C. Angermeyer, G.Schomerus

163

Активная позиция: ее природа и влияние на recovery при тяжелых психических заболеваниях

P.H. Lysaker, B. L. Leonhardt

165

Потребительские модели «recovery»: выстоят ли они в условиях операционализма?

J.Wallcraft

166

«Recovery»: возможен ли консенсус?

M. O'Hagan

167

Превратности конструкта «recovery» или вызов серьезному отношению к «субъективному опыту»

F.Callard

168

Восприятие «recovery» потребителями: взгляд из Индии

R.Thara

169

«Recovery» потребителей: призыв к партнерству между исследователями и потребителями

S.Katontoka

170

ОТЧЕТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

Эмпирический подход к классификации и диагностике расстройств настроения

D.Westen, J. C. Malone, J.A. DeFife

172

Оценка диагностической надежности структурированного психиатрического интервью у пациентов, впервые госпитализированных в психиатрическую больницу

J.Nordgaard, R.Revsbech, D.Saebye, J. Parnas

181

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Восточной и Юго-Восточной Азии

H.Ito, Y.Setoya, Y.Suzuki

186

Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Латинской Америке и странах Карибского бассейна

D.Razzouk, G.Gregório, R.Antunes, J. de Jesus Mari

191

ПЕРСПЕКТИВА

Мобильные технологии в психиатрии: открытие новых перспектив от биологии до культуры

J. Swendsen, R.Salamon

196

Перспективы и ограничения использования телепсихиатрии для оказания психиатрической помощи взрослому населению в сельской местности

V. Grady

199

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

202

НОВОСТИ ВПА

Новый импакт-фактор и индекс цитируемости в журнале World Psychiatry

M.Luciano

207

Всемирная Психиатрическая Ассоциация (ВПА)

ВПА является ассоциацией национальных психиатрических обществ, цель которой – повышение уровня знаний и навыков, необходимых для работы в области психического здоровья и лечения психически больных людей. В состав ВПА в настоящее время входит 135 обществ из 117 стран, более 200000 психиатров.

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

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

Исполнительный Комитет ВПА

Президент: P.Ruiz (США)

Избранный президент: D.Bhugra (Великобритания)

Генеральный секретарь: L.Kuey (Турция)

Секретарь по финансам: Т.Акиyаmа (Япония)

Секретарь по организации собраний: Т.Оkаshа (Египет)

Секретарь по образованию: E.Belfort (Венесуэла)

Секретарь по публикациям: M.Riba (США)

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

Секретариат ВПА

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

Всемирная Психиатрия

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

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

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. *Int J Num Math Engng*1973;6:213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijis de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97.

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

Редактор – М. Maj (Италия).

Помощник редактора – P. Ruiz (США).

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

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

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

Перевод на русский язык организован Советом молодых ученых (ответственные – О.А.Карпенко, П.В.Алфимов) Российского общества психиатров.

Главный редактор русской версии – П.В.Морозов

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

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

Эволюция терапевтических мишеней в психиатрии: от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем»

Mario Maj

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

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Было время, когда мишень в психиатрии была однозначной и не вызвала ни у кого сомнений. Это было «безумие» — широкое понятие, охватывающее поведение и переживания человека, не совпадающие с общепринятой нормой.

В восприятии общественности, врачей других специальностей и, что самое странное, яростных противников психиатрических больниц, традиционной мишенью психиатрии по-прежнему является «сумасшествие».

Тем не менее, в последние несколько десятилетий фактические мишени психиатрии кардинально изменились. Теперь в сферу деятельности психиатров входит широкий диапазон психических расстройств (в некоторых официальных международных документах также используется термин «проблемы с психическим здоровьем»), включая некоторые состояния, составляющие континуум с нормой. Настоящей проблемой стало определение границы между нормой и патологией. Как правило, эта граница определяется прагматически, на основании «клинической пользы», т. е. прогнозировании клинического исхода и реакции на лечение. Этот прагматизм может включать некоторую тавтологию — если диагностический порог определяется прогнозом реакции на терапию, то состояние человека признается психическим расстройством, как только появляется эффективный метод его лечения.

Существующий сценарий диагностики привел к массовой критике психиатрии.

С одной стороны, психиатров обвиняют в том, что они неправомерно «патологизируют» обычные жизненные трудности, расширяя, таким образом, сферу своего влияния (1, 2). При этом критики игнорируют упомянутую выше эволюцию мишеней в психиатрии (переход от «безумия» к «проблемам с психическим здоровьем») и упирают на то, что «патологизация» жизненных трудностей приводит к тому, что «обычные люди становятся сумасшедшими» (3). Чаще всего о неправомерной «патологизации» говорят в контексте детской и подростковой психиатрии, а также приводят ее в качестве доказательства «заговора» между врачами и фармацевтическими компаниями.

С другой стороны, психиатры подвергаются критике из-за того, что они выходят за рамки диагностики и лечения психических расстройств и занимаются профилактикой (укреплением психического здоровья) в общей популяции (4, 5). В некоторых странах действуют общественные организации, которые под руководством психиатров оказывают гражданам психосоциальную поддержку, в частности — людям, пострадавшим от экономического кризиса и стихийных бедствий (т. е. людям, чьи «проблемы с психическим здоровьем» не являются полноценными «психическими расстройствами»). Кроме того, общественность требует от врачей как можно раньше диагностировать и лечить «полноценные» психические расстройства. Психиатрам приходится работать с «предвестниками» или «продромами» психических расстройств. Зачастую эти состояния не выходят за пределы нормы, что также

приводит к обвинению в неправомерной «патологизации».

В настоящем номере этой проблеме посвящены две специальные статьи (6, 7).

Действительно, продолжающийся экономический кризис негативно сказывается на психическом здоровье граждан во многих странах, в особенности в тех из них, где социальная помощь малодоступна людям, попавшим в сложную жизненную ситуацию (безработица, долги, бедность и т. д.). В ситуациях неопределенности и потери жизненных ориентиров люди часто обращаются в службы психосоциальной поддержки.

Приведем несколько ситуаций, которые недавно имели место в Италии. Прошлой весной группа женщин, являющихся вдовами обанкротившихся предпринимателей-самоубийц, устроила митинг в одном итальянском городе. Женщины скандировали лозунг: «Наши мужья не были сумасшедшими!». Одна из них заявила: «Мой муж не был психически болен, он пошел на суицид из-за отчаяния!» (8). В это же время в другом итальянском городе вдова предпринимателя, который покончил с собой, обвиняла психиатров в том, что они не госпитализировали ее мужа в недобровольном порядке. Специалист рассудил, что ее покойный муж переживал из-за финансовых трудностей, однако, у него не было признаков психического расстройства. Вдова заявила: «Мой муж страдал от депрессии. Они должны были положить его в больницу!» (9).

Таким образом, с одной стороны, психиатры виновны в том, что они неправомерно патологизируют и стигматизируют обычный психологический дистресс, а с другой стороны, в том, что они не патологизируют и не лечат этот же самый дистресс как полноценное психическое расстройство.

В этом отношении показательна диагностическая дискуссия о «риске развития психоза» (т. н. «слабом психотическом синдроме» — «attenuated psychosis syndrome») и «юношеском биполярном расстройстве». Первую патологию предлагается включить в DSM-V, а вторая так и не была включена ни в одну классификацию, несмотря на мнение множества экспертов. Ранние диагностика и лечение шизофрении и биполярного расстройства (до манифестации типичной клинической картины) улучшает прогноз и смягчает течение этих заболеваний. Однако многие озабочены риском ложноположительного диагноза, который влечет за собой стигматизацию обществом и самими пациентами, а также приводит к нецелесообразному назначению психотропных средств (10, 11).

Безусловно, эта неопределенность сохранится в ближайшие годы. В сложившейся ситуации от психиатров требуется повышение качества диагностики, в частности, разработка дифференциальных диагностических критериев. Подробное описание «полноценных» психических расстройств, приведенное в существующих диагностических системах, может быть недостаточным (особенно для психиатров, которые работают в амбулаторной сети). Во-первых, требуется описание стандартных реакций на серьезные стрессоры (напри-

мер, описание «нормальной» скорби, реакции на банкротство, стихийные бедствия, войну, развал семьи или развод), а также описание «нормальных» состояний в различные периоды жизни (например, эмоциональную неустойчивость у подростков). Первым шагом в этом направлении стало включение в DSM-V описания «нормального» горя в сравнении с депрессией, вызванной потерей близкого человека. Во-вторых, нужно дать характеристику более тяжелым реакциям на упомянутые выше стрессоры, которые требуют внимания психиатра, однако, не выполняют критерии какого-либо психического расстройства. Хорошим примером такой реакции является тяжелый, угрожающий жизни психологический дистресс, связанный с финансовым крахом, но не соответствующий критериям депрессии. Отличительными чертами такого состояния являются отчаяние и стыд. Существующее определение «расстройств адаптации» в МКБ-10 и DSM-IV является слишком общим и двусмысленным — оно мало помогает в дифференциальной диагностике и разработке схемы лечения.

Безусловно, другие профессионалы в области психического здоровья (а также социальные работники, работающие вне медицинской сети) должны сотрудничать с психиатрами в разработке новых критериев. Такой подход поможет сформировать междисциплинарную, клинически значимую систему знаний в области психического здоровья, существование которой в настоящее время сомнительно.

Правильная квалификация описанных выше «проблем с психическим здоровьем» может помочь разработать адекватные методы помощи с опорой на сообщество. С одной стороны, существует риск ненадлежащего использования традиционных методов, применяемых в «настоящей психиатрии» (например, применение антидепрессантов у людей с психологическим дистрессом, возникшим на фоне финансовых трудностей). С другой стороны, также присутствует риск сокращения объема помощи до простой «практической консультации», которую могут доверить необученным добровольцам там, где требуются профессиональная помощь и дифференциальная диагностика.

Недостаточно просто доказать эффективность таких методов помощи. Нужно «перенаправить» общественное мнение, показать, что существует приемлемый баланс между преимуществами и рисками (в частности, риска стигматизации) любого обращения за психиатрической помощью (12). Наряду с разработкой новых методов лечения требуется интеграция психиатрической помощи в сообщество (включая активное сотрудничество с врачами общей практики, социальными службами и другими заинтересованными сторонами). Обычно подчеркивают важность лишь одного из этих компонентов, хотя на самом деле, они оба очень важны.

Наконец, нельзя игнорировать последствия мирового экономического кризиса в нашей отрасли: во многих странах сокращаются кадровые и финансовые ресурсы психиатрической службы. Нельзя перейти к решению новых задач, когда нет ресурсов для выполнения традиционных. Дискуссия на эту тему развернулась в странах, недавно подвергшихся стихийным бедствиям, в частности, в Индонезии и на Шри-Ланке. В этих странах врачам удалось справиться с чрезвычайными обстоятельствами — они убедили руководство в важности психиатрической помощи, добились расширения программ поддержки и лучшей интеграции медицинских услуг в сообщество. В других странах аналогичным образом можно использовать существующий экономический кризис — с его помощью можно продемонстрировать важность и эффективность гибкой психиатрической помощи в сложившихся обстоятельствах.

Литература:

1. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
2. Stein R. Revision to the bible of psychiatry, DSM, could introduce new mental disorders. Washington Post, February 10, 2010.
3. Kutchins H, Kirk SA. Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press, 1997.
4. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
5. World Health Organization Regional Office for Europe. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference, 2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
6. Wahlbeck K, McDavid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. World Psychiatry 2012;11:139-45.
7. Carlson GA. Differential diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents. World Psychiatry 2012;11:146-52.
8. Alberti F. Le vedove della crisi in corteo: i nostri mariti non erano pazzi. Corriere della Sera, May 5, 2012.
9. Di Costanzo A. Imprenditore suicida, la moglie accusa. La Repubblica, April 26, 2012.
10. Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: a risk-benefit analysis. Schizophr Res 2010;120:16-22.
11. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder? N Engl J Med 2010;362:1853-5.
12. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.

Меры по устранению негативного влияния экономического кризиса на психическое здоровье

Kristian Wahlbeck¹, David McDaid²

¹ Finnish Association for Mental Health, Maistraatiportti 4 A, FI-00240 Helsinki, Finland (Финляндия)

² LSE Health and Social Care and European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, London, UK (Великобритания)

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Ожидается, что глобальный экономический кризис негативно повлияет на психическое здоровье населения в затронутых им странах. В первую очередь речь идет о повышении частоты суицидов и смертей, связанных с алкоголем. В странах с хорошо развитой сетью социального обеспечения влияние экономической рецессии на психическое здоровье может оказаться менее очевидным. Научные данные показывают, что неблагоприятные последствия экономического кризиса можно облегчить, разработав и внедрив ряд профилактических мер. Настоящая статья посвящена мерам по укреплению и защите психического здоровья граждан во время экономической рецессии. Основной посыл авторов заключается в том, что высокий уровень психического здоровья не может быть обеспечен силами одной лишь системы здравоохранения. Факторы, определяющие психическое здоровье нации, зачастую лежат за пределами полномочий системы здравоохранения, и для его укрепления требуются усилия всех слоев общества. Доступная и гибкая помощь, оказываемая в первичной медицинской сети, является хорошей поддержкой для лиц в группе риска и профилактикой неблагоприятных событий в сфере психического здоровья. Любые меры экономии, вводимые в отношении психиатрической службы, должны быть направлены на ее модернизацию. Программы трудоустройства и социального обеспечения также могут служить профилактикой проблем с психическим здоровьем во время экономического кризиса. Не менее важной является поддержка семьи. Ограничение доступности алкоголя (в том числе ценовое) может сократить вред от злоупотребления и спасти жизни. Другой важной мерой может служить облегчение долгового бремени. Текущий экономический кризис может неблагоприятно повлиять на психическое здоровье общества, привести к увеличению частоты суицидов и расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Тем не менее, этот кризис представляет собой возможность для модернизации психиатрической службы и внедрения программ, направленных на укрепление психического здоровья.

Ключевые слова: психическое здоровье, экономический кризис, профилактика самоубийств, социальная политика

(*World Psychiatry* 2012;11:139-145)

Финансовые потрясения 2007 года во многих странах привели к развитию полномасштабного экономического кризиса. Этот кризис оказал неблагоприятное воздействие на здоровье населения, в том числе на его психическое благополучие. Нам лишь предстоит оценить влияние кризиса, однако, уже сейчас опубликовано несколько отчетов об ухудшении психического здоровья населения. Например, отмечается увеличение числа попыток самоубийства и завершенных суицидов после начала экономического спада в Греции (1), Ирландии (2) и Англии (3). Тем не менее, ситуация не настолько удручающая. В недавней публикации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркивается, что неблагоприятной связи между экономическим кризисом и ухудшением психического здоровья населения можно избежать (4).

Общества могут быть более или менее устойчивы к стрессовым факторам, в том числе к экономическим спадам (рецессиям) и кризисам. Последние могут дестабилизировать государственные бюджеты, что приводит к неблагоприятным последствиям в сферах образования, социального обеспечения и здравоохранения. Определенные политические меры могут повлиять на то, как экономическая рецессия затрагивает психическое здоровье населения. Неразумные меры экономии в государственном секторе, касающиеся детей, подростков и семейной политики, могут приводить к длительным и дорогостоящим последствиям в сфере психического и соматического здоровья нации, что, в свою очередь, становится препятствием для экономического восстановления. Меры, направленные на укрепление сетей социальной поддержки и безопасности, могут усилить устойчивость нации к экономиче-

ским проблемам и нивелировать их неблагоприятные последствия на психическое здоровье, связанные со страхом безработицы, потерей социального статуса и др. (5).

Психическое здоровье населения зависит от множества социально-экономических и средовых факторов (6). Высокая распространенность психических расстройств и суицидов коррелирует с бедностью, низким уровнем образования, финансовыми трудностями, «фрагментацией» социума и безработицей (7-9). Экономическая рецессия приводит к увеличению имущественного неравенства, что, в свою очередь, увеличивает риск проблем с психическим здоровьем (10).

По мере того, как люди движутся вниз по социально-экономической лестнице (теряют доход, работу и т. д.), у них увеличивается риск проблем со здоровьем (11). Экономический кризис приводит к увеличению числа семей с большими задолженностями, росту частоты изъятия недвижимости и выселения. Защитные факторы ослабевают, а факторы риска усиливаются.

Риски в сфере психического здоровья во время экономического кризиса

Во многих исследованиях показано, что во время экономических изменений появляются дополнительные риски в сфере психического здоровья. Мы знаем, что люди, которые столкнулись с безработицей и нищетой, имеют значительно больший риск проблем с психическим здоровьем (депрессия, злоупотребление алкоголем, суицид и др.) по сравнению с более благополучными гражданами (12, 13). В период экономической нестабильности мужчины подвержены наибольшему риску проблем с психическим здоровьем (14),

завершенного суицида (15) и злоупотребления алкоголем (16).

Это доказывает, что долги, финансовые трудности и проблемы с жилищными выплатами имеют связь с психическими расстройствами (17-19). Чем больше долгов у человека, тем выше риск развития у него распространенных психических расстройств (20, 21).

Увеличение числа безработных на национальном и региональном уровнях имеет связь с увеличением частоты суицидов (3, 5, 22). Наибольший риск проблем со здоровьем после потери работы наблюдается среди малообразованной части населения (23). Совокупный анализ имеющихся данных показал необходимость профилактического вмешательства в группах лиц, которые потеряли работу (давно или недавно), особенно лиц, с низким уровнем образования (23).

Во время экономического кризиса растет социальное неравенство (24). Бедные люди, а также те, кто стал бедными в результате потери дохода или жилья, в наибольшей степени страдают от экономического кризиса (23). Кризис увеличивает вероятность социальной маргинализации уязвимых групп населения, бедных лиц и лиц, живущих в пределах черты бедности (25). Уязвимые группы включают детей, молодых людей, семьи с одним родителем, безработных, этнические меньшинства, мигрантов и пожилых людей. Исследование, проведенное в Южной Корее, указывает на связь между возрастающим социальным неравенством и частотой суицидов и депрессии в течение 10 лет после начала экономического кризиса. Это является дополнительным аргументом в пользу целевого инвестирования в программы социальной поддержки (26).

Экономический кризис и благополучие семей

Институт семьи также страдает от экономического кризиса. Бедные семьи особенно страдают от урезания бюджетов здравоохранения и образования. Напряженная обстановка в семье может привести к насилию и отсутствию родительской заботы. Детям иногда приходится самим оказывать помощь и поддержку другим членам семьи.

Основы хорошего психического здоровья закладываются во время беременности, в младенческом и детском возрасте (27). Важными факторами в становлении психически здоровой личности являются воспитание, подготовительные программы, возможности социального и эмоционального научения в дошкольных учреждениях и школах (28). Урезание бюджета системы образования может неблагоприятно сказаться на психологическом благополучии подрастающих граждан.

Экономические трудности влияют на психическое здоровье родителей и обстановку в семье, что, в свою очередь, оказывает влияние на психическое здоровье детей и подростков (29, 30). Нищета в детстве может привести к задержке физического развития, когнитивному и эмоциональному дефициту и иметь долгосрочные последствия на здоровье и благополучие человека во взрослой жизни (31). Финляндия переживала серьезный экономический кризис в начале 1990-х годов. В популяционном проспективном исследовании получены печальные результаты: к 21 году один из четырех детей, рожденных в 1987, совершил преступление, а один из пяти детей — получал психиатрическую помощь (32).

Вред, связанный с употреблением алкоголя

Во многих странах употребление алкоголя негативно сказывается на психическом здоровье населения. Например, в Восточной Европе, уровень потребления алкоголя играет важную роль в частоте суицидов, особенно среди мужчин (33).

В России социальные перемены, имевшие место после распада Советского Союза в 1991 г., а также после

падения курса рубля в 1998 г., коррелировали с увеличением числа смертей, связанных с алкоголем (34). В Европейском Союзе рост безработицы привел к 28% росту смертности, связанной с употреблением алкоголя (5).

Распространенность компульсивного пьянства и уровень «алкогольной смертности» увеличиваются во многих странах, страдающих от экономических проблем (35, 36). Эти факты требуют от национальных правительств новых мер по контролю оборота алкогольных напитков.

Риски для психического здоровья можно смягчить

В странах, имеющих мощные сети социальной поддержки, влияние экономического кризиса на психическое здоровье населения заметно в меньшей степени (37). Данные по Европе показывают, что наличие хорошо финансируемой системы социальной защиты «сглаживает» социальное неравенство и неблагоприятное влияние экономического кризиса на здоровье населения (5). К примеру, в Финляндии и Швеции в течение периода экономического спада и роста безработицы частота суицидов и неравенство в состоянии здоровья между различными группами населения оставались на прежнем уровне. Возможно, это было связано с хорошо налаженной работой социальных служб, которые служили «буфером», защищающим уязвимые группы населения от вредных факторов (38-40). Эти результаты соотносятся с данными по США, в которых увеличение числа суицидов коррелировало с сокращением государственных затрат на соцобеспечение (41).

Реформы, направленные на укрепление служб социальной поддержки, и налоговые меры, уменьшающие социальное неравенство, могут благоприятно повлиять на психическое здоровье общества. Сравнительный анализ приведенных выше данных показывает, что социальная защита играет важную роль в сохранении психического здоровья во время экономического кризиса, а высокий уровень социального неравенства, наоборот, связан с низкими показателями психического здоровья.

Комплексный характер проблем в сфере психического здоровья во время экономического кризиса, требует мер, направленных сразу на несколько факторов. Среди мер, направленных на укрепление психического здоровья, можно выделить следующие: программы социального обеспечения, программы психиатрической помощи в первичной медицинской сети, программы на рынке труда, семейная политика и меры по поддержке родителей, меры по контролю оборота алкоголя, усиление «социального капитала», облегчение долгового бремени населения. Экономическая целесообразность упомянутых мер становится все более очевидной.

Ускорение реформ в сфере психического здоровья

Международное финансовое сообщество оказывает давление на многие страны, принуждая их к урезанию затрат и ограничению кредитования. Это неизбежно приводит к сокращению бюджетов в сферах здравоохранения и социального обеспечения. Государственные затраты на здравоохранение сокращаются и привязываются к фактической стоимости услуг. Данные ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития) показывают, что общие затраты на здравоохранение росли приблизительно на 5 % каждый год в период с 2000 по 2009 гт., а в 2010 г. не наблюдалось никакого роста (42). Значительное сокращение бюджета здравоохранения недавно наблюдалось в Греции (43). Психиатрическая служба в наибольшей степени подвержена финансовому давлению. В отличие от всех остальных «соматических» медицинских служб психиатрическая служба не имеет поддержки в сообществе (44).

Чтобы уменьшить число жертв экономического кризиса, необходимо усилить способность системы здравоохранения реагировать на социальные изменения в населении (уровень безработицы, дохода и т. д.). Для того чтобы справиться с новыми трудностями, недостаточно просто увеличить финансирование — нужна реструктуризация психиатрической помощи. Хорошо развитая система психиатрической помощи с опорой на сообщество связана с меньшей частотой суицидов (45, 46). Интегративный подход с упором на первичное медицинское звено улучшает доступ населения к психиатрической помощи и направляет внимание специалистов на профилактику и раннее обнаружение психических расстройств. Создание всеобъемлющей и доступной сети психиатрической помощи подразумевает внедрение в сообщество элементов, направленных на укрепление психического здоровья. Одним из существенных барьеров в оказании помощи является стигматизация психиатрии (47).

В виду финансовых трудностей правительствам неизбежно приходится пересматривать программы здравоохранения. Во многих странах затраты на психиатрическую службу по-прежнему сконцентрированы в психиатрических стационарах. Текущий финансовый кризис может подтолкнуть чиновников к решению фундаментальной проблемы психиатрии — переносу основного звена оказания помощи из стационаров в сообщество. Таким образом можно не только повысить эффективность психиатрической помощи, но и модернизировать ее в соответствии с последними тенденциями. Тем не менее, для внедрения высококачественной системы помощи в сообществе и оптимального использования существующих ресурсов, требуется значительное финансирование. Одной из важных проблем является необходимость одновременно финансировать стационарные и амбулаторные службы в переходном периоде (48). Привязка финансирования к системам аккредитации и оценки производительности служб помощи может изменить ведущую роль стационаров (49).

Охват населения психиатрической помощью является крайне важным фактором, который может сократить негативные последствия экономического кризиса и уменьшить социальное неравенство (50). Текущий экономический кризис может явиться дополнительным стимулом к пересмотру существующей системы психиатрической помощи и разработке новой системы, доступной всем и каждому.

Активная поддержка рынка труда

Активные программы на рынке труда могут смягчить негативные последствия экономического кризиса на психическое здоровье. Эти программы направлены на улучшение перспектив получения работы, приносящей доход. Они включают государственные службы занятости, подготовку кадров для рынка труда, специальные программы для молодых людей переходного возраста, а также программы занятости для людей с ограниченными возможностями.

В странах ЕС каждые дополнительные 100 долл. США (на душу населения), потраченные на программы в сфере трудоустройства, на 0,4 % снижали влияние безработицы на рост частоты суицидов, который составил 1 % (5).

Такие программы могут включать групповую психологическую поддержку нетрудоустроенных лиц, которая благоприятно сказывается на частоте повторного трудоустройства (51, 52). Анализ подобного психологического вмешательства показал, что оно экономит средства для всех участников сощобеспечения, в том числе работодателей (за счет увеличения частоты трудоустройства, более высоких заработков и менее частой смены мест работы) (53).

Учитывая неблагоприятное влияние безработицы на психическое и физическое здоровье, есть смысл внедрить такое психологическое вмешательство в стандартный компенсационный пакет при увольнении.

Не менее полезными являются специальные программы для молодых людей, заканчивающих школу и ищущих работу, а также для молодых людей, потерявших место работы. Наиболее полезным с точки зрения психического здоровья представляется обучение техническим профессиям в обычных условиях образовательных учреждений (54).

Семейная политика и поддержка родителей

Программы по поддержке семей включают компенсацию затрат, связанных с воспитанием детей, а также отпуска по уходу за ребенком.

В странах ЕС каждые 100 долл. США (на душу населения), потраченные на программы поддержки семей, на 0,2 % снижали влияние безработицы на частоту суицидов (5). Получено множество данных, свидетельствующих о том, что инвестирование в семейное благополучие может являться фактором укрепления психического здоровья, при этом долгосрочная экономическая целесообразность таких мер значительно перевешивает краткосрочные затраты (55).

Контроль доступности и цен алкогольных напитков

Наиболее эффективные и экономически целесообразные меры включают ограничение доступности алкогольной продукции и увеличение минимальной цены на нее (56). Безусловно, такие меры непопулярны и сложно применимы, однако, их внедрение значительно уменьшает уровень потребления алкоголя среди населения и частоту различных неблагоприятных последствий (57). Меры по контролю оборота алкоголя (в частности, увеличение минимальной цены), снижают смертность от расстройств, связанных с алкоголем.

Меры по государственному регулированию оборота алкоголя должны сопровождаться оказанием медицинских услуг. Например, короткое психотерапевтическое вмешательство в первичной медицинской сети имеет положительный эффект у пациентов с алкогольной зависимостью.

Программы, направленные на облегчение долгового бремени

Необходимо предотвращать крупные задолженности у отдельных граждан. Важно обеспечить должникам условия, в которых они смогут своевременно выплачивать долги и будут иметь возможность вернуться к достойной и экономически активной жизни. Эти принципы были признаны важными факторами государственной политики по укреплению психического здоровья населения (58). Внедрение соответствующих мер уменьшает уровень дистресса и имеет дополнительные социально-экономические преимущества (59). В Швеции граждане с большой задолженностью, которые получали помощь государства, обнаружили более высокий уровень психического здоровья по сравнению с теми, кто остался без поддержки (59). В контролируемом исследовании доступа к службам регулирования долгов в Англии и Уэльсе показано, что лица, имеющие доступ к таким службам, лучше справляются с тревогой, имеют более высокий уровень общего здоровья и оптимизма (60). Обращение в консультационные службы по поводу долгов также имело положительное влияние на частоту обращения за медицинской помощью (61).

Существует необходимость внедрения национальных программ, направленных на взаимодействие между службами здравоохранения и службами регулирования долгов. Консультанты по регулированию дол-

гов должны уметь при необходимости направлять клиентов к психиатру (62). С другой стороны, врачи также должны своевременно направлять пациентов к специалистам по регулированию долгов (63). Полезной возможностью являются микрокредит, который можно получить в кредитных кооперативах (64).

В ряде стран целесообразно пересмотреть законы, описывающие процедуру банкротства физического лица (рекомендуется сделать их более мягкими, то есть направить их на укрепление психического здоровья).

Укрепление социального капитала

Под социальным капиталом понимаются социальные взаимосвязи, то есть ресурсы так называемых социальных сетей.

Во время экономического кризиса социальный капитал может являться важным защитным фактором. Социальные сети, представленные профессиональными союзами, религиозными объединениями и спортивными клубами, являют собой «страховочную сеть», защищающую людей от быстро развивающихся макроэкономических изменений (65). В ряде исследований показано, что групповая деятельность и взаимопомощь в коллективах благоприятно сказываются на психическом здоровье (66). Напротив, низкий уровень межличностного доверия между людьми, связывают с высоким риском развития депрессии (67).

Ответственный подход к суицидам в СМИ

Доказано, что натуралистичные отчеты о самоубийствах в СМИ с подробным описанием использованных методов могут повлечь за собой волну «подражательных» суицидов. Сдержанное, ответственное освещение таких событий, напротив, ведет к уменьшению числа подражательных суицидов (68,69), особенно среди подростков (70). Использование в СМИ специальных правил по освещению суицидов и отслеживание «стигматизирующих» публикаций, связано с уменьшением числа суицидов и смягчению стигматизации в СМИ (68, 70).

В условиях экономического кризиса пристальное внимание СМИ к увеличению числа суицидов может произвести эффект «снежного кома». Для предотвращения подобной ситуации необходимо тесное сотрудничество между представителями СМИ и экспертами в сфере психического здоровья, а также использование стандартизованных правил по освещению суицидов.

Как обосновать инвестиции в сферу психического здоровья

Одной из причин пренебрежения психиатрической службой и ее низкого финансирования является высокий уровень стигматизации психических расстройств (71). Борьба со стигматизацией и дискриминацией остается одной из критически важных проблем психиатрии в период экономического кризиса. Стигматизация может повлиять на стратегические государственные решения о финансировании психиатрической службы (72). В исследованиях, проведенных в некоторых странах, обнаружено, что при разработке стратегий экономии сфера психического здоровья является неприоритетной (73, 74).

Психические расстройства негативно сказываются на экономике страны с любым средним уровнем дохода, независимо от экономического кризиса (75). Например, в странах-членах Европейского Союза, экономические последствия проблем в сфере психического здоровья (в первую очередь речь идет о потере трудоспособности) составляют, в среднем, 3-4 % ВВП (76). Таким образом, психическое здоровье является важным экономическим фактором. Переход от индустриального общества к постиндустриальному (информационному) подразумевает особую важность психического здоровья для благополучия нации. Высокий уро-

вень психического здоровья населения обеспечивает экономическую эффективность и процветание и является критически важным фактором экономического роста (77).

Демонстрация того, что инвестиции в психическое здоровье положительно влияют на экономическую ситуацию, можно использовать в качестве обоснования новых стратегий инвестирования психиатрической службы. Так и произошло в Англии (78). Инвестирование в сферу психического здоровья (как в рамках системы здравоохранения, так и вне ее) предоставляет ресурсы и возможности для снижения риска социальной маргинализации, а также улучшает социальную интеграцию. Тем не менее, несмотря на доступность высокоэффективных методов помощи, сфера психического здоровья во многих странах по-прежнему имеет низкий приоритет (79). Возможно, это связано с тем, что преимущества инвестиций в здравоохранение не так очевидны, как эффект от инвестиций в другие сферы жизни общества. Крайне важно донести до национальных министерств финансов то, что инвестирование в психическое здоровье принесет обществу значительные преимущества (80).

Каждый кризис — это новые возможности

Текущий экономический кризис предоставляет возможность проведения реформ, которые выйдут за рамки собственно кризиса и его влияния на смертность, связанную с суицидом и злоупотреблением алкоголем. Эти реформы могут оказать глобальное влияние на благополучие и здоровье населения на любом этапе экономического развития общества. Важно понимать, что инвестирование в сферу психического здоровья будет полезно и во время экономического подъема. Неравномерное распределение материальных благ приводит к нарастанию социальной напряженности, как это было в период бурного экономического роста в Ирландии в 1995-2008 годах (81).

Существуют сильные аргументы в пользу мер, направленных на укрепление психического здоровья общества (программы социального обеспечения, психиатрическая помощь в первичной медицинской сети, программы на рынке труда, семейная политика и меры по поддержке родителей, меры по контролю оборота алкоголя и другие). Правительствам нужно переориентировать государственные бюджеты на защиту населения в настоящем и будущем. В бюджет нужно внести меры по сохранению занятости, помощь безработным и их семьям, программы повторного трудоустройства и т. д. Коммерческие организации могут сокращать количество рабочих часов или отправлять сотрудников в отпуск вместо того, чтобы увольнять их. Надзорным органам стоит пересмотреть политику в отношении алкоголя, в частности, можно повысить минимальный порог стоимости алкогольных напитков. Такая мера может значительно уменьшить вред, связанный с эпизодическим тяжелым пьянством.

Нужно отметить, что, несмотря на все очевидные отрицательные стороны, экономическая рецессия может повлечь за собой ряд положительных изменений в образе жизни. Чем меньше времени человек уделяет работе, тем больше он может провести времени в кругу семьи и друзей. Спад экономической активности ведет к замедлению темпа жизни и усилению социального капитала, так как у людей появляется больше возможностей для гражданской активности и налаживания социальных связей. Исландия столкнулась с тяжелым финансовым и экономическим кризисом в 2008 году. Некоторые жители острова сочли, что кризис — это «благословение, которое спасет нацию от жадности и нарциссизма» и «даст им шанс создать более демократичное, гуманное и справедливое общество» (82). Даже на пике кризиса Исландия в полной мере

выполняла социальные обязательства, что положительно сказалось на уровне здоровья населения (83).

Политические решения могут ухудшить или, наоборот, улучшить здоровье населения. Меры, направленные на укрепление психического здоровья, также помогают экономическому восстановлению. Благополучие населения, то есть «психический» капитал нации, является необходимой предпосылкой процветающей и высокоэффективной экономики.

Здоровые семьи, солидарность с людьми, пострадавшими от кризиса, доступная и справедливая психиатрическая помощь с опорой на сообщество — это «кирпичики» в «здании» психического здоровья, необходимые для возврата к здоровой экономике.

Литература:

1. Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
2. Central Statistics Office, Ireland. Report on vital statistics 2009. Dublin: Stationery Office, 2012.
3. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A et al. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012;345:e5142.
4. WHO Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.
5. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374:315-23.
6. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Fryers T, Melzer D, Jenkins R et al. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:14.
8. Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E et al. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol* 2007;36:776-86.
9. De Vogli R, Gimeno D. Changes in income inequality and suicide rates after “shock therapy”: evidence from Eastern Europe. *J Epidemiol Commun Health* 2009;63:956.
10. Pickett K, Wilkinson R. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry* 2010; 197:426-8.
11. Wilkinson R, Marmot M (eds). Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2003.
12. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Commun Psychol* 1994;22:745-65.
13. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR et al. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005;90:53-76.
14. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-8.
15. Berk M, Dodd S, Henry M. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychol Med* 2006;36:181-9.
16. Men T, Brennan P, Boffetta P et al. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *BMJ* 2003;327:964.
17. Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010; 126:125-33.
18. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med* 2007;37:1027-36.
19. Brown S, Taylor K, Price SW. Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *J Econ Psychol* 2005;26:642-63.
20. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008;38:1485-93.
21. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T et al. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health* (in press).
22. Economou A, Nikolaou A, Theodosiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Studies* 2008;35:368-84.
23. Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? *Soc Sci Med* 2008;67:2051-8.
24. Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I et al. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *J Epidemiol Commun Health* 2008;62:869-75.
25. World Health Organization. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.
26. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
27. Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics* 2004;114:492.
28. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Commun Psychol* 1997;25:115-52.
29. Solantaus T, Leinonen J, PunamKki RL. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol* 2004;40:412-29.
30. Conger RD, Ge X, Elder GH, Jr. et al. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev* 1994;65:541-61.
31. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009;338:b1314.
32. Paananen R, Gissler M. Cohort Profile: the 1987 Finnish Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2012;41:941-5.
33. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev* 2005;24:537-47.
34. Zaridze D, Brennan P, Boreham J et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet* 2009;373:2201-14.
35. Dee TS. Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health Econ* 2001;10:257-70.
36. Johansson E, Böckerman P, Prättälä R et al. Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles: are slumps really dry seasons? *Eur J Health Econ* 2006;7:215-20.
37. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:127-30.
38. Lahelma E, Kivik K, Roos E et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Soc Sci Med* 2002;55:609-25.
39. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scand J Public Health* 1999; 27:85-8.
40. Ostamo A, L'nnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:354-60.
41. Zimmerman SL. States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *J Nerv Ment Dis* 2002;190:349-60.
42. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2012. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012.
43. Kentikelenis A, Karanikolos N, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378:1457-8.
44. Weaver JD. Economic recession and increases in mental health emergencies. *J Ment Health Adm* 1983;10:28-31.

45. Pirkola S, Sund R, Sailas E et al. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147-53.
46. While D, Bickley H, Roscoe A et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012;379:1005-12.
47. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J et al. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 2011;11:52.
48. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
49. Knapp M, Beecham J, McDaid D et al. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Commun* 2011;19:113-25.
50. Lundberg O, Yngwe MA, Stjerne MK et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *Lancet* 2008;372:1633-40.
51. Proudfoot J, Guest D, Carson J et al. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997;350:96-100.
52. Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *J Occup Organizational Psychol* 2005;78:43-52.
53. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J et al. Two years after a job loss: longterm impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol* 2000;5:32-47.
54. Morrell SL, Taylor RJ, Kerr CB. Unemployment and young people's health. *Med J Aust* 1998;168:236-40.
55. McDaid D, Park A-L. Investing in mental health and well-being: findings from the Data Prev project. *Health Promot Int* 2011;26 (Suppl. 1):i108-39.
56. World Health Organization Regional Office for Europe. Alcohol policy in the WHO European region: current status and the way forward. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
57. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009;373:2234-46.
58. London Debt Strategy Group. Treading water. A report on the work of the London Debt Strategy Group and the changing nature of debt advice in London. London: Greater London Authority, 2011.
59. Enforcement Authority. Everyone wants to pay their fair share: causes and consequences of overindebtedness. Stockholm: Enforcement Authority, 2008.
60. Pleasance P, Balmer N. Changing fortunes: results from a randomized trial of the offer of debt advice in England and Wales. *J Empir Legal Studies* 2007;4:651-73.
61. Williams K, Sansom A. Twelve months later: does advice help? The impact of debt advice – advice agency client study. London: Ministry of Justice, 2007.
62. Wahlbeck K, Awolin M. The impact of economic crises on the risk of depression and suicide: a literature review. In: Supporting Documents for the EU Thematic Conference on Preventing Depression and Suicide. Budapest, December 2009:1-10.
63. Fitch C, Hamilton S, Bassett P et al. Debt and mental health: What do we know? What should we do? London: Royal College of Psychiatrists and Rethink, 2009.
64. Fitch C, Hamilton S, Bassett P et al. The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Rev J* 2011;16:153-66.
65. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the postcommunist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet* 2009; 373:399-407.
66. Han S, Lee HS. Individual, household and administrative area levels of social capital and their associations with mental health: a multilevel analysis of cross-sectional evidence. *Int J Soc Psychiatry* (in press).
67. Forsman AK, Nyqvist F, Wahlbeck K. Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population- based cross-sectional study. *Scand J Publ Health* 2011;39:757-65.
68. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med* 1994;38:453-7.
69. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted timeseries analysis. *Aust NZ J Psychiatry* 2007;41:419-28.
70. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention. *Crisis* 2001;22:137-40.
71. Jamison KR. The many stigmas of mental illness. *Lancet* 2006;367: 533-4.
72. Sharac J, McCrone P, Clement S et al. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2010;19:223-32.
73. Matschinger H, Angermeyer MC. The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *Eur Psychiatry* 2004;19:478-82.
74. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:369-77.
75. 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.
76. Gabriel P, Liimatainen M-R. Mental health in the workplace. Geneva: International Labour Office, 2000.
77. Weehuizen R. Mental capital. The economic significance of mental health. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2008.
78. Department of Health, UK. No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. Supporting document – The economic case for improving efficiency and quality in mental health. London: Department of Health, 2011.
79. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
80. McDaid D, Knapp M. Black-skies planning? Prioritising mental health services in times of austerity. *Br J Psychiatry* 2010;196:423-4.
81. Corcoran P, Arensman E. Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger economy. *Eur J Publ Health* 2012;21:209-14.
82. Ólafsdóttir H. Current concerns in Icelandic psychiatry; nation in crisis. *Nord J Psychiatry* 2009;63:188-9.
83. Ásgeirsdóttir TL, Cormán H, Noonan K et al. Are recessions good for your health behaviors? Impacts of the economic crisis in Iceland. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2012.

Дифференциальный диагноз биполярного расстройства у детей и подростков

Gabrielle A. Carlson

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stony Brook University School of Medicine, Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, NY 11794-8790, USA.

Перевод: Махмудов А.З. (Москва)

В статье рассматриваются проблемы дифференциальной диагностики биполярного расстройства у детей и подростков. К ним относятся: а) определение подтипа биполярного расстройства б) связь возраста и начала болезни в) что считать болезнью: лишь те эпизоды, когда четко видна перемена настроения и нарушение функционирования по сравнению с преморбидным фоном, или же рассматривать вспышки гнева и сильную раздражительность уже как перемену настроения г) кто должен предоставлять информацию о симптомах болезни в маниакальной фазе, нужно ли собирать данные по прошествии приступа или в самый разгар болезни, когда их легче изучить? г) значение семейного анамнеза. Диагноз мании в рамках биполярного расстройства I типа невозможно поставить без многолетнего наблюдения. Эта болезнь приводит к инвалидизации, но необходимо отличать ее от других похожих патологий. Наличие в семейном анамнезе болезни может увеличить риск возникновения определенных симптомов и нарушений поведения, характерных для начала биполярного расстройства, но не стоит ставить диагноз на основании анамнеза. Пока не появятся биомаркеры для подтверждения диагноза и прицельные способы лечения болезни, имеет смысл ставить диагноз биполярного расстройства у детей и подростков лишь на время, с расчетом на необходимость повторного обследования в перспективе.

Ключевые слова: Биполярное расстройство, мания, раздражительность, дети, подростки.

Существует как минимум пять проблем на пути к дифференциальной диагностике биполярного расстройства у детей и подростков:

- 1) Как определить подтип биполярного расстройства (дифференциальный диагноз между манией и депрессией; между биполярным расстройством I типа и неуточненным биполярным расстройством)?
- 2) Возраст ребенка и начало развития болезни;
- 3) Считать ли болезнью лишь те эпизоды, когда четко видна перемена настроения и нарушение функционирования по сравнению с преморбидным фоном, или же рассматривать, к примеру, вспышки гнева и сильную раздражительность уже как перемену настроения;
- 4) Кто должен предоставлять информацию о симптомах болезни во время мании, и нужно ли собирать данные по прошествии приступа или в самый разгар болезни, когда их легче изучить?
- 5) Вклад семейного анамнеза в постановку диагноза.

Отнюдь не все дети и подростки умеют хорошо рассказать о своей жизни, не всегда понимают такие отвлеченные понятия как эйфория или скачка идей. Родители же могут недооценивать или вовсе неверно трактовать переживания своих детей. Большую часть времени дети проводят в школе, следовательно, если ребенок ежедневно пребывает большую часть дня в определенном настроении, то перемены в его поведении и настроении может заметить учитель, независимо от того имеет ли он(а) представление о мании или депрессии и других болезнях.

В этой статье мы будем говорить по большей части о мании и различиях между детьми и подростками. Мы постараемся описать развернутый подход к диагностике болезни и обсудить влияющие различные пути предоставления информации на постановку диагноза.

Мания в постпубертатном возрасте

Джеффри было 14 лет, когда он впервые попал в поле зрения врачей. Он общительный, энергичный, целеустремленный, творческий молодой человек, имеет одновременно множество увлечений, которые не бросает на полпути, достаточно старательно и ответственно подходит ко всем своим занятиям. Однако за последние

месяцы у него появились проблемы с концентрацией внимания; по ночам он стал плавать без предупреждения в соседском бассейне, пытался дозвониться до президента Буша с целью посоветовать дальнейшую тактику ведения войны в Ираке, стал вспыльчив и непримирим с родителями, когда те пытались его уложить спать. За этот период, который длился несколько недель, Джеффри почувствовал физическую слабость, был изнурен, потерял интерес к общению с друзьями, к увлечениям, практически перестал есть и ощущал себя крайне подавленным. В дальнейшем опросе удалось выяснить и другие симптомы, указывающие на манию без признаков депрессивных эпизодов в анамнезе. Задачей врача было выяснить что это: «подростковое поведение» или психопатология. Поиск осложнялся тем, что за две недели до изменений в поведении, Джеффри получил травму головы на футбольной тренировке без потери сознания, и, возможно, это повлияло на развитие болезненных симптомов. Хотя мы и видим, что Джеффри перенес классический по симптоматике эпизод мании, некоторые вопросы все же нуждаются в уточнении:

- Насколько велик вклад изначально гипертимных черт характера Джеффри в дальнейшее изменение поведения (2). Человек с гипертимным характером обычно жизнерадостен, кипуч, разговорчив, шутлив, слишком оптимистичен, раскован, беззаботен, энергичен, полон краткосрочных планов, часто меняет круг интересов, во все вмешивается, становясь назойливым. Все это относилось и к Джеффри. Перешел ли он грань гипомании или даже маниакального эпизода? Будь он по характеру тихим, скромным человеком до начала возбуждения – вопрос был бы легко положительно решен. И в то же время подобные нарушения и последующая депрессия не укладываются лишь в рамки особенностей характера.
- Имела ли значение травма головы? Есть данные о связи между травмой головного мозга и возникновением мании (3). Существует также состояние называемое «изменение личности после черепно-мозговой травмы» (4), которым описывают пациентов с расторможенным поведением. В ранних версиях DSM это состояние называлось «органическое аффективное расстройство».

- Есть ли данные о злоупотреблении Джеффри психоактивными веществами? У подростков возникший впервые эпизод нарушения настроения вызывает вопросы о наличии алкогольной или наркотической зависимости (5). У подростков при злоупотреблении марихуаной, алкоголем и другими наркотиками может развиваться психотическая или аффективная симптоматика. Хотя положительный тест на содержание токсических веществ в организме помогает подтвердить факт употребления наркотиков, отрицательный результат вовсе не говорит об отсутствии зависимости. Более того, маниакальная симптоматика может продолжаться неделями, когда пациент уже перестал употреблять вещества. Иногда трудно разобраться, насколько велика роль употребления наркотических средств в возникновении изменений настроения, приближает ли это начало болезни, удлиняет ли течение болезни, которая могла бы протекать быстрее, или же это совсем несущественно (6).

От 11 до 27% подростков, поступившим в больницу по причине первого психотического эпизода, предварительным диагнозом выставляли биполярное расстройство I типа (7). Однако во время первого эпизода крайне трудно точно определить с диагнозом из-за смешанности и изменчивости симптоматики со временем. Пример: Деннису 16 лет, на протяжении трех дней он не спал, появилось ощущение, что он может управлять миром, писал записки, в которых утверждал, что у всех предметов вокруг есть своя цель и связь между собой, включая немецкую свастику, Египетские пирамиды и голубя Мира. Он испытывал физическое возбуждение, был многословен, нарастали параноидные мысли, что психиатр хочет ему навредить. На протяжении следующих 6 месяцев на терапии антипсихотиком и литием аффективная симптоматика угасала, но появилось ощущение передачи мыслей на расстояние и соответствующие нарушения мышления, которые были стойкими. Через 10 лет был выставлен диагноз шизаффективное расстройство ввиду хронического нарушения мышления и стойкой психотической симптоматики. Лекарства улучшали настроение пациента, но не влияли на негативные симптомы.

Несмотря на то, что пациентам с первым маниакальным психотическим эпизодом почти в 70% случаев выставляется диагноз биполярное расстройство (иногда как промежуточный) в течение 10 лет после начала болезни (8), в данном случае в сторону худшего прогноза и утяжеления диагноза указывало наличие симптомов первого ранга по Шнайдер, а также преморбидное снижение социального функционирования. Предвестниками неблагоприятного прогноза принято считать также депрессивные проявления, детскую психопатологию и раннее начало болезни (9).

Мания у детей

Диагноз мании в детском возрасте до 10 лет является куда более спорным, чем у подростков (10). Для применения критериев биполярного расстройства к детям в DSM-IV-TR были внесены изменения в списке симптомов мании, с целью включить наиболее частые проявления болезни у детей раннего возраста. Неразрешенным остается вопрос: растут ли эти дети здоровыми до первых эпизодов депрессии или мании (как в случае с Джеффри: острое начало мании, отдельные эпизоды, отсутствие коморбидной патологии), или же это непрерывные перепады настроения, на фоне подавленности – близкие к тем, что наблюдаются у пациентов из исследования Программы Оказания Систематической Помощи в Лечении Биполярного расстройства (STEP-BD) (11). А возможно, прогноз их совершенно иной – пациенты вырастают и в будущем не переживают никаких эпизодов измененного настроения? (12).

Коварность и сложность диагностики ранних форм биполярного расстройства заключается в различной интерпретации критериев. При «классических» случаях мании противоречий практически нет: четко отслеживается начало болезни, маниакальные симптомы, последовательно проявляясь, не дают спутать манию с другой психопатологией. При течении же болезни в менее «классическом ключе» появляется гораздо больше разночтений (13). Критерии могут быть надежны для определенной категории пациентов, однако не гарантируют точность и не распространяются на другие группы. Согласно DSM-IV-TR, под маниакальным эпизодом понимают четкий временной отрезок наличия характерного ряда симптомов. К сожалению, нет согласованности в понимании границ этого временного отрезка (14). Поэтому критерии мании в следующей версии DSM-5 подвергнутся некоторым изменениям (см. на сайте www.dsm5.org). В документе, выступающем за изменения, указано, что «врачи так и не смогли прийти к единому мнению, что же все-таки считать эпизодом мании, особенно много споров в литературе в области детской психиатрии». По мнению группы исследователей расстройств настроения, формулировки в DSM-4, касающиеся критериев мании и гипомании, привели только к возникновению путаницы. Поэтому целью предложения об изменениях в DSM будет внесение большей ясности, чтобы гарантировать более точную, последовательную диагностику. При этом необходимо опираться на опыт прежних версий DSM с учетом современных динамических характеристик болезни. Критерий А будет звучать так: «присутствующее определенное время непрерывно и постоянно приподнятое настроение, экспансивность, раздражительность, непривычная и постоянная энергичность, приподнятость, длящиеся не менее 1 недели и сохраняющиеся почти ежедневно большую часть дня (продолжительность не важна если необходима госпитализация)».

Точное представление о симптомах крайне важно при обсуждении дифференциального диагноза мании. Если признают возможность возникновения симптомов депрессии вне связи с депрессивным эпизодом, или «клинической депрессией», то маниакальные симптомы подобным образом почти не оценивались. Ранее опубликованные результаты исследования в 1988 году (15), а также ряд других работ подтвердили, что симптомы мании возникают гораздо чаще, чем сам маниакальный эпизод, и наносят серьезный ущерб здоровью. Однако эти симптомы неспецифичны и встречаются при разной патологии (16, 17). Не зная точно, возник эпизод или нет (время начала и конца изменений «привычного для пациента поведения»), не имея данных о раннем детском возрасте, о том каким было это «привычное поведение», крайне трудно отличить манию от других детских болезней, протекающих с раздражительностью и ажитацией. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) – заболевание, которое чаще всего путают с манией у детей. Значительная часть симптомов совпадает: в обоих состояниях присутствует отвлекаемость, порывистость, гиперактивность, ускоренная и избыточная речь (19). И все же у детей с манией симптоматика богаче, чем при неосложненном СДВГ. У таких детей, как правило, нарушения бывают более глубокими; обязательно находится и другая патология (коморбидные состояния), согласно критериям (20, 21). Любопытно, что при сравнении детей с симптомами мании и детей с СДВГ, осложненных в обоих случаях схожей коморбидной патологией, все различия исчезают (22, 23). Встает диагностический вопрос: либо дети с симптомами мании страдают биполярным расстройством в сочетании с СДВГ, либо СДВГ протекает на фоне повышенной эмоциональной или протестной отгороженности.

Эмоциональность/протестное поведение при СДВГ в тексте DSM-III/IV рассматривается среди «ассоциированных симптомов». DSM-IV-TR говорит о том, что эмоциональный компонент болезни включает в себя низкую устойчивость к фрустрации, раздражительность, вспышки гнева, шаткость настроения, дисфорию и низкую самооценку. Все симптомы укладываются в рамки настроения. Эмоциональный компонент присутствует в обоих проявлениях СДВГ – нарушении внимания и гиперактивности. Симптоматика СДВГ, вызванная нарушением внимания, может быть изначально связана с дефектом сферы регуляции и контроля, в то время как симптомы гиперактивности и импульсивности могут происходить от нарушений в эмоциональной сфере (24). Очевидно лишь то, что у детей как с биполярным расстройством, так и с СДВГ, осложненным эмоциональными нарушениями, гораздо четче проявляются нарушения, что проверено при сравнении их со случаями СДВГ без осложнений в ходе поперечных и продольных исследований (20, 25).

СДВГ и биполярное расстройство часто сопутствуют друг другу. Недавно опубликованное исследование под названием Продольное Изучение Симптомов Мании (Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study) (16) очень подробно разбирает вопрос СДВГ и биполярного расстройства (20). Исследователи сравнивали детей от 6 до 12 лет, чьи родители прошли положительный тест на наличие симптомов мании по опроснику под названием Проверка Общего Поведения (General Behavior Inventory) (26) (n=621), с детьми, чьи родители не набрали достаточно баллов (n=86). Из общего количества детей (n=707) большая часть (59,5%) страдала СДВГ, 6,4% имели болезнь из биполярного спектра без СДВГ, у 16,5% было и то, и другое, и 17,5% были здоровы. Спектр биполярных нарушений равномерно составляли случаи биполярного расстройства I типа и биполярное расстройство неуточненное, с небольшим количеством биполярного расстройства II типа. Как и в предыдущих исследованиях (1, 15), у детей с симптомами мании не обнаружили расстройства биполярного спектра. Из 162 детей с болезнями биполярного спектра большинство (72,2%) также страдало СДВГ. По результатам опроса родителей выяснилось, что при наличии сочетания этих болезней симптомы богаче, чем в случае с каждой из патологий в отдельности. Диагноз выставлялся по Детской Диагностической Шкале для Аффективных расстройств и Шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Children (K-SADS-PL) (27)); хотя авторы и не уточняли, но некоторые полагают, что данные были основаны в большей степени на ответах родителей, поскольку учителя часто были не согласны с результатами (20). И все же, уделялось много внимания тому, чтобы отличить хронические симптомы от острых или непостоянных. Именно такой подход помогает при дифференцировке мании и СДВГ от совместного протекания этих болезней. Кроме сбора анамнеза, в котором возможно наличие эпизодов, необходимо скрупулезное изучение всех перекрывающихся друг друга симптомов. Симптомы мании и СДВГ, смешиваясь, могут давать следующую картину:

- Дурашливое, расторможенное поведение у ребенка с СДВГ, пытающегося быть смешным без учета обстоятельств, или же это просто приподнятое настроение;
- Импульсивность или желание наслаждаться без учета последствий;
- Отказ ложиться спать вовремя или же просто сниженная потребность во сне;
- Усиление едва заметных симптомов СДВГ в связи с увеличением нагрузки в начальной или средней школе или же начало нарушения настроения.
- Усугубление симптомов СДВГ, включающее большую протестность, вспыльчивость, бестолковое поведение,

в рамках плохих отношений внутри семейного и школьного круга, среди сверстников.

- Назойливая, сбивчивая или причудливая речь у детей с проблемами речи в рамках СДВГ или болезней аутистического спектра может напоминать скачку мыслей или нарушение мышления при мании;
- «Галлюцинации» у крайне тревожных детей или же симптомы неконгруэнтные аффекту при мании.

Детей с болезнями аутистического спектра из-за нарушения контроля эмоций можно спутать с теми, кто страдает манией (28). И дело не только в импульсивности и чрезмерной активности детей, но и нарушения речи могут быть похожи на нарушение мышления, если у клинициста, не имеющего большого опыта в дифференциальной диагностике (29). Как и в случае с СДВГ, хорошо собранный анамнез может помочь отличить какие из симптомов хронические, а какие возникли впервые в рамках измененного состояния. Интересно, что дети с аутизмом и биполярным расстройством (включая и наиболее классические эпизодические варианты биполярного расстройства) всегда рассматривались вместе (30), а вот дети с общим расстройством психологического развития почти всегда были вне поля зрения при исследованиях.

Нарушение регуляции настроения.

Линду в 11 лет, – история ее ранее уже была описана (13), – привели родители из-за «перепадов настроения», а именно, частых вспышек гнева, когда она испытывала трудности в самых бытовых ситуациях. С самого раннего детства она страдала СДВГ, симптомы которого были практически непрерывны на фоне лечения стимуляторами. К 5 классу школы она стала раздражительна, непослушна, злобна по отношению к родителям, игнорировала их озабоченность ее школьными оценками. Появилось чувство грандиозности с идеями о ненужности учебы. Она посещала порно-сайты и допоздна засиживалась перед компьютером якобы с «онлайн-друзьями», отставала в учебе и сторонилась сверстниц. Вспыльчивость в школе не проявлялась, но симптомы СДВГ были налицо. Родители во время сбора анамнеза подтвердили наличие симптомов напоминающих манию. Сама Линда жаловалась на дисфорию, раздражительность, проблемы с концентрацией внимания, сниженную самооценку и эпизодические мысли о самоубийстве. Помимо прочего, дома происходили серьезные ссоры, но без насилия. Дифференциальный диагноз Линды по критериям DSM-IV мог бы включать в себя СДВГ и начинающееся оппозиционное расстройство с нарушением поведения, большое депрессивное расстройство, вторичное расстройство адаптации с ухудшением социальных связей, успеваемости и домашних связей, а также эпизод смешанной мании.

Нарушения настроения/лабильность во многих случаях присутствует как важный компонент целого ряда состояний (31). Непрофессионалы чаще используют термин «биполярный» для описания «перепадов настроения», т.е. необъяснимых для постороннего внезапных перемен настроения. Речь идет о резком возникновении плохого настроения, как причины раздражительности. При переживании маниакального эпизода и взрослые, и дети часто раздражительны. Но спорным остается вопрос: страдают ли крайне вспыльчивые дети манией или же это характер (раздражительность как его черта), что ставит под сомнение диагностику таких состояний, как депрессия, тревога, шизофрения и т.д., в которых значительную роль играет симптом раздражительности (32).

Депрессивные и тревожные расстройства

Раздражительность, как симптом, разумеется, имеет значение не только при мании, но и при депрессии (в

равной степени при большой депрессии и дистимии) и тревожных расстройствах (включая посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, социофобию, избегание и генерализованное тревожное расстройство). Как и в случае с СДВГ, вопрос депрессия это или тревога не стоит, скорее – сочетание того и другого. Особенную трудность представляет различение смешанной мании, или «быстрых» циклов, и агитированной депрессии. Некоторые рассматривают агитированную депрессию как болезнь биполярного спектра (33). Продольные про- (34) и ретроспективные (35) исследования показывают, что преимущественно депрессивный тип течения болезни из биполярного спектра чаще приобретает хроническое течение и труднее поддается лечению, чем преимущественно маниакальный тип (9). Вопрос, который встает в проспективном исследовании детской группы таков: какое количество детей «перерастает» манию и уходят в депрессию (36) или даже в ремиссию (12).

Раздражительность и гиперактивность также присущи тревоге. У взрослых и подростков биполярные расстройства часто сопровождаются болезненной тревогой. У взрослых наличие тревожных симптомов снижает вероятность выздоровления от депрессии при биполярном расстройстве, удлиняет время течения болезни и увеличивает вероятность повторного эпизода (37). У детей тревожное расстройство часто предшествует началу мании, и в таком случае маниакальный эпизод будет рассматриваться как коморбидное расстройство. Если же ранее тревога не возникла, то вполне возможно рассматривать ее в рамках маниакального эпизода, не считая это коморбинным расстройством (38). У детей и подростков тревога чаще всего связана с биполярным расстройством II типа. У этих пациентов часто параллельно наблюдаются более длительные и тяжелые эпизоды депрессии, имеет место более богатый семейный анамнез в отношении депрессии, чем у детей и подростков без тревожных симптомов в качестве коморбидной патологии (38).

Расстройство регуляции настроения с чертами деструкции

Leibenluft и группа по изучению расстройств настроения (Intramural Program on Mood Disorders), организованная в Национальном Институте Психического Здоровья (NIMH), в попытке точнее разобраться в сходствах и различиях между хронической, выраженной раздражительностью и более классическим, имеющим эпизодическое течение, биполярным расстройством, предложили выделить такое состояние как «выраженное расстройство регуляции настроения (ВРРН)» (32). Это состояние характеризуется постоянной раздражительностью с частыми вспышками гнева, и чаще расценивается как мания, шизофрения или расстройство шизофренического спектра, общее расстройство психологического развития, посттравматическое стрессовое расстройство, злоупотребление психоактивными веществами, органическое или неврологическое расстройство. В выборке из 146 детей 75% имели в качестве коморбидного расстройства СДВГ и оппозиционное расстройство, а у более чем половины (58%) хоть раз в жизни был эпизод тревожного расстройства. Несмотря на то, что проспективных исследований не было проведено на детях с ВРРН, экстраполируя данные других исследований (39–41) можно предположить, что в основе таких нарушений поведения лежит депрессия. Таким образом, группа по исследованию расстройств настроения в рамках DSM-5 использует данные этих исследований для добавления ВРРН в новое руководство в раздел расстройств настроения. Это состояние получило название расстройство регуляции настроения с чертами деструкции (РРНД) (см. www.dsm5.org).

При отсутствии эпизодического течения дифференцировка РРНД от мании не должна представлять трудности. Плюс ко всему, начало болезни чаще всего приходится на возраст от 6 до 10 лет, что позволяет уберечь от постановки «серьезного диагноза» темпераментных дошкольников, и одновременно расценивать расстройство как детское. Именно хроническое течение болезни (т.е. симптомы длятся не меньше 1 года) не позволяет выставить детям диагноз РРНД. Это те дети, которые реагируют на острый стресс, которым мог бы быть выставлен диагноз расстройства адаптации с нарушением поведения или настроения. Диагноз же РРНД, при верной постановке, обычно обозначает тяжелое состояние и потерю или снижение трудоспособности (31). Основной диагностической трудностью в случае с РРНД является тот факт, что раздражительность и вспыльчивость – неспецифичные признаки (42). Дети, постоянно проявляющие вспышки гнева (не важно, присутствует хроническая раздражительность или нет), в конце концов попадают в скоропомощную больницу, в психиатрические и другие надзорные учреждения и специальные учебные заведения. Необходимость диагноза продиктована надобностью подсчета таких больных, обеспечения их должным лечением и включением в страховую список. Обычно такие вспыльчивые дети попадают в категорию оппозиционного расстройства или расстройства поведения, притом обе категории не входят в страховой список болезней, поскольку расцениваются в рамках «семейных» или «социальных» проблем. Из-за отсутствия достоверной и точной кодировки для подобных вспышек гнева врачи вынуждены укладывать их в категорию биполярных расстройств, что, в свою очередь, препятствует серьезному пониманию природы этих вспышек (43).

Возникает вопрос, не являются ли вспышки гнева какой-либо разновидностью или же более тяжелым проявлением перепадов настроения (tantrums) у пациентов раннего детского возраста (44, 45)? Интересно, что оба состояния в целом схожи, отличаясь лишь продолжительностью: 20 мин против 5 мин, а также более грубым поведением (могут пинаться, бить, швыряться, плевать) и степенью вреда, который может причинить ребенок в состоянии tantrum, в силу того, что эти дети старше (от 7 до 17 лет). Нет данных, описывающих особенности вспышек гнева при различной патологии, т.е. гнев, возникающий при приступе паники внешне похож на таковой при маниакальном эпизоде, оппозиционном расстройстве, депрессии и т.д. (46). Многие врачи беспокоятся, что этим диагнозом начнут злоупотреблять в равной степени, что и диагнозом «биполярное расстройство» (43). Ошибок можно избежать правильным следованием алгоритму, к примеру, если брать «вспышки гнева» как ключевой и различительный признак для ряда состояний, где они присутствуют, подобно тому, как виды кататонии позволяют различать между собой ряд патологий. К примеру, диагноз «СДВГ со вспышками гнева», – ключевыми в данном случае, – мог бы быть расценен как самостоятельные «вспышки гнева», что позволило бы обеспечить более полноценное лечение.

Расхождение данных опроса

Обязательным минимумом в детской и подростковой психиатрии является сбор анамнеза у родителя/опекуна и самого ребенка. В случае нарушений поведения, как при СДВГ, важно также узнать мнение учителей. К сожалению, выяснилось, что совпадения в данных опросов в лучшем случае очень невелики. Мера соответствия каппа между словами ребенка и родителя в случае мании или депрессивной симптоматики, как правило, ниже 0,2.

В то же время Biederman et al (47) выяснил, что в 62,7% случаев мании и родитель, и ребенок признавались в наличии маниакальных симптомов. Данные Tillman et al (48) отличались немногим – 49,5%.

Однако Tillman в исследовании показал, что самые высокие цифры соответствия данных опроса характерны для симптомов СДВГ (80% – для ускоренной речи, 91,4% – сверхэнергичности, 85,9% – для двигательной активности), 75,8% – для раздраженного настроения, и значительно ниже были цифры для остальных симптомов мании (42,2% – повышенное настроение, 32,5% – чувство собственного величия, 35,8% – скачка мыслей, 34,4% – расторможенное поведение, 16,2% – сниженная потребность во сне, 21,4% – психотические явления). Кроме того, в специфических симптомах мании дети признавались куда реже, чем родители. Отсюда и простое объяснение столь частых споров по поводу диагноза: мания это или СДВГ, поскольку, по большей части, при оценке психического состояния ребенка мы ориентируемся на интерпретацию родителей.

Исследования биполярного расстройства никогда не ставили целью выяснить значение каких-то других источников информации о маниакальном поведении ребенка, кроме родителей.

Корреляция данных полученных от родителей и учителей приближается $r=0,3$ (49). Carlson и Blader (1) сообщают, что там, где показания учителей и родителей, относительно симптомов мании (данные получены с помощью Детской шкалы оценки мании (Child Mania Rating Scale), (50)), совпадали в высокой степени, применение метода логистической регрессии выявило 10-кратно превалирующее число иных диагнозов, связанных с экзогенными расстройствами (СДВГ, оппозиционное расстройство, нарушение поведения, или какие-то комбинации этих болезней). А у детей с расстройствами биполярного спектра степень совпадения данных, полученных у родителей и учителей, была более высокой. И, напротив, в спектре эндогенных заболеваний (тревога и депрессивные расстройства) наблюдалось в 3,7 раз большее несоответствие между данными учителей и родителей, полученных с помощью Детской шкалы оценки мании. В этом исследовании при постановке диагноза использовалась более совершенная система оценки информации, полученной и от родителей, и от детей, и от учителей, помимо простого опроса, часто не имеющего конкретную структуру. Для того, чтобы объяснить почему тяжелое состояние ребенка, длящееся неделями, замечается родителями, а учителями – нет, нужно дополнительное исследование.

Семейный анамнез

Очевидно, что биполярное расстройство имеет наследственный компонент (51). Давно опубликованный мета-анализ (52) показал, что у родителей с биполярным расстройством дети имеют в 2,7 раз больший риск развития психического расстройства и в 4 раза больший риск развития расстройства настроения, в сравнении с детьми здоровых родителей. Недавние исследования подтвердили эти цифры (53). Интересно, однако, то, что гораздо выше оказался риск развития общих психопатологических нарушений, нежели биполярное расстройство I типа. К примеру, Hillegers et al (54) обнаружил, что к 21 году среди испытуемых голландских подростков, входящих в группу высокого риска, 3% имели биполярное расстройство I типа, 10% расстройство биполярного спектра, но 59% имели какую-либо психопатологию. Хотя дети из группы высокого риска с нарушениями настроения больше, чем здоровые дети, подвержены развитию биполярного расстройства во взрослом возрасте, они также в высокой степени рискуют заболеть огромным количеством других болезней (55).

Во многих исследованиях, посвященных группам высокого риска, сравниваются дети родителей, страдающих биполярным расстройством, с детьми из контрольной группы, родители которых не страдают психическими расстройствами, что указывает на разницу в риске. Однако в поле зрения врачей попадают и дети из семей с любыми другими психическими расстройствами: СДВГ, аутизм, неспособность к обучению, другие расстройства настроения и шизофрения. Есть мнение, что у детей, чьи родители хорошо отвечали на терапию литием, болезнь протекает легче, чем у детей, чьи родители резистентны к литию (56). Это могло бы помочь при подборе терапии в случае постановки диагноза биполярное расстройство I типа. И все же, наличие диагноза у родителей отнюдь не означает наличие болезни и у ребенка.

И наконец, возраст группы риска для биполярного расстройства сильно растянут. Исследование, проведенное среди населения Дании, включало в себя группу детей, чьи родители хоть раз были госпитализированы с биполярным расстройством, выявило, что к возрасту 53 лет среди «детей», у кого болел один из родителей, риск составляет 4,4% против 0,48% с родителями без биполярного расстройства. Разница же риска среди детей до 20 лет ничтожно мала (57). Из этих цифр следует вывод, что увеличиваются подозрения по поводу биполярного расстройства, но нельзя брать факт наличия в семейном анамнезе за абсолютный критерий для постановки этого диагноза, в особенности, если у ребенка отсутствуют другие диагностические компоненты болезни.

Выводы

Несмотря на то, что мания/биполярное расстройство I типа часто начинается в раннем возрасте, с диагнозом лучше повременить не один год. Это тяжелое состояние, снижающее трудоспособность, но есть и другие заболевания, от которых его нужно научиться отличать. Психозы, злоупотребление психоактивными веществами и ажитированная монополярная депрессия представляют большие трудности при постановке дифференциального диагноза у подростков. Определение расстройств исполнительных функций у детей также представляет сложность. Многосторонний опрос увеличивает шансы правильной диагностики, хотя нужно четко представлять разницу и верно сопоставлять ответы родителей, учителей и самого ребенка. Наличие в семейном анамнезе болезни может увеличить риск возникновения определенных симптомов и нарушений поведения, характерных для начала биполярного расстройства, но не стоит ставить диагноз на основании анамнеза. Кроме того, сложные дети чаще всего выходят из сложных семей.

Пока не будут выявлены биомаркеры для точного подтверждения диагноза, и лекарства, исключительно специфичные для этой патологии, имеет смысл ставить диагноз «биполярное расстройство» у детей и подростков лишь на время, с расчетом на необходимость повторного обследования в перспективе (58). Утверждение, что ребенок болен на всю жизнь, требует больших доказательств, чем те, которыми мы располагаем.

Литература:

1. Carlson GA, Blader JC. Diagnostic implications of informant disagreement for manic symptoms; *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011;21:399-405.
2. Akiskal HS, Khani MK, Scott-Strauss A. Cyclothymic temperamental disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1979;2:527-54.
3. Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE et al. Secondary mania following traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1993;150:916-21.
4. Max JE, Robertson BA, Lansing AE. The phenomenology of personality change due to traumatic brain injury in chil-

- dren and adolescents. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13:161-70.
5. Wilens TE, Biederman J, Millstein RB et al. Risk for substance use disorders in youths with child- and adolescent-onset bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:680-5.
 6. Carlson GA, Bromet EJ, Lavelle J. Medication treatment in adolescents vs. adults with psychotic mania. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999;9:221-31.
 7. Carlson GA, Naz B, Bromet EJ. Phenomenology and assessment of adolescent-onset psychosis: observations from a first admission psychosis project. In: Findling RL, Schultz SC (eds). *Juvenile onset schizophrenia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2005:1-38.
 8. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ et al. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 2011;168:1186-94.
 9. Carlson GA, Kotov R, Chang SW et al. Early determinants of four-year clinical outcomes in bipolar disorder with psychosis. *Bipolar Disord* 2012;14:19-30.
 10. Carlson GA, Jensen PS, Findling RL et al. Methodological issues and controversies in clinical trials with child and adolescent patients with bipolar disorder: report of a consensus conference. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13:13-27.
 11. Nierenberg AA. Lessons from STEP-BD for the treatment of bipolar depression. *Depress Anxiety* 2009;26:106-9.
 12. Cicero DC, Epler AJ, Sher KJ. Are there developmentally limited forms of bipolar disorder? *J Abnorm Psychol* 2009;118:431-47.
 13. Dubicka G, Carlson GA, Vail A et al. Prepubertal mania: diagnostic differences between US and UK clinicians. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2007;17:153-61.
 14. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
 15. Carlson GA, Kashani JH. Manic symptoms in non-psychiatrically referred adolescents. *J Affect Disord* 1988;15:219-26.
 16. Stringaris A, Stahl D, Santosh P et al. Dimensions and latent classes of episodic mania-like symptoms in youth: an empirical enquiry. *J Abnorm Child Psychol* 2011;39:925-37.
 17. Findling RL, Youngstrom EA, Fristad MA et al. Characteristics of children with elevated symptoms of mania: the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (LAMS) study. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1664-72.
 18. Galanter CA, Leibenluft E. Frontiers between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17:325-46.
 19. Milberger S, Biederman J, Faraone SV et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry* 1995;152:1793-9.
 20. Arnold LE, Demeter C, Mount K et al. Pediatric bipolar spectrum disorder and ADHD: comparison and comorbidity in the LAMS clinical sample. *Bipolar Disord* 2011;13:509-21.
 21. Carlson GA. Bipolar disorder and attention deficit disorder – comorbidity or confusion. *J Affect Disord* 1988;51:177-89.
 22. Carlson GA, Loney J, Salisbury H et al. Young referred boys with DICA-P manic symptoms vs. two comparison groups. *J Affect Disord* 1998;51:113-21.
 23. Serrano E, Ezpeleta L, Castro-Fornieles J. Comorbidity and phenomenology of bipolar disorder in children with ADHD. *J Atten Disord* (in press).
 24. Martel MM. A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:1042-51.
 25. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49: 503-13.
 26. Youngstrom EA, Frazier TW, Demeter C et al. Developing a 10-item mania scale from the Parent General Behavior Inventory for children and adolescents. *J Clin Psychiatry* 2008;69:831-9.
 27. Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-8.
 28. Towbin KE, Pradella A, Gorrindo T et al. Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15:452-64.
 29. Carlson GA, Meyer SE. Diagnosis of bipolar disorder across the lifespan: complexities and developmental issues. *Dev Psychopathol* 2006;18:939-69.
 30. DeLong GR, Dwyer JT. Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *J Autism Dev Disord* 1988;18:593-600.
 31. Stringaris A, Goodman R. Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol Med* 2009;39:1237-45.
 32. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry* 2011;168:129-42.
 33. Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *Eur Psychiatry* 2004;19:85-90.
 34. Birmaher B, Axelson D, Goldstein B et al. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatry* 2009;166:795-804.
 35. Post RM, Leverich GS, Kupka RW et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2010;71:864-72.
 36. Lewinsohn PM, Seeley JR, Buckley ME et al. Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:461-75.
 37. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004;161:2222-9.
 38. Sala R, Axelson DA, Castro-Fornieles J et al. Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorders: prevalence and clinical correlates. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1344-50.
 39. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry* 2012;169:47-54.
 40. Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry* 2009;166:1048-54.
 41. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry* 2006;60:991-7.
 42. Margulies DM, Weintraub S, Basile J et al. Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disord* 2012;14:488-96.
 43. Parens E, Johnston J, Carlson GA. Pediatric mental health care dysfunction disorder? *N Engl J Med* 2010;362:1853-5.
 44. Mick E, Spencer T, Wozniak J et al. Heterogeneity of irritability in attention-deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biol Psychiatry* 2005;58:576-82.
 45. Potegal M, Carlson GA, Margulies D et al. Rages or temper tantrums? The behavioral organization, temporal characteristics, and clinical significance of anger/distress episodes in child psychiatry inpatients. *Child Psychiatry Hum Dev* 2009;40:621-36.
 46. Carlson GA, Potegal M, Margulies D et al. Rages: What are they? Who has them? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19:281-8.
 47. Biederman J, Petty CR, Wilens TE et al. Examination of concordance between maternal and youth reports in the diagnosis of pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009;11:298-306.

48. Tillman R, Geller B, Craney JL et al. Relationship of parent and child informants to prevalence of mania symptoms in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2004;161:1278-84.
49. Youngstrom EA, Findling RL, Calabrese JR. Effects of adolescent manic symptoms on agreement between youth, parent, and teacher ratings of behavior problems. *J Affect Disord* 2004;82(Suppl. 1):S5-16.
50. Pavuluri MN, Henry DB, Devineni B et al. Child Mania Rating Scale: development, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:550-60.
51. McGuffin P, Rijdsdijk F, Andrew M et al. The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:497-502.
52. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a meta-analysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry* 1997;42:623-31.
53. Duffy A. The early natural history of bipolar disorder: complementary findings from longitudinal high-risk studies. Presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, October 2011, Toronto.
54. Hillegers MH, Reichart CG, Wals M et al. Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disord* 2005;7:344-50.
55. Meyer SE, Carlson GA, Youngstrom E et al. Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *J Affect Disord* 2009;113: 227-35.
56. Grof P, Duffy A, Alda M et al. Lithium response across generations. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:378-85.
57. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A et al. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen*

Исследование шизофрении *in vitro*: возможности и ограничения

Nicholas J. Bray¹, Shitij Kapur², Jack Price¹

¹ Department of Neuroscience и

² Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, King's College London, Великобритания

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Психические расстройства в целом и шизофрения в частности характерны только для человека. Мысль о том, что шизофрению можно исследовать в чашке с клеточной культурой кажется абсурдной. Тем не менее, достижения в генетике и биологии стволовых клеток, открывают новый биологический смысл исследования этих заболеваний *in vitro*.

В ходе геномных исследований и скрининга на редкие генетические аномалии обнаружено большое число генов, которые могут играть роль в развитии шизофрении и биполярного расстройства. Достижения в сфере стволовых клеток позволили выделить клеточные культуры человеческих нейронов, на которых можно исследовать ряд молекулярных, возрастных и патофизиологических аспектов деятельности головного мозга.

В настоящей работе авторами проведен обзор существующих технологий исследования человеческих клеточных культур и выдвинут ряд теоретических предположений о том, как эти исследования могут помочь в лечении шизофрении и других психических расстройств.

ИММОТАЛИЗОВАННЫЕ ЛИНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ НЕРВНЫХ КЛЕТОК

Некоторые популяции нейронов можно напрямую получить у живых субъектов и вырастить их в качестве «первичных» клеточных культур. Этические и практические соображения, как правило, ограничивают использование первичных культур нервных клеток человека в качестве объекта исследования. Многообещающим и потенциально безграничным методом является иммортализация линии нейронов путем удаления из первичной культуры генов-онкосупрессоров (антионкогенов).

В психиатрических исследованиях такие линии клеток можно использовать в качестве моделей для изучения внутриклеточных механизмов действия лекарственных средств, а также для изучения молекулярных и клеточных функций выявленных генов предрасположенности. Это научное направление может оптимизировать существующую психофармакотерапию и помочь в определении новых терапевтических мишеней.

Линии нервных клеток, полученные из опухолей

В течение многих лет исследователи используют опухоли как источник клеточных линий, которые с легкостью воспроизводятся в чашке для культивирования. Некоторые клеточные линии, полученные из опухолей, имеют характеристики человеческих нейронов. В настоящее время наиболее часто используемой линией нейронов является линия SH-SY5Y, исходно полученная из метастазирующей нейробластомы. Эта линия клеток имеет ряд исключительно «нейрональных» особенностей: аксональный рост, синтез нейротрансмиттеров, экспрессия рецепторов и др.

Линия SH-SY5Y широко использовалась для изучения внутриклеточных механизмов действия антидепрессантов и антипсихотиков (1). Эндогенная экспрессия нейронных белков в клетках SH-SY5Y позволяет изучать генетические механизмы предрасположенности и функции различных вариантов последовательностей ДНК, связанных с психическими расстройствами. Например, недавно на экстракте этих клеток показано, что первый вариант ДНК, имеющий «значимую по всему геному» связь с психозом, меняет связывание фактора транскрипции, который регулирует экспрессию гена ZNF804A (2).

Иммортализованные линии стволовых нервных клеток

Опухолевые линии клеток могут иметь общие характеристики с нейронами, однако, они способны «имитировать» далеко не все типы клеток и зачастую обнаруживают серьезные хромосомные аномалии. Стволовые клетки, полученные из мозга эмбриона человека, являются полипотентными (т. е. они могут дать начало широкому диапазону клеточных культур, включая нейроны и глиальные клетки). Такие клеточные линии позволяют более достоверно исследовать физиологию и развитие нейронов. Клональные линии стволовых нервных клеток создаются путем «условной иммортализации», в ходе которой в геном вводится регулируемый ген, отвечающий за деление клетки. Такой подход позволяет контролировать дифференциацию клеток и рост культуры (3).

Получено несколько линий стволовых нервных клеток с нормальным хромосомным набором из различных областей эмбрионального мозга (в т. ч. из коры больших полушарий, гиппокампа и полосатого тела). Как и опухолевые клеточные линии, линии стволовых клеток представляют собой модель для исследования механизмов действия лекарственных средств и определения генов предрасположенности к психическим расстройствам. К примеру, предполагается, что гормон кортизол нивелирует отрицательное воздействие стресса на нейрогенез в гиппокампе. На линии стволовых нервных клеток удалось показать, что антидепрессанты предотвращают этот феномен и восстанавливают нормальную нейрогенную активность (4). Схожая линия клеток из коры больших полушарий использовалась для моделирования патогенетических изменений в экспрессии гена DISC1 (disrupted-in-schizophrenia-1, «ген 1, нарушенный при шизофрении») (5), а также для получения первых данных о молекулярных функциях гена предрасположенности к шизофрении и биполярному расстройству, ZNF804A (6).

НЕРВНЫЕ КЛЕТКИ, ПОЛУЧЕННЫЕ У ПАЦИЕНТОВ

Альтернативным подходом является сравнение клеточного материала, полученного у пациентов и здоровых людей. Клетки пациентов позволяют исследовать патологические процессы, связанные с сочетанным действием всех вариантов генов предрасположенно-

сти у одного индивида. Живые клеточные культуры могут оказаться информативнее трупного материала. В частности, можно изучать отдельные аспекты развития нейронов, имеющие отношение к шизофрении.

Клетки, полученные из обонятельного нейроэпителлия

Слизистая оболочка обонятельной области является источником стволовых клеток, которые можно извлечь с помощью биопсии. Эти клетки можно репродуцировать в виде нейросфер — скоплений стволовых клеток и дифференцируемых нервных клеток-предшественников. В клетках, полученных таким образом у пациентов с шизофренией и здоровых лиц, выявляются отличия в экспрессии генов, связанных с различными процессами развития нейронов, например, с процессами аксонального наведения (7). Кроме того, в клетках обонятельного нейроэпителлия, полученных у пациентов с шизофренией, обнаружены нарушения цикла деления (8).

Индуцированные полипотентные стволовые клетки

Обонятельные нейроэпителлиальные клетки несут в себе все генетические варианты, которые определяют предрасположенность к заболеванию, однако, они не являются идеальной моделью отдельных популяций нейронов, играющих важную роль в развитии психических расстройств (в частности, клеток коры и гиппокампа). Технология индуцированных полипотентных стволовых клеток является большим прорывом в этом направлении.

Представьте, что вы можете определить потенциального пациента с шизофренией *in utero*, за 20 лет до начала заболевания, и выполнить биопсию мозга. Вы сможете выполнить культивирование клеток данного пациента и отследить их патологическое развитие. Технология индуцированных стволовых клеток, представленная в оригинальной статье 2009 г., во многом напоминает описанную ситуацию. Можно взять у пациента первичные соматические клетки (как правило, из кожи), а затем «перепрограммировать» их в полипотентные стволовые клетки, которые могут дать начало клеткам любого типа, в том числе клеткам центральной нервной системы.

В последнее время публикуются отчеты об успешном применении этой технологии на клетках, взятых у пациентов с психическими заболеваниями. Например, Brennand и соавт. (10) взяли кожные фибробласты у пациентов с шизофренией и здоровых лиц, перепрограммировали их, а затем вырастили из этих полипотентных клеток нейроны. При сравнении с клетками из контрольной группы в нейронах пациентов с шизофренией обнаружены изменения в экспрессии генов, связанных с глутаматом и циклическим аденозинмонофосфатом (цАМФ), количестве нейрональных отростков и синаптических связей, а также в передаче сигналов интеграции генов MMTV «бескрылого» типа.

Индуцированные полипотентные клетки представляют собой превосходную модель для изучения развития нейронов *in vitro*, т. к. они позволяют целиком исследовать геном пациента и здорового человека. Недавно показана возможность прямого перепрограммирования фибробластов человека в нейроны («индуцированные нейрональные клетки») (11). Такие клетки представляют собой превосходную модель, на которой можно исследовать клеточную патофизиологию и реакцию на фармакотерапию.

Обе технологии находятся в самом начале пути своего развития. К сожалению, эти клеточные линии получены на ограниченном числе пациентов. Требуется большой объем работы, чтобы определить вариабельность нейрональных культур, а также различия между отдельными пациентами и типами клеток (12). Для того чтобы эти технологии достигли своего полного

потенциала, необходимо использование стандартизированных протоколов и увеличение количества клеточных линий от разных пациентов.

ОГРАНИЧЕНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МОДЕЛЕЙ

Все клеточные модели имеют свои ограничения. Безусловно, линии человеческих нервных клеток могут использоваться для изучения молекулярных и клеточных функций отдельных генов предрасположенности. Тем не менее, эти клеточные линии не позволяют изучить множество подчас взаимодействующих генетических переменных, которые играют роль в развитии сложных психических расстройств. Клеточные линии, полученные у пациентов, позволяют исследовать весь геном. Однако в настоящее время мы не знаем, какие типы клеток в большей степени участвуют в патогенезе и, соответственно, требуют более пристального внимания.

Анализ нескольких типов клеток одного пациента при сравнении с клетками здорового человека, может выявить клеточные популяции, имеющие «заинтересованность» при том или ином заболевании. Нужно отметить высокую стоимость подобных исследований. Технология индуцированных полипотентных/нейрональных стволовых клеток позволяет исключить средовые переменные, мешающие анализу патогенетических механизмов (например, исключить эффекты фармакотерапии). Однако это также приводит к тому, что не учитываются средовые факторы, играющие важную роль в развитии психических расстройств.

В целом можно сказать, что психические расстройства (например, шизофрения) представляют собой производные деятельности всего головного мозга с учетом индивидуального и социального контекста. Клеточные модели могут в какой-то мере прояснить молекулярные и клеточные механизмы психических расстройств, однако, они не являются всеобъемлющими.

ВЫВОДЫ

Клеточные методы в исследовании психических расстройств развиваются в двух основных направлениях. Первое направление — это клональные линии, с помощью которых моделируются клетки центральной нервной системы. На этих линиях изучаются механизмы действия лекарственных средств и определяются гены предрасположенности к психическим расстройствам. Это направление может в недалеком будущем помочь разработать новые методы психофармакотерапии. Другое направление — это клетки, полученные в популяциях пациентов и здоровых лиц. Они используются для изучения «в реальном времени» патологических процессов, в основе которых лежат различные варианты генов предрасположенности. Протоколы изучения индуцированных нервных клеток в настоящее время бурно развиваются. Их доступность и очевидная валидность гарантируют то, что они обретут популярность среди фармкомпаний и академических учреждений.

Безусловно, клеточные модели не могут охватить всей сложности психических заболеваний. Тем не менее, исследования определенных типов нервных клеток в крупных когортах пациентов в недалеком будущем может дать новые сведения о биологических механизмах психических расстройств и предоставить модели для разработки и тестирования новых методов лечения.

Литература:

1. Park SW, Seo MK, Cho HY et al. Differential effects of amisulpride and haloperidol on dopamine D2 receptor-mediated signaling in SH-SY5Y cells. *Neuropharmacology* 2011;61:761-9.

2. Hill MJ, Bray NJ. Allelic differences in nuclear protein binding at a genome-wide significant risk variant for schizophrenia in ZNF804A. *Mol Psychiatry* 2011;16:787-9.
3. Pollock K, Stroemer P, Patel S et al. A conditionally immortal clonal stem cell line from human cortical neuroepithelium for the treatment of ischemic stroke. *Exp Neurol* 2006;199:143-55.
4. Anacker C, Zunszain PA, Cattaneo A et al. Antidepressants increase human hippocampal neurogenesis by activating the glucocorticoid receptor. *Mol Psychiatry* 2011;16:738-50.
5. Kobayashi NR, Sui L, Tan PS et al. Modelling disrupted-in-schizophrenia 1 loss of function in human neural progenitor cells: tools for molecular studies of human neurodevelopment and neuropsychiatric disorders. *Mol Psychiatry* 2010;15:672-5.
6. Hill MJ, Jeffries AR, Dobson RJ et al. Knockdown of the psychosis susceptibility gene ZNF804A alters expression of genes involved in cell adhesion. *Hum Mol Genet* 2012;21:1018-24.
7. Matigian N, Abrahamsen G, Sutharsan R et al. Disease-specific, neurosphere-derived cells as models for brain disorders. *Dis Model Mech* 2010;3:785-98.
8. Fan Y, Abrahamsen G, McGrath JJ et al. Altered cell cycle dynamics in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2012;71:129-35.
9. Takahashi K, Yamanaka S. Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors. *Cell* 2006;126:663-76.
10. Brennand KJ, Simone A, Jou J et al. Modelling schizophrenia using human induced pluripotent stem cells. *Nature* 2011;473:221-5.
11. Pang ZP, Yang N, Vierbuchen T et al. Induction of human neuronal cells by defined transcription factors. *Nature* 2011;476:220-3.
12. Brennand KJ, Gage FH. The promise of human induced pluripotent stem cell-based studies of schizophrenia. *Stem Cells* 2011;29:1915-22.

Проблемы и пути развития концепции восстановления (recovery) с точки зрения потребителя медицинской помощи

Alan S. Bellack¹, Amy Drapalski²

¹Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine, 737 W. Lombard St., Suite 551, Baltimore, MD 21201 (США)

²VISN 5 Mental Illness Research, Education, and Clinical Center, Veterans Affairs Maryland Health Care System, Baltimore, Maryland, MD 21201, USA (США)

Перевод: Антипова О.С. (Москва)

Редактор: Алфимов П.В. (Москва)

Концепция восстановления (recovery) приобретает все большее значение среди профессионалов, работающих в сфере психического здоровья в США, Западной Европе и ряде других стран. Вместе с тем, внедрение этой модели отражает в большей мере политические решения, а не эмпирические доказательства ее валидности или ее клиническую ценность. Дефиниция «recovery» проработана недостаточно, и до недавнего времени не было надежных и валидных показателей, которые могли бы лечь в основу соответствующей исследовательской программы. Нами разработан эмпирический инструмент, который хорошо подходит как для научных исследований, так и для клинического применения: Мэрилендская шкала для оценки процесса восстановления при тяжелых психических заболеваниях (Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness, MARS). В настоящей публикации приведено краткое описание этой шкалы и представлены предварительные данные, показывающие, что «recovery» – это не просто исход заболевания в традиционном понимании. По-видимому, это особый конструкт, который можно использовать для более глубокого изучения пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, а также для оценки исходов различных терапевтических программ.

Ключевые слова: восстановление, recovery, тяжелые психические заболевания, самоэффективность, модель социального научения.

(World Psychiatry 2012;11:156-160)

Шизофрения и большинство других психических заболеваний традиционно рассматривались как хронические состояния с неблагоприятным исходом. Эта пессимистическая точка зрения начала меняться, когда ряд исследований, посвященных долгосрочным исходам тяжелых психических расстройств, показал, что течение болезни более вариабельно, и что многие люди, отвечающие жестким диагностическим критериям тяжелых расстройств, имели относительно благоприятные исходы, зачастую без психофармакотерапии (1-4). В настоящее время опубликовано более 20 исследований долгосрочных исходов шизофрении. В этих работах используются различные специфические критерии, методы оценки, популяции и сроки наблюдения. Тем не менее, более 50 % пациентов с тщательно верифицированным диагнозом, по всей видимости, имеют благоприятный исход со значительной редукцией симптоматики, хорошим качеством жизни и социальным функционированием в течение длительного времени.

В то же время, по мере накопления большого массива данных, приходится признать, что традиционная патерналистская модель работы различных служб в сфере психического здоровья способствует развитию беспомощности и безнадежности у многих пациентов, формирует их зависимость и усиливает стигматизацию. В ответ на несостоятельность традиционных психиатрических служб пациенты и многие профессионалы в сфере психического здоровья продвигают общественное движение «recovery», которое основано на модели восстановления и на принципах организации системы здравоохранения, подчеркивающих надежду на ресурсы больного, уважение к пациенту, а также на возможность пациента контролировать как собственную жизнь, так и оказание психиатрической помощи (5).

Два важных сообщения Федерального правительства США придали значительный импульс для развития этого общественного движения. Во-первых, это доклад министра здравоохранения США о психическом здоровье (Surgeon General's Report on Mental Health) (6), в котором был сделан вывод о том, что все службы по охране психического здоровья должны быть ориентированы на пациента и его семью и считать восстановление (recovery) пациента основной целью своей работы. Эта позиция была значительно усилена в докладе President's New Freedom Commission на тему: «Выполнение обещаний: трансформация службы психического здоровья в Америке» (Achieving the promise: Transforming mental health care in America) (7). Помимо всего прочего, в этом докладе постулировалось: «...помощь должна быть направлена на способность пациента успешно справляться с жизненными трудностями, на содействие его восстановлению, на укрепление его устойчивости, а не только на лечение симптомов». Принципы, провозглашенные в этих докладах, были приняты в различных службах по охране психического здоровья в США, Канаде, Великобритании, Новой Зеландии, Австралии и Италии.

Восстановление (recovery), ориентированное на потребителя медицинской помощи

Движение пациентов и связанные с ним политические изменения основаны на том факте, что процесс восстановления является длительным и нелинейным (8). Anthony (9) описал это как «глубоко персональный и уникальный процесс изменения отношений, ценностей, чувств, целей, навыков и (или) ролей». Это жизненный путь, полный удовлетворения, надежды и содействия, даже с учетом вызванных болезнью ограничений. Восстановление включает в себя новый

смысл и новые цели в жизни, например, продолжение личностного развития вопреки катастрофическим последствиям психического заболевания». Позднее в докладе New Freedom Commission Hogan (10) описал восстановление как «процесс позитивной адаптации к заболеванию и нетрудоспособности, тесно связанный с изменением самоидентичности и расширением своих прав и возможностей». Ключевые элементы этих определений («recovery» как процесс, в котором индивид стремится выйти за рамки психического заболевания и влияния этого заболевания на самоидентичность), дублируются в определениях многих других авторов (11).

В 2004 году организация US Substance Abuse, Mental Health Services Administration (SAMHSA) провела 2-х дневную конференцию, в которой приняли участие более 100 пациентов, профессионалов в сфере психического здоровья и ученых, которые сформулировали следующее определение «recovery»: «Восстановление психического здоровья – это дорога исцеления и преобразования личности, в конце которой стоит возможность жить полноценной жизнью в том сообществе, которое человек выбирает, а также возможность полной реализации своего личностного потенциала». SAMHSA было выделено десять характеристик процесса «recovery» и служб, ориентированных на восстановление (recovery-oriented services): 1) самонаправляемость; 2) индивидуализация и сфокусированность на личности; 3) расширение прав и возможностей; 4) целостность; 5) нелинейность; 6) использование сильных сторон личности; 7) взаимная поддержка; 8) уважение друг к другу и самоуважение; 9) ответственность; 10) надежда. Определение «recovery», предложенное SAMHSA, получило широкое признание в профессиональном сообществе. Эта дефиниция была принята Администрацией службы ветеранов (Veterans Health Administration), а также службами охраны психического здоровья в нескольких штатах США, и послужила руководством для разработки соответствующей программы фонда SAMHSA.

Разработанное SAMHSA определение и его критерии отражены в сопроводительных документах, но в них не изложена операциональная дефиниция процесса восстановления. Скорее, они включают в себя различные измерения соответствующей модели, в частности: личностные характеристики пациента (самонаправляемость, расширение прав и возможностей, надежда, ответственность и самоуважение), характеристики системы «врач-пациент» (индивидуализированный и личностно-ориентированный процесс, взаимная поддержка, уважение друг к другу, опора на сильные стороны личности), а также параметры самого процесса (целостность и нелинейность).

Поскольку SAMHSA является федеральным агентством, развивающим национальные службы здравоохранения, эта дефиниция, по всей видимости, будет оказывать существенное влияние на клиническую практику и финансирование служб в сфере психического здоровья в США. Тем не менее, нельзя утверждать, что компоненты, указанные SAMHSA, хорошо определены. Имеется некоторая избыточность, т.е. смысловое перекрывание (например, самодетерминированность и расширение прав и возможностей). Некоторые из пунктов отражают индивидуальные характеристики (надежда, самоуважение), в то время как другие отражают характеристики социального окружения пациента или медицинских служб (например, значение взаимной поддержки). Более того, элементы этой дефиниции не могут быть адекватно использованы в научных целях или, к примеру, для оценки эффективности терапевтических программ. Кроме того, они не дают адекватного представления о том, как оценить восстановление пациента и его динамику, или о том, как опреде-

лить другие средовые или клинические факторы, влияющие на процесс восстановления.

Ограничения концепции «recovery»

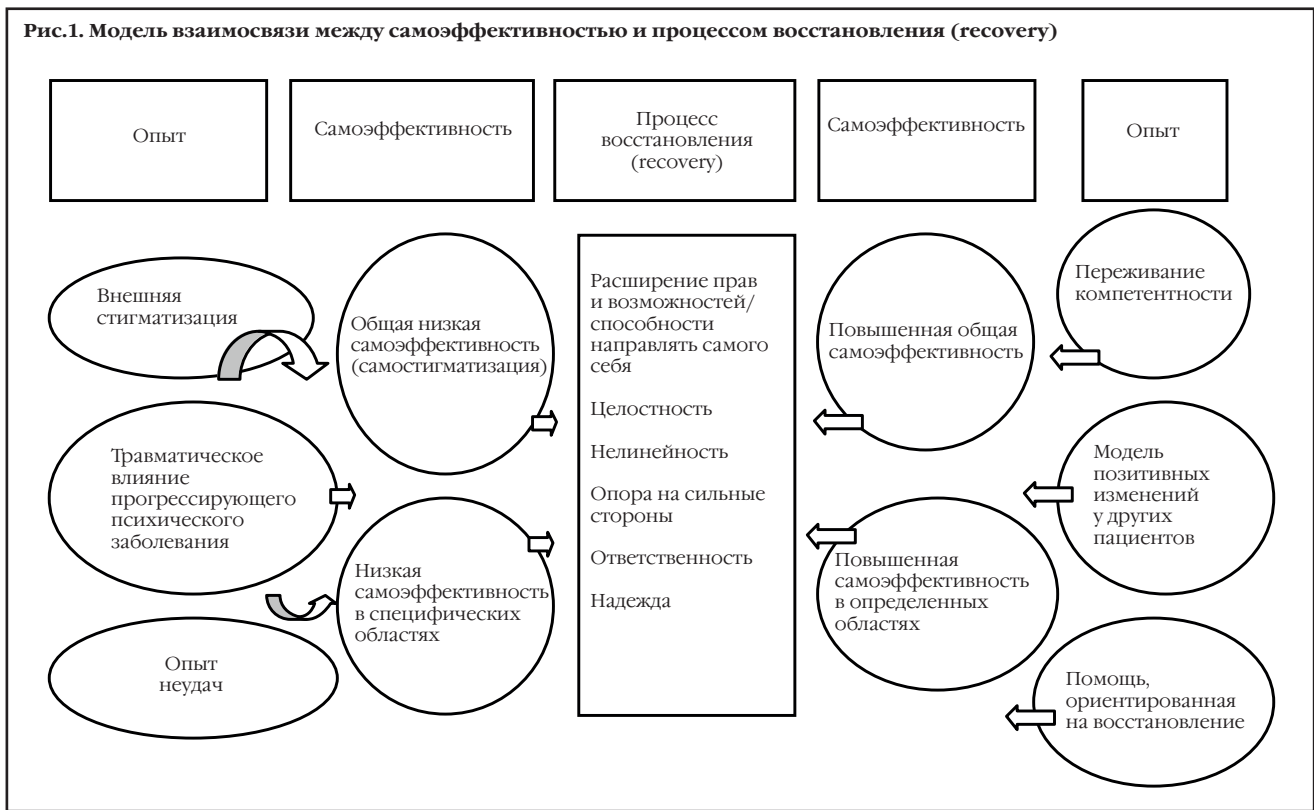
В настоящее время отсутствуют систематические данные о восстановлении с позиции потребителя медицинских услуг (пациента). Неофициальные данные и комментарии, полученные путем многочисленных опросов пациентов, информативны, но их достаточно трудно экстраполировать. Очевидно, что профессиональные и научные сообщества недостаточно высоко ценят субъективный опыт людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, и их способность к восстановлению после разрушающего воздействия болезни. С другой стороны, не совсем понятно, имеет ли значение опыт взаимодействия «профессионал-пациент» в широкой популяции больных тяжелыми психическими расстройствами, или он помогает только отдельным подгруппам пациентов с благоприятным течением болезни. Некоторые профессионалы в области психического здоровья (12, 13) называют модель восстановления пациента (recovery) «старым вином в новой бутылке» или концепцией «хорошего самочувствия», которая не имеет реального практического применения. Если концепция разрабатывается для того, чтобы иметь более продолжительное и существенное влияние на клиническую практику, это предполагает использование более объективной оценки течения заболевания и функционирования общества, которое рассматривается учеными, клиницистами, законодателями и членами семьи пациента как релевантные по отношению к нему. Необходимо проведение научных исследований, чтобы понять, какие именно факторы способствуют процессу восстановления пациента, а также, чтобы установить характер течения этого процесса. К примеру, дефиниция с позиции пациента в целом предполагает, что процесс восстановления (recovery) независим от симптоматики, однако в нескольких исследованиях, посвященных этому вопросу, показано, что вероятность восстановления отрицательно коррелирует с выраженностью симптоматики (14, 15).

Социально-когнитивная модель «recovery» (восстановление)

Главное ограничение этой модели состоит в том, что она не базируется на каких-то четких психологических принципах, а опирается на расплывчатые конструкции, которые невозможно четко определить (16). Мы определяем процесс восстановления (recovery) пациента в контексте разработанной Bandura теории социально-когнитивного участия (17, 18). Bandura утверждает, что люди являются непосредственными участниками субъективного опыта – они не просто пассивно реагируют на детерминирующие условия внешней среды и не являются автоматами, которые управляются нейрокогнитивными процессами. Первичным двигателем, посредством которого реализуется влияние среды, является самоэффективность. Самоэффективность – это набор убеждений о собственной способности к управлению своим внутренними и внешними переживаниями. Представления о самоэффективности включают в себя как глубинное, генерализованное чувство доверия самому себе, так и понимание способности быть эффективным в конкретных ситуациях. Это также включает в себя представления о личной эффективности (о том, что люди могут сделать самостоятельно) и о межличностной эффективности (способность мобилизовать других людей для помощи) (19).

Самоэффективность определяется переживанием опыта успеха или неудачи, моделированием (т.е. социальным научением) и реакциями других людей с тече-

Рис.1. Модель взаимосвязи между самооффективностью и процессом восстановления (recovery)



нием времени. Самооффективность оказывает мощное влияние на систему мотиваций, постановку целей, жизненный выбор, поступки. Чем больше люди уверены в своей способности добиться успеха или эффективно справиться с трудностями, тем легче они ставят перед собой амбициозные цели и предпринимают соответствующие шаги по их достижению. Кроме того, самооффективность оказывает влияние на аффективное состояние. Высокая самооффективность может привести к овладению мастерством, укреплению чувства собственного достоинства и удовлетворенности жизнью, в то время как низкая самооффективность ведет к антиципационной тревоге, ощущению своей несостоятельности (независимо от фактического исполнения), к беспомощности и депрессии.

На рис.1 приведено графическое изображение данной модели. Отрицательный опыт и отношения (слева) уменьшают степень самооффективности, что приводит к снижению параметров процесса восстановления (recovery), тогда как позитивные опыт и отношения повышают самооффективность и ускоряют процесс восстановления. Люди, страдающие тяжелыми психическими заболеваниями, зачастую имеют долгую историю личных неудач во многих социальных ситуациях, опыт стигматизации со стороны общественности, СМИ, профессионалов, работающих в сфере психического здоровья, и других значимых людей, а также часто сталкиваются с внутренней стигматизацией (20). Эти негативные переживания могут подорвать самооффективность и не позволить пациенту справиться с заболеванием и связанными с ним жизненными трудностями. Пониженная самооффективность может приводить к безнадежности, потере самоуважения, к чувству недостаточного самоконтроля (способности направлять самого себя) и к ощущению узкого диапазона своих прав и возможностей, что, как было показано в отдельных исследованиях, и происходит с людьми, страдающими тяжелыми психическими расстройствами (21). Напротив, профессиональная реализация и успешность пациента, опыт совместного принятия эффективных решений в терапевтических вопросах и другие переживания своей компетентности повышают

самооффективность и дают надежду, усиливают самоуважение, расширяют представления пациента о диапазоне своих прав и возможностей, а также способствуют усилению самоконтроля и самонаправляемости.

Процесс восстановления (recovery) после тяжелых психических заболеваний предполагает развитие у пациента убежденности в собственной способности выполнять ключевые социальные роли (студент/рабочий, партнер/супруг), а также развитие чувства контроля над собственным заболеванием посредством личного участия (т.е., способности управлять своим заболеванием и его лечением) либо посредством посторонней помощи (т.е. способности к сотрудничеству со службами психического здоровья, а при необходимости получения поддержки от коллег и членов семьи). Утверждение о том, что процесс восстановления способствует принятию самого факта заболевания и нетрудоспособности (10), согласуется с позицией теории социального научения о том, что убеждение в собственной эффективности является специфическим по отношению к конкретной ситуации. Иначе говоря, человек может чувствовать себя успешным и эффективным в одних областях жизни, несмотря на наличие затруднений в других.

Количество публикаций, содержащих эмпирические данные о самооффективности при тяжелых психических заболеваниях, ограничено, хотя эти понятия тесно связаны между собой (22-24), и некоторые исследования подтверждают взаимосвязь между эффективностью и исходами тяжелых психических заболеваний. В нескольких работах показано, что личностная эффективность связана с качеством жизни и социальным функционированием, включая профессиональную занятость (23, 25, 26). Выявлено, что уровень самооффективности отрицательно коррелирует со степенью самостигматизации и убежденностью в дискриминации, и положительно – со степенью выраженности представлений о расширении диапазона своих прав и возможностей у больных шизофренией, находящихся на амбулаторном наблюдении (27). У больных с расстройствами шизофренического спектра выявлена

Таблица 1. Результаты множественного иерархического регрессионного анализа факторов (доменов исхода) по шкале MARS

Шаг	Дисперсия			Статистика изменений		
	F(df)	p <	R ²	Изменение F(df)	F(df)	p <
1	48,92 (3,102)	0,000	0,590			
2	44,96 (6,96)	0,000	0,735	0,145	8,474(6,93)	0,0001
3	24,24 (11,90)	0,000	0,748	0,013	0,385(11,84)	0,0958
4	14,60 (16,80)	0,000	0,745	-0,003	0,047(16,69)	0,999
5	12,76 (18,78)	0,000	0,747	0,002	0,022(18,62)	0,999

1 – самооффективность и свобода выбора; 2 – надежда, расширение своих прав и возможностей, самостигматизация (внутренняя стигматизация); 3 – позитивная и негативная симптоматика, нейрокогнитивное функционирование; 4 – социальная поддержка, субъективная оценка качества жизни, оценка пациентом состояния своего физического и психического здоровья; 5 – получение терапии, ориентированной на восстановление, удовлетворенность своим лечением.

обратная корреляция между уровнем самооффективности и выраженностью депрессивной симптоматики, а также между самооффективностью и восприятием себя как недостаточно независимого человека (28). Поскольку не существует показателя, напрямую измеряющего самооффективность, Grant и Beck (29) провели оценку пораженческих убеждений, связанных с самооффективностью. Указанный конструкт представляет собой «сверхобобщающие выводы о способности выполнять те или иные задачи (к примеру, если вы не имеете возможности сделать что-то хорошо, не имеет смысла делать это вообще)». Авторы показали, что эти отрицательные установки опосредуют взаимосвязь между когнитивными нарушениями и негативной симптоматикой, а также социальным и профессиональным функционированием больных шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Факторы, регулирующие или опосредующие процесс восстановления пациента

Еще одним ограничением модели «recovery», которое обсуждается в современной литературе, является то, что до сих пор не ясно, в какой степени процесс восстановления опосредуется или регулируется критериями исхода заболевания, связанными с социальным и профессиональным функционированием (к примеру, фактом трудоустройства или наличием системы социальных связей). Иными словами, является ли продуктивная деятельность, такая как работа или учеба, посредником в процессе восстановления пациента, или следствием этого процесса, или и тем, и другим одновременно. Какое утверждение более верно: (1) прогресс на пути к восстановлению больного улучшает его социальные взаимосвязи, (2) улучшение в сфере социальной поддержки способствует восстановлению либо (3) верны оба утверждения? Мы полагаем, что необходимо разработать научную основу для модели восстановления, ориентированной на пациента, и отразить в научных публикациях тот факт, что концепция «recovery» имеет важное практическое и теоретическое значение, которые шире простого «хорошего самочувствия».

В соответствии с утверждением Bandura о том, что люди с одной стороны создают свой собственный жизненный опыт, а с другой – находятся под его влиянием, мы выдвинули гипотезу, что свобода выбора и самооффективность являются посредниками между жизненным опытом и процессом восстановления больного после тяжелого психического заболевания. Неблагоприятные события могут уменьшать ощущение самооффективности пациента, предотвращать или замед-

лять процесс его восстановления, в то время как положительный опыт оказывает противоположное влияние. Кроме того, существует положительное подкрепление, согласно которому повышение степени своей эффективности в различных жизненных ситуациях, а также прогресс на пути восстановления после перенесенного психического заболевания мотивирует пациента к дальнейшим позитивным изменениям в жизни, и расширяет его представление о своих потенциальных возможностях и правах. К примеру, улучшение жилищных условий способствует повышению самоуважения пациента и появлению надежды на перемены к лучшему (30), что, в свою очередь, может мотивировать к поиску работы. В то же время, расширение представлений пациента о своих правах и возможностях может способствовать тому, чтобы он улучшил свои жилищные условия.

Процесс восстановления пациента после перенесенной болезни может регулироваться различными факторами. Ориентированная на процесс восстановления терапия, как правило, оказывает позитивное влияние, а патерналистская модель терапии в ряде случаев приводит к негативным последствиям. Некоторые факторы (в частности, употребление алкоголя или наркотиков, когнитивный дефицит или остаточные психопатологические симптомы) могут оказывать свое негативное влияние на процесс восстановления больного только тогда, когда они достигают значительного уровня.

Оценка восстановления пациента

Еще одним ограничением концепции «recovery» является отсутствие каких-либо показателей, измеряющих степень восстановления пациента, за исключением небольшого количества разноплановых критериев, которые были выделены SAMHSA. Причем сами эти критерии основаны на других дефинициях (16). Andersen с соавторами (31), проведя обзор научной литературы, смогли выделить только один показатель для количественной оценки процесса «recovery». Campbell-Orde с соавторами (32), проанализировав научные источники, а также результаты опросов пациентов и различных административных служб, выделили восемь показателей, из которых только шесть имели отношение к процессу «recovery» как таковому.

Результаты всех этих обзоров отражают тот факт, что существующие инструменты оценки «recovery» разрабатывались «по случаю», т.е. для изучения конкретных выборок пациентов, и не были опубликованы. Разработка этих шкал первоначально была ориентирована на возможность выявления процесса восстановления, а также на валидность этих инструментов. Эти критерии

учитывались в большей степени, чем необходимость создания систематизированной психометрической шкалы. Большинство из этих опросников и шкал основано на неподтвержденных эмпирическими данными моделях или дефинициях «recovery». Большинство разработанных на сегодняшний день психометрических инструментов имеют проблемы масштабирования, а также неадекватно оценивают измеряемые показатели при выходе за верхний или нижний предел измерения (т.е. адекватны для применения только в определенном интервале значений). Одни из них слишком громоздки для реального клинического применения, другие – слишком неоднородны по структуре и не позволяют измерить все необходимые показатели.

В этой связи нами разработана новая шкала, основанная на операциональной версии критериев recovery, предложенных SAMHSA: Мэрилендская шкала для оценки процесса восстановления при тяжелых психических расстройствах (Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness, MARS) (33). MARS – это шкала самооценки, состоящая из 25 пунктов, разработанная для оценки процесса восстановления после тяжелых психических расстройств. Шкала была разработана с использованием технологии циклического интервью, которое проводилось командой из шести клинических исследователей, каждый из которых имел опыт экспертной оценки пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. С каждым пациентом проводилась серия исследований, состоящая из 10 визитов, дополненных структурированным интервью. Заполнение MARS занимает не более 10 минут, ее пункты написаны простым и доступным языком, что делает возможным ее применение как исследователями, так и социальными работниками. Кроме того, она может быть легко переведена на другие языки.

В настоящее время мы проводим лонгитудинальное исследование, чтобы оценить применимость нашей модели социального научения, а также изучить факторы, управляющие процессом восстановления пациента и опосредующие этот процесс. Данные, полученные на относительно крупной выборке (более 100 пациентов), в значительной мере подтверждают предложенную нами модель. В таблице 1 приведены результаты пошагового регрессионного анализа, с помощью которого удалось проранжировать различные факторы этой шкалы. Наибольшую долю дисперсии по этой шкале занимает показатель самоэффективности: 59 %. Другие понятия модели «recovery» (в том числе такие, как надежда и расширение прав и возможностей) также составляют значительную долю дисперсии, но не могут приблизиться к самоэффективности. Наличие продуктивных и негативных симптомов, выраженность нейрокогнитивных нарушений, системы социальной поддержки, субъективная оценка качества жизни, состояние здоровья, возможность получить лечение, ориентированное на восстановление, – эти конструкты также составляют существенную долю дисперсии.

Эти данные позволяют предположить, что «recovery» – это не просто побочный продукт традиционных вариантов исхода при тяжелых психических расстройствах, и не простой показатель качества жизни. Скорее, это отдельный обобщенный образ, который может играть существенную роль в понимании исходов различных терапевтических программ у больных с тяжелыми психическими расстройствами. Вместе с тем, следует отметить, что показатель шкалы MARS не имел значимых корреляций с фактом получения терапии, ориентированной на восстановление, а также с удовлетворенностью лечением. Таким образом, открывается широкий простор для будущих исследований, которые позволят уточнить, какие лечебные и реабилитационные мероприятия лучше всего воздействуют на про-

цесс восстановления и более всего подходят нашим пациентам.

Как было показано выше, полученные нами данные носят предварительный характер, и должны интерпретироваться с осторожностью. Все испытуемые проходили реабилитационные программы в одной и той же сети лечебных учреждений: в государственных больницах для ветеранов в США. В настоящее время мы осуществляем набор испытуемых в более крупные и более разнородные выборки, а также планируем обследовать пациентов спустя год после исходного обследования. Это позволит нам лучше понять взаимосвязь между восстановлением (recovery), различными исходами психических заболеваний, средовыми факторами и психосоциальным функционированием.

*Выражение благодарности авторов
Настоящая публикация поддержана грантом
Veterans Administration MERIT Review для доктора Bellack.*

Литература:

1. Davidson L, Harding C, Spaniol L (eds). Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. Vol. 1. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences Boston University, 2005.
2. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry 2001;178:506-17.
3. Harrow M, Grossman L, Jobe TH et al. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. Schizophr Bull 2005;31:723-34.
4. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. Psychiatr Serv 2005;56:735-42.
5. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. Schizophr Bull 2006;32:432-42.
6. United States Public Health Service Office of the Surgeon General. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville: Department of Health and Human Services, US Public Health Service, 1999.
7. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832, Rockville, 2003.
8. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatr Serv 2001;52:482-5.
9. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J 1993;16:11-23.
10. Hogan MF. New Freedom Commission Report: The President's New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. Psychiatr Serv 2003;54:1467-74.
11. Davidson L, O'Connell MJ, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: paradigm shift or shibboleth? In: Davidson L, Harding C, Spaniol L (eds). Recovery from severe mental illnesses: research evidence and implications for practice. Vol. 1. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences Boston University, 2005:1-5.
12. Peyser H. What is recovery? A commentary. Psychiatr Serv 2001;52:486-7.
13. Remington G, Shammi C. Overstating the case about recovery? Psychiatr Serv 2005; 56:1022.
14. Corrigan PW, Gifford D, Rashid F et al. Recovery as a psychological construct. Commun Ment Health J 1999;35:231-9.
15. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. Psychiatr Serv 2004;55:540-7.
16. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. Clin Psychol Rev 2008;28: 1108-24.

17. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol* 1989;44:1175-84.
18. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-25.
19. Smith GE, Kohn SJ, Savage-Stevens SE et al. The effects of interpersonal and personal agency on perceived control and psychological well-being in adulthood. *Gerontologist* 2000;40:458-68.
20. Watson AC, Corrigan P, Larson JE et al. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007;33:1312-8.
21. Davidson L, Weingarten R, Steiner J et al. Integrating consumers into clinical settings. In: Mowbray D, Moxley C, Jasper C et al (eds). *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation*. Columbia: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1997:437-55.
22. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:245-55.
23. Pratt S, Mueser K, Smith T et al. Self-efficacy and psychological functioning in schizophrenia: a meditational analysis. *Schizophr Res* 2005;78:187-97.
24. Velligan DI, Kern RS, Gold JM. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull* 2006;32:474-85.
25. Hasson-Ohayon I, Walsh S, Roe D et al. Personal and interpersonal perceived control and the quality of life of persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 538-42.
26. Lysaker PH, Bond G, Davis LW et al. Enhanced cognitive behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: effects on hope and work. Submitted for publication.
27. Vauth R, Kleim B, Wirtz M et al. Self-efficacy and empowerment as outcomes of selfstigmatizing. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
28. Shahar G, Trower P, Davidson L et al. The person in recovery from acute and severe psychosis: the role of dependency, self-criticism, and efficacy. *Am J Orthopsychiatry* 2004;74:480-8.
29. Grant PM, Beck AT. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:798-806.
30. Wright PA, Kloos B. Housing environment and mental health outcomes: a levels of analysis perspective. *J Environ Psychol* 2007;27:79-89.
31. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:972-80.
32. Campbell-Orde T, Chamberlin J, Carpenter J et al. *Measuring the promise: a compendium of recovery measures*, Vol. 2. Rockville: The Evaluation @ HSRI Center, Human Services Research Institute, U.S. Department of Health and Human Services, 2005.
33. Drapalski AL, Medoff D, Unick GJ et al. Assessing recovery in people with serious mental illness: development of a new scale. *Psychiatr Serv* (in press).

Обновление концепции «recovery» при шизофрении: формальные показатели улучшаются вслед за функционированием

Robert P. Liberman

Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences,
David Geffen-UCLA School of Medicine; Semel
Institute of Neuroscience and Human Behavior,
Los Angeles, CA, USA (США)

Перевод: Антипова О.С. (Москва)
Редактура: Алфимов П.В. (Москва)

Концепция «recovery», сформулированная общественным движением пациентов, принесла больше вопросов, чем ответов. Мы знаем, что можно поощрять больных, страдающих шизофренией и другими тяжелыми психическими заболеваниями, и помогать им устанавливать собственные личностные цели и проходить психообразовательные программы, чтобы научиться принимать собственные решения в отношении лечения. Восстановление (recovery), в соответствии определением, предложенным правозащитниками, включает следующие аспекты: а) наличие лично значимой и удовлетворительной жизни; б) наличие реальной возможности принимать собственные решения в отношении жизненных целей и лечения; в) наличие надежды на будущее; г) пребывание в мире с самим собой и Богом; д) наличие чувств целостности, благополучия и самоуважения.

Авторы не в полной мере соглашаются с таким двойственным и субъективным определением концепции «recovery». Придерживаясь только этих критериев, можно нарушить границу между социально дезадаптированными пациентами (инвалидами со стойкой позитивной и негативной симптоматикой) и теми, кто достиг относительно нормального профессионального и социального функционирования и занимают при этом активную гражданскую позицию. Так же, как и при других заболеваниях (1-4), восстановление (recovery) при шизофрении должно диагностироваться только в тех случаях, когда пациенты (как правило, прошедшие эффективное лечение и реабилитацию) более не имеют тяжелых симптомов, которые делали их зависимыми от помощи других людей. У таких пациентов восстанавливается приемлемый уровень функционирования в семье, соци-

альной жизни, на работе и учебе, способность к участию в лечебном процессе, а также самостоятельность в бытовой и рекреационной сфере. Другими словами, формальные показатели «recovery» следуют за функционированием (5).

В серии исследований на фокусных группах, состоящих из заинтересованных лиц (пациентов, членов их семей, врачей-психиатров и других специалистов в области психического здоровья, общественных деятелей, а также активистов Национального альянса по борьбе с психическими заболеваниями (National Alliance on Mental Illness)), выделен набор функциональных критериев, необходимых для операционального уточнения концепции «recovery» (6). Этот набор критериев включает следующие: а) тяжесть и частота возникновения симптомов настолько слабо выражены, что они не мешают повседневной жизни пациента; б) наличие трудоустройства в конкурентной профессиональной среде либо посещение обычного образовательного учреждения (хотя бы часть времени); в) теплые (в разумной степени) отношения внутри семьи при наличии понимания того, что временные семейные разногласия являются нормой; г) наличие социальной связи хотя бы с одним другом, с которым пациент участвует в социальных и рекреативных мероприятиях, используя социально приемлемые способы коммуникации (по меньшей мере, один раз в две недели); д) в широком смысле самостоятельное проживание — это понятие включает способность к самостоятельному управлению финансами, участие в лечебном процессе, достаточное самообслуживание и соблюдение правил личной гигиены.

Описанная выше дефиниция «recovery» была использована в нескольких исследованиях, в которых обнаружены значительные различия у пациентов с шизофренией, которые смогли или не смогли достичь адекватного социального функционирования (7-9) и нормализации нейрокогнитивных функций (10).

В своей критической статье Bellack и Drapalski подчеркивают, что взгляд широкой общественности на понятие «recovery» является рас-

плывчатым и политизированным; он не основывается на принципах психологии и не имеет надежного эмпирического подкрепления. Эти исследователи попытались придать существующим непоследовательным определениям «recovery» объективность и «измеряемость» — была выполнена попытка их интеграции с признанными в научном сообществе бихевиоральными теориями, в частности, с социально-когнитивной моделью «recovery», основанной на концепции Bandura о «самоэффективности» (self-efficacy) и «самоуправлении» (self-agency).

Нужно отдать должное вышеупомянутым авторам — их попытка прояснить взгляды пациентов на концепцию «recovery» и соотнести их с существующими психологическими принципами привлекла внимание к неуточненным субъективным индикаторам, которые не основаны на социальных нормах. Bandura (11) сообщает следующее: «Пункты в шкале самоэффективности, как правило, выражаются в общих терминах, отделенных от конкретных ситуаций и обстоятельств. Это приводит к значительной неопределенности в отношении субъекта измерения, а также уровня задач или ситуативных требований, которые должны быть решены. Шкалы самоэффективности должны быть построены в соответствии с той областью функционирования индивида, которая представляет интерес для изучения».

Bellack и Drapalski определяют самоэффективность как посредника между достижением функциональных целей и представлениями пациентов о расширении их прав и возможностей, о надежде, ответственности за свою жизнь. Остается неясным, что еще показывает измерение самоэффективности, функциональных навыков в области социальной и семейной жизни, работы, обучения, дружеских и интимных отношений, управления лечением своего заболевания и способности пациента к самостоятельной жизни. Более того, недавние исследования показали отсутствие взаимосвязи между способностью людей точно прогнозировать то, как они будут себя чувствовать в будущем, и тем, как они себя

чувствуют на самом деле. Таким образом, результаты этих исследований ограничивают предиктивную (прогнозирующую) валидность самоэффективности (12). Кроме того, пункты большинства шкал самоэффективности идентичны зонам «recovery», встроенным в Мерилэндскую шкалу для оценки процесса восстановления при тяжелых психических расстройствах (Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness, MARS), что должно учитываться в статистических находках.

Когда люди, страдающие шизофренией, начинают чувствовать себя более уверенно, когда преодолевают препятствия на пути к независимости и социальному и профессиональному успеху, т.н. «самогенерирующаяся система успешности» еще более мотивирует их к успеху, устанавливает еще более амбициозные цели и толкает к целенаправленным действиям. Все это лишь романтическая концептуализация. В противоположность этому хочу отметить, что для тех из нас, кто ежедневно работает с лицами, страдающими шизофренией, каждое функциональное достижение, а именно: самостоятельное проживание, трудоустройство, возвращение к учебе, свидание, сопровождаются стрессом, недостатком уверенности, страхом неудачи и отвержения. Как было отмечено в многочисленных исследованиях, посвященных трудоустройству с поддержкой (13) и другим реабилитационным программам, успех не «накапливается». Скорее, успех «закрашивается» неудачами. Ощущение своей успешности возникает только при постоянной поддержке с тренингом и ре-тренингом функциональных навыков и проблемно

разрешающего поведения, необходимого для нормальной интеграции пациента в жизнь сообщества.

Пока существует очевидная взаимосвязь между субъективным отношением пациента и функциональными критериями «recovery», невозможно игнорировать сохраняющуюся психотическую симптоматику, нетрудоспособность и невыполнение ожидаемых социальных ролей» (14).

Если концепция восстановления от шизофрении и других инвалидирующих психических расстройств вносит вклад в уменьшение стигматизации психически больных и является стимулом для внедрения личностно-центрированных, ориентированных на выздоровление и основанных на доказательствах программ в системе охраны психического здоровья, то критерии «recovery» должны позволить отделить инвалидизированных пациентов от тех, чьи симптомы и нейрокогнитивный дефицит не мешают управлению лечением заболевания, нормальному психосоциальному функционированию, интеграции в сообщество недевиантным путем и активному участию в жизни общества.

Литература:

1. Ickovics JR, Viscoli CM, Horwitz RI. Functional recovery after myocardial infarction in men: the independent effects of social class. *Ann Intern Med* 1997;127:518-25.
2. Anderson K, Aito S, Atkins M et al. Functional recovery measures for spinal cord injury: an evidence-based review for clinical practice and research. *J Spinal Cord Med* 2008;31:133-44.
3. Kesselring J, Comi G, Thompson AJ. Multiple sclerosis: recovery of function

and neurorehabilitation. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

4. Verheyden G, Nieuwboer A, De Wit L et al. Time course of trunk, arm, leg, and functional recovery after ischemic stroke. New York: Cambridge University Press, 2005.
5. Liberman RP. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 2008.
6. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J et al. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256-72.
7. Whitehorn D, Brown J, Richard J et al. Multiple dimensions of recovery in early psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:273-83.
8. Robinson DC, Woerner MG, McMeniman M et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:473-9.
9. Harrow M, Grossman L, Jobe TH et al. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15 year multi-follow-up study. *Schizophr Bull* 2005;31:723-34.
10. Kopelowicz A, Liberman RP, Ventura J et al. Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychol Med* 2005;35: 1165-73.
11. Bandura A. Self-efficacy beliefs of adolescents. New York: Information Age Publishing, 2006.
12. Gilbert DT, Wilson TD. Prospection: experiencing the future. *Science* 2007;317:1351-4.
13. Becker DR, Drake RE, Bond GR et al. Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Commun Ment Health J* 1999; 34:71-82.
14. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32: 432-42.

Исследования «recovery»: эмпирические данные из Англии

Mike Slade

King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK

Перевод: Карпенко О.А. (Москва)

Bellack и Drapalski изложили свое экспертное мнение и сделали обзор применения «модели восстановления с точки зрения пациентов», используя, преимущественно американский материал при обсуждении сложностей определения и оценки результатов лечения,

и оценки самих лечебных мероприятий. Эти актуальные вопросы исследовались и в Англии, в данном комментарии будут изложены некоторые результаты недавних исследований.

В отношении определений, современные научные изыскания продвинулись за пределы консенсуса экспертов. В систематическом обзоре были собраны все опубликованные англоязычные определения и модели восстановления (1). Для формирования концепции «recovery» был использован нарративный синтез, в концепцию

вошли: а) тринадцать самых распространенных процессов recovery б) пять процессов recovery, куда включалось формирование социальных связей, чувство надежды и оптимизма в отношении будущего, идентичность, смысл жизни и полномочия (что в английском языке формирует акроним CHIME) в) описание стадии recovery.

Модель CHIME применима для международного использования (2), с точки зрения доказательной медицины, мероприятия по достижению ремиссии должны учитывать все пять компонентов модели CHIME.

Существующая на сегодняшний день доказательная база имеет несколько другой фокус, который представляет собой традиционные клинические приоритеты, связанные с наличием симптоматики и качеством функционирования. Таким образом, такие хорошо зарекомендовавшие себя мероприятия, например, направленные на формирование социальных связей («интеграция в сообщество» в США, «социальная вовлеченность» в Великобритании и Австралии) в большинстве своем выпадают из исследовательской базы, а значит и из клинических руководств.

Bellack и Drapalski формулируют данную проблему включения элементов ремиссии в консенсус на разных уровнях: индивидуальном, средовом, лечебном и т.д. По проблемам ремиссии было опубликовано два систематических обзора (3, 4), в которых также была обозначена двойная проблема несогласованности определения понятия «recovery» и проведение оценки на разных уровнях оказания помощи. Модель SHIME стала использоваться службами охраны психического здоровья как новый способ оценки ремиссии. Метод оценки INSPIRE (описание на странице researchintorecovery.com/inspire) учитывает такую проблему, как различное понимание пациентами важности тех или иных видов поддержки, таким образом, он является критерием полезности, который можно использовать как в рутинной клинической практике, так и в качестве параметра в клинических исследованиях.

Что касается организации служб, для разработки практических руководств, ориентированных на восстановление, был проведен обзор международных стандартов и руководств (5). Качественный анализ описания тридцати лучших практических руководств с применением индуктивного, семантического тематического анализа выявил шестнадцать основных тем, которые были сгруппированы с применением интерпретативного анализа. Были выделены четыре практических домена: поддержка индивидуальной модели recovery, сотрудничество, обязательства по организации лечения и поддержка прав и обязанностей пациентов. Поддержка индивидуальной модели recovery включает предложение пациентам в качестве ресурса на пути к восстановлению использовать набор интервенций с доказанной эффективностью, вместо навязывания лечения для их же блага. Второй домен – сотрудничество – является центральным, т.к. объединенные данные качественных исследова-

ний и описаний recovery указывают, что поворотные моменты в жизни пациентов часто связаны с взаимодействием с клиницистами. Другими словами, важно не только то, что делает клиницист (например, какое лечение предлагает), но и как он это делает. Третий домен обязательства по организации лечения отражает влияние представлений о лечении («что нам надо сделать в данном случае»), что формирует ожидания, дискурс и поведение. Например, если основным направлением деятельности психиатрической службы является общественная защита, то это будет препятствовать позитивному рисковому поведению, который необходим для формирования человека. Последний домен – поддержка прав и обязанностей – указывает на то, что пациенты больше, чем их заболевание. Ориентация на восстановление подразумевает изменение фокуса с лечения заболевания (человек может впоследствии продолжить свою обычную жизнь) на поддержку индивидуальности и прав и обязанностей человека (что означает, что лечение может повлиять на некоторых людей в некоторые моменты их жизни). Лучшей проверкой данной смены фокуса является готовность клинициста наряду с назначением препаратов взаимодействовать с работодателями, обучать их, чтобы приспособить рабочее место для людей с психическими проблемами. В будущем, скорее всего, клиницистам придется становиться еще и общественными активистами (6).

В рамках описанных четырех доменов можно привести в пример две инициативы, предпринятые в Англии. На уровне обязательств по организации лечения 30 из 55 психиатрических трастов (организации по предоставлению помощи) включены в проект

ImROC (7). Он основан на модели десяти основных «организационных сложностей», разработанной в ходе совместных семинаров, в которых принимали участие более 300 человек персонала, пациентов и члены семей (8). Сложности включали изменение штата сотрудников (например, создание служб, где 50% персонала сами являются пациентами), переход с ориентированных на риск услуг на услуги, ориентированные на безопасность, организация образовательных центров, в которых персонал и пациенты могут обучаться на взаимном опыте способ выздоровления.

В психиатрических службах для взрослых были разработаны интервенции на уровне работы команд специалистов, целью которых было применять схему выздоровления

SHIME и которые ориентировались на два практических домена. Интервенция REFOCUS (9) подразумевает включение обученного персонала в работу по трем направлениям индивидуальной модели recovery: понимание ценностей пациента и предпочтения в отношении лечения в качестве отправного пункта планирования лечения; оценка сильных сторон пациента и их развитие; поддержка установления целей пациентом. Персонал обучается применению коучинга при взаимодействии с пациентами. Данная интервенция в настоящее время оценивалась в тридцати сообществах пациентов (10).

В Англии остается нерешенной задача разработки интервенций, направленных на поддержку прав и обязанностей пациентов. Это может потребовать радикального переосмысления роли клиницистов, и, скорее всего, вместо лечения отдельных лиц врачами, потребует активной инициативы со стороны сообществ с развитием партнерских отношений между пациентами и персоналом.

Литература:

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199: 445-52.
2. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* (in press).
3. Burgess P, Pirkis J, Coombs T et al. Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45:267-80.
4. Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (in press).
5. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470-6.
6. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research* 2010;10:26.
7. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? *Int Rev Psychiatry* 2012;24: 29-39.
8. Sainsbury Centre for Mental Health. Implementing recovery. A new framework for organisational change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
9. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011.
10. Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomized controlled trial of a recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:

Концепция стигмы в модели «recovery»

Matthias C. Angermeyer¹,

Georg Schomerus²

¹ Center for Public Mental Health, Güssing am Wagram, Austria;

² Department of Psychiatry, Ernst-Moritz-Arndt-University Greifswald, Germany

Перевод: Карпенко О.А. (Москва)

Bellack и Drapalski рассматривают восстановление как процесс, цель которого жить «с чувством удовлетворения, надежды и с пользой, несмотря на ограничения, которые накладывает болезнь», кроме того, следует добиваться «полной реализации человеческого потенциала и индивидуальности». Таким образом, они говорят скорее о лечении идентичности, и это звучит как позитивный, оптимистичный отголосок понятия нарушенной идентичности, о которой в своем классическом труде, посвященном стигме, писал Goffman (1963) (1). Концепция «recovery» и «стигмы» во многом перекликаются, но являются противоположными по своему смыслу. Концепция recovery говорит о «наполовину полном» стакане возможностей, стигма же указывает, что стакан «наполовину пуст» и содержит дискриминацию и обесценивание. Там, где концепция recovery говорит о сложностях, концепция стигмы видит препятствия. Может быть «recovery» – это просто новый позитивный способ описания все той же бесконечной битвы психически больного человека за лучшую жизнь?

Понятие recovery привнесло новую оптимистичную и целительную интонацию в область психиатрической помощи. Это бодрящее движение самих пациентов, цели которого очевидно важны. И возможно, для него не нужно подтверждение своей правомерности, с помощью создания единой всеобъемлющей теоретической модели. Если же, все-таки представлять восстановление (recovery) в виде теоретической модели, которую необходимо оценить с научной точки зрения, то мы считаем, что понятие стигмы необходимо для устранения белых пятен этой модели.

В своей модели восстановления и самооффективности Bellack и Drapalski попытались ее внедрить в устоявшиеся теоретические концепции. Довольно убедительно они использовали концепцию самооффективности Vandura в качестве ключевого элемента, влияющего на процесс восстановления, стигму

они относят к элементам негативного личного опыта, которые уменьшают самооффективность и таким образом препятствуют восстановлению. С точки зрения индивидуального опыта их модель принимает во внимание ту неприглядную реальность, которую создает стигма у людей с психическими расстройствами. В самом деле, множество последних исследований стигмы фокусировались на индивидуальном опыте стигматизации пациентов. В исследованиях изучались разные способы борьбы со стигмой (2), подчеркивалась важность индивидуальных, гибких стратегий.

Другие исследования изучали индивидуальные последствия само стигматизации и выявили, что интернализация распространенных предрассудков снижает моральный дух и самооффективность (3), или приводит к учащению госпитализаций (4). В данной статье стигма и восстановление предлагают разные перспективы с точки зрения индивидуального опыта пациентов, и эти перспективы дополняют друг друга, дифференцированно рассматривая ресурсы и ограничения.

Однако стигму нельзя рассматривать как изначально индивидуальное понятие. Многие исследования стигматизации психических расстройств, касающиеся социологии и социальной психологии, рассматривают проблему как социальную (5), пытаются понять культурный контекст, который формирует индивидуальный опыт пациентов. Эти исследования пытаются описать механизмы дискриминации, которые приводят к нежелательным последствиям. С точки зрения данной социальной перспективы, были разработаны и протестированы теоретические модели, которые способны предсказать общественное отношение, и выделить те из них, которые надо изменить, т.к. общественное мнение возможно поменять (6).

Еще один важный социальный аспект стигмы – дискриминация со стороны официальных структур, она происходит, когда законы, правила, страховые случаи и т.д. разработаны таким образом, чтобы поставить определенные меньшинства в невыгодное положение (7).

Всесторонняя теоретическая работа над стигмой позволила обмениваться информацией с другими научными дискурсами, например, связанными с расизмом (8). В данном случае индивидуаль-

ные перспективы восстановления нуждаются в дополнении социальными данными, собранными в ходе исследования стигмы. Стигма изначально не является вопросом изменения индивидуального отношения заинтересованных лиц, она касается изменения общественного отношения. Дискриминация – это не проблема индивидуального копирования, а проблема несправедливости. Следует также призвать к осторожности. Сосредоточивание модели восстановления на контроле своей жизни самими пациентами может иметь нежелательные последствия. Он может усилить общественное отклонение от ответственности за пациентов (9), предоставляя им самим справляться со своим заболеванием. Усиление ответственности самих пациентов может усилить стигматизацию психических заболеваний, вместо того, чтобы ее уменьшить. В наше неолиберальное время имеется определенный риск того, что возложение ответственности на пациентов (10) может в долгосрочной перспективе привести к уменьшению финансирования психиатрических служб, вместо того, чтобы помочь улучшать их качество.

Исследования восстановления должны учитывать данные ограничения. Возможно, исследования в данной области обогатятся с помощью пересмотра моделей и данных, которые уже хорошо известны, например, в области стигматизации, и будут учитывать все разнообразие подходов для пропаганды восстановления. Это было бы амбициозной и целесообразной исследовательской задачей, и это бы помогло применять концепцию восстановления в качестве естественного элемента психического заболевания и психиатрической помощи.

Литература

1. Goffman E. Stigma; notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
2. Ilic M, Reinecke J, Bohner G et al. Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58: 246-57.
3. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res* 2004;129: 257-65.
4. Rysch N, Corrigan PW, Wassel A et al. Selfstigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry* 2009;195:551-2.

5. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol* 2001;27:363-85.
6. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and metaanalysis. *Acta Psychiatr Scand* (in press).
7. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; 30:481-91.
8. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med* 2008;67:358-67.
9. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract* 2000;7:48-67.
10. Tegtsoonian K. Depression and mental health in neoliberal times: a critical analysis of policy and discourse. *Soc Sci Med* 2009;69:28-35.

Активная позиция: ее природа и влияние на «recovery» при тяжелых психических заболеваниях

Paul H. Lysaker¹,
Bethany L. Leonhardt²

¹ Roudebush VA Medical Center and Indiana University School of Medicine, Indianapolis;

² School of Psychological Science, University of Indianapolis, IN, USA

Перевод: Карпенко О.А. (Москва)

Bellack и Drapalski предлагают вдумчивый обзор концепции recovery, возникшей из движения потребителей психиатрической помощи. Они показывают, и это совпадает с данными эмпирических исследований, что recovery – это скорее правило, чем исключение при шизофрении, что здоровье для пациентов часто очень субъективное, индивидуальное и довольно размытое понятие. Авторы считают, что субъективное понимание здоровья не может быть объектом для научных исследований, и поэтому они призывают уточнить операциональное определение, взяв в расчет индивидуальные аспекты recovery. В обзоре приводятся понятия активной позиции и самоэффективности в качестве тем, близких к сути движения потребителей, а в конце приводится описание попыток разработки опросника, который бы оценивал эти и подобные им конструкты.

В данном комментарии мы сосредоточимся на понятии активной позиции при шизофрении, коснемся его определения, роли в восстановлении и способов оценки. Активная позиция при более внимательном рассмотрении является одной из ключевых концепций. Она сочетает в себе различные субъективные аспекты здоровья, является конструктом, который может рассматриваться как одна из движущих сил для потребителей. Движение за восстановление – это не только реакция на патерналистскую практику, но также и реакция на определенные научные парадигмы, которые рассматривают

результат лечения как совокупность взаимодействия крупных биологических и социальных сил, при этом роль самих пациентов не учитывается, хотя именно они лучше всего понимают, что происходит в их жизни (1).

По своей сути, концепция recovery отстаивает точку зрения, что люди не являются пассивным местом встречи биологических и социальных сил, но являются активными участниками, которые интерпретируют свой опыт, и тот смысл, которые они создают, играет ключевую роль в исходе лечения (2).

Чтобы стать активным участником в процессе восстановления от психического заболевания, необходимо совершать дискретную и синтетическую деятельность, в ходе которой люди активно создают смысл своих жизней. Быть активным действующим лицом жизни с (или без) психического заболевания значит, например, принимать решения о том или ином шаге (например, вернуться к работе) или отстаивать свои права в случае несправедливости. При этом активная жизненная позиция может иметь и более широкое значение – осознание себя хозяином определенных мыслей, чувств и действий.

Таким образом, активное участие подразумевает создание гибкой и последовательной системы ценностей и действий, которая может быть понята другими людьми. Важность активной позиции и ее независимость от других аспектов заболевания и социальной несправедливости подтверждается в нескольких примечательных отчетах от лица самих пациентов (3, 4).

В этих отчетах видно, что recovery включает в себя возможность описать, что является правильным, а что неправильным с точки зрения самого человека, о чем он печалится, на что надеется, и какую помощь ему необходимо оказать. Вся эта информация представлена в понятном для других людей виде. Чита-

тель этих отчетов видит перед собой рассказчика, который обрел возможность говорить, выражать свою аутентичность, которая не сводится лишь к надежде, уменьшению симптоматики или качеству жизни. Выздоровливающий человек не соответствует какому-то сценарию или не воплощает в жизнь какую-то модель. Все авторы выздоравливают по-своему, и в своих описаниях этого процесса они говорят о дилеммах, с которыми им пришлось столкнуться в реальной жизни, не затрагивая вопросы о сложности самой жизни.

Если recovery включает в себя обретение активной жизненной позиции, то стоит взглянуть на истоки этого феномена. Bellack и Drapalski обсуждают влияние стигмы на активную позицию и связанное с этим понятие самоэффективности. Эту концепцию подтверждает множество доказательных данных, но опасность кроется в том, что недостаток активности понимается в контексте когнитивных ошибок или ошибочных суждений. Если понимать активную позицию в более широком контексте человеческого опыта, то она является рефлексивной, материальной и взаимодействующей (5); она не сводится к тому, как человек воспринимает себя. Активность является результатом осознания себя и базового опыта, которое есть у каждого на элементарном телесном уровне, и которым можно поделиться с окружающими. В самом деле, эмпирические исследования показывают, что многие пациенты с шизофренией борются за то, чтобы воспринимать себя активными участниками, также они стремятся создать единое представление о себе как об активных хозяевах своей жизни (6–9).

Этот более широкий взгляд на активность имеет важные практические применения в научных исследованиях recovery. Например, он подтверждает и проясняет некоторые вопросы, поднятые Bellack и Drapalski. Путем понимания запро-

сов на межличностное взаимодействие для формирования активной позиции, мы видим, что правомерность субъективных представлений о благополучии основывается на том, могут ли пациенты быть поняты и приняты другими людьми. Это не значит, что есть правильные или неправильные ответы. Например, при угрозе благополучию пациента может приниматься или отвергаться медицинская модель, но при этом сохраняется понимание их другими людьми. Это лишь означает, что не все жизненные перемены имеют право на существование. Мы считаем, что имеется необходимость разработки мер оценки, над которыми в настоящее время работают Bellack и Drapalski, а также необходима количественная оценка согласованности (когерентности) и адаптивности смыслов, которыми люди наделяют психическое здоровье в процессе recovery. Примером этого является недавняя работа, в которой показано, что степень сложности и коге-

рентности описаний себя пациентами с шизофренией является предиктором успеха участия в реабилитационных программах, а также может влиять на социальное функционирование с учетом изменения нейрокогнитивных функций (10).

Литература:

1. Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in first person experience: a comparison of six perspectives. *Schizophr Bull* 2010;36:331-40.
2. Roe D, Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. *J Med Humanit* 2005;31:89-94.
3. Kean CS. Silencing the self: schizophrenia as a self-disturbance. *Schizophr Bull* 2009; 35:1034-6.
4. Lampshire D. The sounds of a wounded world. In Geekie J, Randal P, Lampshire D et al (eds). *Experiencing psychosis: personal and professional perspectives*. New York: Routledge, 2012:139-45.

5. Plessner H. Laughing and crying: a study of the limits of human behavior. Evanston: Northwestern University Press, 1970.
6. Dimaggio G, Vanheule V, Lysaker PH et al. Impaired self-reflection in psychiatric disorders among adults: a proposal for the existence of a network of semi independent functions. *Conscious Cognit* 2009;18: 653-64.
7. Lafargue G, Franck N. Effort awareness and sense of volition in schizophrenia. *Conscious Cognit* 2009; 18: 277-89.
8. Raffard S, D'Argembeau A, Lardi C et al. Narrative identity in schizophrenia. *Conscious Cognit* 2010;19:328-40.
9. Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
10. Lysaker PH, Shea AM, Buck KD et al. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:405-13.

Потребительские модели «recovery»:

выстоят ли они в условиях операционализма?

Janet Wallcraft

University of Birmingham, UK

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Bellack и Drapalski четко обозначили важность модели «recovery» и то, каким образом она в настоящее время влияет на государственные системы охраны психического здоровья США, заставляя отказываться от патерналистских служб, порождающих «чувства безнадежности и беспомощности». Они ссылаются на работу специалистов-потребителей, демонстрируя субъективный характер психической болезни и «recovery», и в то же самое время подрывают значимость этой работы, предполагая, что эти специалисты могут представлять собой «отдельную группу с благоприятным исходом» (проблема, которая могла быть решена, если бы всех пациентов психиатрической службы попросили рассказать их истории болезни своими словами, вместо того, чтобы писать эти истории языком врачебных записок и диагностических категорий!)

Основная забота авторов состоит в разработке операционального определения «recovery»

на базе определения Управления службы наркотической зависимости и психического здоровья США (SAMHSA), а также в представлении своей методики измерения «recovery» (Мэрилендская шкала оценки «recovery» у людей с серьезными психическими заболеваниями, Maryland Assessment of Recovery in People with Serious Mental Illness, MARS). Они начинают с цитирования наиболее влиятельного определения «recovery», предложенного Anthony (1). Однако, как и большинство людей, цитирующих Anthony, они упускают его второй пункт, представляющий большую значимость для потребителей и пользователей служб психического здоровья: «концепция «recovery» включает себя больше, чем само по себе выздоровление от психической болезни. Люди с психическим заболеванием могут нуждаться в выздоровлении от стигмы, ставшей частью их сущности; от ятрогенных эффектов тех условий, в которых проходит лечение; от недостатка возможностей для самоопределения; от негативных следствий безработицы и от разрушенных мечтаний. Часто «recovery» является сложным, длительным процессом. «Recovery» – это то, что делают сами люди с нетрудоспособностью. Лечение, ведение паци-

ента и реабилитация – это то, что делают люди, оказывающие им помощь в процессе «recovery» (1).

Определение Anthony громоздко, в нем неоднозначно используется слово «ятрогенный», однако оно помогает сделать две вещи: передать ответственность за процесс «recovery» решительным образом самому человеку, который находится в этом процессе, а также подчеркнуть его сложность. Операциональное определение Bellack и Drapalski, как, по-видимому, и инструмент MARS, является строго привязанным к их собственным теоретическим воззрениям, сводящимся к тому, что «личное участие» и «самоэффективность» являются ключевыми принципами в основе «recovery». «Самоэффективность» определяется как набор убеждений о своих возможностях управления внутренним и внешним опытом. Это понятие принято за точку отсчета, и неудивительно, что на практике MARS подтверждает, что эти психологические аспекты являются главными детерминантами «recovery».

Проследив логику их аргументов до этого момента, я почувствовала себя не в ладу с их выводами, и стала подвергать сомнению их процесс операционализации «recovery».

Они начинают этот процесс с отклонения потребительской модели «recovery» как недостаточно психологической. Это само по себе могло бы стать поводом для несогласия с исследователями из числа потребителей, но, может быть, имеет смысл исследовать и ценность самой операционализации. Р. Bridgman разработал концепцию операционализации в начале 20 века, чтобы позволить исследователям вести эмпирическую работу там, где переменные не имеют субстрата, различного для органов чувств. Green (2) сказал об этом, что Bridgman представил простое решение сложной проблемы. Однако «как и в случае с большим числом простых решений для сложных проблем, оно вовсе не оказалось решением». Если методика измерения определяет концепцию, которая не имеет собственной сущности, не может идти речи о психологическом открытии, поскольку нечего открывать. В случае с «recovery» операционализация связана с риском того, что его онтологические аспекты окажутся бессмысленными или неприменимыми, как и большая часть нарративного материала, которая имеет бесспорное значение для индивидов, рассматривающих свое «recovery» как результат личного путешествия по жизни, и как процесс осмысления их собственного опыта.

Slade (3), психолог из Великобритании, обнаружил схожую проблему, когда писал о «recovery». Он проводил различие между «клиническим выздоровлением», которое четко определено для соответствия требованиям эмпирических исследований, и «личностное выздоровление», которое имеет «высокую экологическую валидность – оно возникает из рассказов психически больных людей, описывающих себя как достигших «recovery» или находящихся на пути к нему», но с трудом поддается операционализации. Тем не менее, Slade утверждает, что использование эмпирических количественных исследований не

является невозможным для изучения того, что именно помогает в процессе «recovery», и указывает на главные компоненты, выявляемые в нарративных исследованиях и включающие «расширение прав и возможностей, надежду и оптимизм, знание и удовлетворенность жизнью».

Шкала MARS находится на одной из ранних стадий тестирования. Она может оказаться ценным дополнением к множеству существующих методик для измерения «recovery», однако неблагодарно отвергать методики, основанные на результатах консенсусных конференций и работы, проведенной непосредственно с потребителями. Некоторые из этих методик уже испытаны и протестированы, в том числе Шкала для оценки «recovery» (Recovery Assessment Scale) (4). Она была протестирована на 1824 людях с серьезными психическими заболеваниями, и показала наличие пяти факторов: уверенность в себе и надежда, желание просить о помощи, направленность на цель и успех, опора на других людей и отсутствие господства симптомов. Австралийское исследование (5) показало, что эта шкала имеет конвергентную валидность с другими методиками измерения «recovery» и согласуется с литературой о «recovery» с точки зрения потребителей.

Установлено, что другим ключевым фактором «recovery» являются социальные отношения. Шведское исследование (6), основанное на рассказах 58 пациентов, показало, что «при психических заболеваниях «recovery» представляет собой социальный процесс, при котором вспомогательные факторы взаимодействуют с качеством социальных взаимоотношений, независимо от того, сформированы ли они в стенах стационара, в условиях лечения, в психотерапии, с членами семьи и друзьями или в компании других людей, оказавшихся в схожей ситуации».

Аналогичным образом, исследования, проведенные пользова-

ми соответствующих служб в Великобритании, показали, что отношения являются самым важным общим фактором, помогающим людям с психическими расстройствами формировать копинг-стратегии (7).

Принимая во внимание результаты Bellack и Drapalski о том, что лечение, нацеленное на «recovery», не оказывало значительного влияния на его исходы, существует необходимость оставаться внимательными ко всем аспектам того, что значит «recovery» для потребителей.

Быть может, вместо того, чтобы подстраивать модель «recovery» под существующие научные методы и концепции, было бы лучше построить научные методы под всю сложность концепции «recovery».

Литература

1. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
2. Green CD. Operationism again: what did Bridgman say? What did Bridgman need? *Theory and Psychology* 2001;11:45-52.
3. Slade M. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
4. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO et al. Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bull* 2004;30:1035-41.
5. McNaught M, Caputi P, Oades LG et al. Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australasian Psychiatry* 2007;41:450-7.
6. Schon UK, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55:336-49.
7. Faulkner A, Layzell S. Strategies for living: a report of user-led research into people's strategies for living with mental distress. London: Mental Health Foundation, 2000.

«Recovery»: возможен ли консенсус?

Mary O'Hagan

International Recovery Consultant, Wellington, New Zealand

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Я ощущала некоторый дискомфорт, читая статью Bellack и Drapalski. Возможно, это связано с тем, что мы с ними пришли к этой теме

различными путями. Мой путь начался с того, что в возрасте около 20 лет я пережила опыт большого психического дистресса и взаимодействия со службами охраны психического здоровья. С тех пор я применяю ценности международного движения потребителей переживших болезнь с целью побудить службы и более широкие слои общества уважать опыт переживших сумасшествие, улучшать пути

преодоления этого опыта и относиться к нам как к равным по правам гражданам. Словом, эти ценности базируются на платформе самоопределения. Как уполномоченный представитель по психическому здоровью в Новой Зеландии, я должна была помочь сформулировать, что представляет собой подход «recovery» в национальном контексте. Это включало критику медицинских и других подходов,

использующих дефицитарную модель, сомнения в отношении принудительного лечения, а также продвижение социальной справедливости как ключа к «recovery». Эти темы не всегда отчетливо фигурируют в международной литературе на эту тему (1).

Испытанный мною дискомфорт, возможно, порожден тем, что я не нахожусь по ту же сторону, что и авторы – в «широкой церкви» людей, занимающихся «recovery». Складывается впечатление, что Bellack и Drapalski недостает глубокого критического анализа господствующих убеждений и структур, которые задают формы ответа психиатрических служб и социума на сумасшествие. Для тех из нас, кто получил знания главным образом посредством пережитого опыта и анализа деятельности движения потребителей переживших болезнь, критика этих убеждений и структур является необходимой для трансформации служб и сообществ в направлении поддержки «recovery».

Bellack и Drapalski описывают «recovery» как модель, но я всегда видела в нем скорее философию. Модель – это шаблон, процесс или дизайн, руководящий действиями людей, в то время как философия в этом контексте – это набор убежде-

ний, управляющих моральными ценностями, которые мы приписываем поступкам людей. Модель может быть эмпирически протестирована, а философия, ввиду своей фундаментальной природы, может быть лишь аргументирована. Я думаю, что мы должны определять моральную ценность практической модели, прежде чем проводить эмпирические исследования ее эффективности. Это заставляет меня не соглашаться с жалобами Bellack и Drapalski о том, что «модель recovery» основана на личных оценках, качественных исследованиях и политических консенсусных заявлениях, что она является расплывчатой и с трудом может быть протестирована. Это может фрустрировать некоторых психологов-исследователей, для которых эмпиризм, по-видимому, важнее ценностей, но меня это не волнует.

Я также почувствовала некоторую критичность авторов в отношении лидеров потребителей, переживших болезнь и ученых за то, что они не смогли представить более качественного набора данных, доступных для анализа и тестирования. Если дело обстоит так, я думаю, что их критика является недостаточно обоснованной. Хотя количество ученых из числа потребителей переживших болезнь

растет (и, кто знает, может быть, авторы обнаружат себя среди них), они все еще представляют собой крошечную, разрозненную и скудно обеспеченную группу. Насколько мне известно, нигде в мире нет отделов, специализирующихся на исследованиях пользователей переживших болезнь, но, разумеется, существуют сотни хорошо обеспеченных психологических подразделений.

Я не против обобщения человеческого опыта или измерения показателей «recovery» у индивидов или в популяциях, но у меня складывается впечатление, что главная ценность для авторов состоит во внедрении своего рода упрощенной науки, в то время как для меня – в почтении к пережитому опыту и справедливости в системах помощи и в обществе. Вот почему авторы статьи и люди с мировоззрением близким моему могут встретить трудности на пути достижения консенсуса по вопросу о том, как проводить исследования «recovery». Однако важно то, что мы, тем не менее, пытаемся это сделать.

Литература

1. O'Hagan M. Recovery in New Zealand: lessons for Australia? Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2004;3:1-3.

Превратности концепции «recovery» или вызов серьезному отношению к «субъективному опыту»

Felicity Callard

Centre for Medical Humanities, Durham University;
Service User Research Enterprise, Institute
of Psychiatry, King's College London, UK

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

«Профессиональные и научные сообщества не придают достаточного значения субъективному опыту людей с тяжелыми психическими заболеваниями и их способности к восстановлению от истощающих эффектов болезни», – заявляют Bellack и Drapalski. Их статья вносит важный вклад в область научных знаний, посвященных противодействию ошибочным допущениям касательно исходов у людей с диагнозом тяжелой психической болезни.

Научные и философские споры о путях осмысления и операционализации «recovery» (1-4) продол-

жаются, поэтому данный комментарий мог принять множество направлений развития. Я решила подтолкнуть авторов к более жесткой конфронтации с некоторыми допущениями, заключенными в их доводах. В то время как они утверждают, что поддерживают важность «субъективного опыта» пользователей служб, в их статье, в конечном счете, заново выводятся ортодоксальные психологические формулировки, основанные на традиционных моделях объективности, надежности и валидности. Они утверждают, что «потребительская модель recovery» использует «расплывчатые концепции, которые никогда не подвергались объективному определению», и подчеркивают потребность в «более объективных методах измерения течения болезни и функционирования в сообществе, которые бы виделись ученым, клиницистам, членам семей и законодателям адекватными».

Такие утверждения обрывают поиск путей обхода проблемы, которая заключается в том, что «потребительская модель recovery» (собираемый термин, заключающий в себе несколько различных формулировок) ориентирована в направлении определения и операционализации таких ключевых психиатрических понятий как «течение болезни», «симптомы» и «функционирование в сообществе».

Эта потребительская модель не столько представляет собой проблему в связи с «расплывчатостью» использованием понятий, сколько ставит перед психиатрией важные вопросы: ее нацеленность на серьезное отношение к феноменологическому богатству и социальному складу субъективного опыта влечет за собой переосмысление традиционных способов определения и измерения благополучия и болезни. Bellack и Drapalski навязывают разделение между потенциальными

ми «практическими и концептуальными последствиями» «recovery» (включающими в себя «продуктивную деятельность на работе или в школе» и «улучшенные социальные отношения») и «субъективное благополучие потребителей» (чему косвенно придается меньшее значение). В противоположность этому, некоторые из наиболее колких суждений касательно «recovery» подвергают сомнению такое разделение, демонстрируя, каким образом субъективное благополучие само собой основывается на продолжительных и равноправных социальных отношениях и построено на них (5). Потребительская модель «recovery», далекая от того, чтобы уйти от изучения «практических и концептуальных последствий», лежащих за пределами аспектов индивидуального благополучия, стала передовым краем развития более тонких вопросов расширения прав и возможностей, которые имеют отношение к преобразению как коллективного, так и индивидуального потребителя. Эти вопросы подразумевают не только то, что индивидуальное участие и самоэффективность формируются через социальные отношения; они также значат, что аналитический контекст, в рамках которого мы понимаем и стремимся к преобразованию индивидуального участия и самоэффективности, в своей основе нуждается во внимании к социальным отношениям, и неравенству сил, которое так часто их характеризует. В недавнем обзоре Tew et al (6), посвященном роли социальных факторов в запуске или задержке «recovery», «самоэффективность» была представлена как лишь один из большого круга важных элементов, включавших в себя социальные идентичности, социальную включенность и развитие сообщества.

Bellack и Drapalski не одиноки в обращении к таким известным понятиям как самоэффективность в момент становления каждой новой парадигмы (здесь – потребительских моделей «recovery»). Я думаю, это является показателем того, что психиатрическим эпистемологиям и методам бросается вызов, как это бывает, когда традиционные исследователи сталкиваются с мышлением и методами, свойственными движению пользователей служб психического здоровья (7). В самом деле, продолжают неразрешенные споры о том, в какой степени традиционные

способы измерения исходов в психиатрии (например, путем использования стандартных психологических понятий, разработки и применения шкал) сопоставимы с эпистемологиями, лежащими в основе моделей, разработанных потребителями.

Одним из креативных откликов на эту дилемму было возникновение нового способа составления шкал, в котором заложена попытка серьезного обращения с «субъективным опытом» потребителей вместо простой опоры на определение «хорошего исхода», используемые клиницистами. Bellack и Drapalski описывают, как процесс последовательной разработки шкалы MARS проводился шестью клиническими исследователями, которые дополнили свою работу беседами с шестью независимыми экспертами и с комиссией потребителей. Несмотря на то, что согласование с потребителями приветствуется и является преимуществом перед отсутствием подобного согласования, такая модель сохраняет привычный баланс сил, в соответствии с которым знания потребителей относительно «recovery» представляются как гораздо менее «экспертные» по сравнению с мнениями клинических исследователей и «независимых экспертов». Сравните это с потребительскими подходами к разработке инструментов для измерения исходов, описанными Rose et al (8). Они имели успех при создании инструментов измерения исхода для когнитивно-поведенческой терапии психозов (9) и для оценки непрерывности оказания медицинской помощи (10). В этой модели методы измерения исходов разрабатываются всецело на основе взгляда пользователей службы психического здоровья и строятся на положении, что «только пользователи службы психического здоровья знают изнутри, какое лечение и какие службы приносят им пользу, а какие – вред» (8).

Bellack и Drapalski, без всякого сомнения, не согласятся с тем, что разработка методов измерения «recovery» обязана следовать этому маршруту, о чем свидетельствует их утверждение, что эти методы должны также «видеться ученым, клиницистам, членам семей и законодателям адекватными». И это приводит нас к сути дела. Bellack и Drapalski хотели бы сместить модель «recovery» прочь от «политических решений» (которые характеризуют

движение потребителей), в направлении «эмпирических доказательств валидности модели» (которая характеризует научную практику). Модель разработки методов оценки исходов, разработанная Rose et al. демонстрирует, что это разделение ложно: все эмпирические доказательства в отношении валидности модели «recovery» будут видоизменяться «политическими решениями» относительно того, чья точка зрения принимается во внимание, когда выносятся решения о том, какой исход является хорошим.

*Благодарности
Эта работа была поддержана
фондом Wellcome Trust
(086049/Z/08/Z).*

Литература

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
2. Amering M, Schmolke M. Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
3. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss JS. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
4. Pitt L, Kilbride M, Nothard S et al. Researching recovery from psychosis: a user-led project. *Psychiatr Bull* 2007;31:55-60.
5. Beresford P. Thinking about 'mental health': towards a social model. *J Ment Health* 2002; 11:581-4.
6. Tew J, Ramon S, Slade M et al. Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *Br J Soc Work* (in press).
7. Rose D. Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls. *Psychiatr Bull* 2003;27:404-6.
8. Rose D, Evans J, Sweeney A et al. A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:41-6.
9. Greenwood KE, Sweeney A, Williams S et al. Choice of Outcome In Cbt for psychoses (CHOICE): the development of a new service user-led outcome measure of CBT for psychosis. *Schizophr Bull* 2010;36:126-35.
10. Rose D, Sweeney A, Leese M et al. Developing a user-generated measure of continuity of care: brief report. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:320-4.

Восприятие «recovery» потребителями:

ВЗГЛЯД ИЗ ИНДИИ

Rangaswamy Thara

Schizophrenia Research Foundation, Chennai, India

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Во многих развивающихся странах, включая Индию, движение потребителей / членов семей до сих пор находится на стадии зарождения, хотя и постепенно набирает силу. Похоже, что при некоторых из патерналистских форм оказания лечебной помощи не настолько часто, как это необходимо, придается значение или проявляется интерес к мнению потребителей. В этой связи мы провели на базе Фона Исследования Шизофрении (Schizophrenia Research Foundation, SCARF) небольшое эксплоративное исследование с целью выяснить, каковы взгляды потребителей на «recovery» в случае шизофрении.

SCARF – это негосударственная некоммерческая организация, управляющая внебольничными службами в городской части Индийского Ченнаи, а также в сельской и полугородской местности. Короткое исследование точки зрения пациентов на показатели «recovery» было проведено во внебольничном отделении SCARF в Ченнаи среди пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством. Критерием включения было наличие хотя бы частичной критики (то есть пациент признавал наличие психического расстройства).

Из 164 пациентов, удовлетворивших критериям включения и осмотренных в период 30 рабочих дней, 100 дали согласие на участие в исследовании. Им задавали открытые вопросы о том, что они лично считали показателями «recovery». Затем мы предлагали им список возможных показателей «recovery», сформированный на основании доступной литературы, консультаций с другими специалистами в области психического здоровья и предварительной дискус-

сии с 25 пациентами и их семьями. Также применялась техника «снежного кома», при которой новые пункты, возникающие во время интервью, добавлялись в список для следующей беседы. После этого пациентов спрашивали, должно ли было их «recovery» быть подтверждено каким-то внешним источником – членами семьи, работодателем, лечебной командой – или оно было «внутренним», и им достаточно было собственной уверенности в том, что они достигли «recovery».

Посредством интервью был выделен в общей сложности 31 показатель. Наиболее часто выявлявшейся тематикой было отождествление «recovery» с отсутствием симптомов (88 % респондентов) и отсутствием рецидивов (73 %). Возврат к обычной жизни в плане функционирования (70 %) и способность справляться с обязанностями (62 %) также оценивались как важный элемент. Для 65 % «recovery» означало перестать принимать лекарства. Женщины отвечали таким образом чаще мужчин (80 %).

Среди респондентов все студенты, 71 % безработных, 66 % из тех, кто посещает мастерскую при SCARF и 63 % от числа работающих упомянули способность «удерживаться на работе» в качестве наиболее важного показателя «recovery». Около 35 % назвали вступление в брак и рождение детей.

В предыдущей работе, проведенной этим центром, важность работы и профессии в «recovery» пациентов была недооценена (1, 2). Тот факт, что медицинская страховка в Индии не покрывает психические заболевания, а государство мало что делает в плане программ социальной защиты этой группы населения, делает особенно важным для многих из таких пациентов, особенно принадлежащих к низшим экономическим группам, поиск работы и возможность обеспечить себя и свои семьи.

Хоть личные качества, такие как самоэффективность, и не фигури-

ровали в списке, они оказались в каком-то смысле центральными для многих выявленных тем (утверждения об эффективности в социальных и рабочих ситуациях, необходимости успешно справляться с жизнью, приобретении независимости и самостоятельности в принятии решений).

Пациенты упоминали внутренний источник подтверждения «recovery» в шесть раз чаще внешних. В частности, многие пациенты утверждали, что их ощущение, что они хорошо справляются с работой, было важнее мнения работодателя на этот счет. Обнадеживающим было то, что, несмотря на представленность группы преимущественно хроническими пациентами со средней продолжительностью болезни около 11 лет, никто из них не считал «recovery» недостижимым, и все были способны выразить свои личные показатели этого явления.

Из результатов этого исследования не ясно, ощущали ли наши пациенты патернализм со стороны служб психического здоровья и чувствовали ли себя сокрушенными безнадежностью и беспомощностью, как это описывают Bellack и Drapalski. Это требует дальнейших исследований, возможно, в различных условиях оказания медицинской помощи. Представляется, что эта выборка пациентов имела достаточно реалистичные взгляды на «recovery», согласно которым наивысшая роль отводилась социальному функционированию, с особым вниманием к трудоустройству.

Литература

1. Thara R, Henrietta M, Joseph A et al. Ten year course of schizophrenia – the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:329-36.
2. Srinivasan TN, Thara R. How do men with schizophrenia fare at work? A follow-up study from India. *Schizophr Res* 1997;25: 149-54.

«Recovery» потребителей: призыв к партнерству между исследователями и потребителями

Sylvester Katontoka

Mental Health Users Network of Zambia, Lusaka, Zambia

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Потребители услуг служб охраны психического здоровья, особенно в Африке, согласятся с Bellack и Drapalski в том, что время для разработки моделей, подкрепленных эмпирическими доказательствами, пришло. Доказательные данные же свидетельствуют о том, что модели «recovery» главным образом фокусируются на биомедицинской модели лечения болезни и не развивают способности потребителей противостоять трудностям жизни с психическим расстройством.

В частности, в Замбии есть два государственных учреждения, рассчитанных на 160 потребителей, которые должны были получать центральное финансирование своей деятельности. Увы, уже много лет эти учреждениям не выделялось никаких средств, что, конечно, повлияло на оказание помощи (1). Эти центры стали местом скопления людей с психическими заболеваниями, пребывание в котором не способствует процессу «recovery». Это неприемлемо и является нарушением прав человека в отношении людей с психическими расстройствами. Это нарушает права человека потому, что лишает человека с психическим заболеванием возможности приобрести и сохранять максимальный уровень независимости, профессиональных способностей, а также полной включенности и участия в общественной и всех других сферах жизни (2).

Службы «recovery» должны быть доступны людям с психическими расстройствами как можно ближе к их собственным сообществам, что касается и сельской местности (3). Должны организовываться всесторонние программы и службы, стабильные и длительные, основанные

на мультидисциплинарной оценке индивидуальных потребностей и сильных качеств. Мы надеемся, что мы занимаемся разработкой моделей «recovery», которая позволит людям с психическими расстройствами осознавать собственные возможности, работать продуктивно и плодотворно, а также быть способными приносить пользу своим сообществам (4). Это касается сообществ, которые заинтересованы в создании среды, которая позволяет людям с психическими расстройствами максимально расширить свой потенциал, улучшить качество их жизни и иметь такие же возможности и обязанности как люди без соответствующих нарушений. Мы рассматриваем службы «recovery» как механизм, способствующий снижению нищеты, распространению информации и передаче ответственности за собственное развитие самим людям, страдающим психическими расстройствами.

В развитии служб «recovery» огромное значение принадлежит тому, чтобы люди с психическими расстройствами действовали на равных правах с другими. Поэтому самое главное – активно содействовать формированию среды, в которой люди с проблемами в сфере психического здоровья могли бы эффективно и полноценно участвовать в создании моделей «recovery», не подвергаясь при этом дискриминации. Наш личный опыт способен оказать сильное и непоколебимое влияние на формирование доказательной основы для моделей «recovery». Наш жизненный опыт позволяет направлять и сопровождать развитие комплексных моделей «recovery», ориентированных на потребителя.

Необходим призыв к сотрудничеству между исследователями и потребителями. Этот призыв к сотрудничеству в отношении «recovery» имеет критическое значение, хотя и не получает заслуженного внимания. Возможности для продвижения основанных на

доказательствах моделей «recovery» возникают вследствие разрастания сетевого взаимодействия между людьми, которых касаются проблемы психического здоровья. Такие сети должны формироваться из специалистов, членов семей и самих людей, страдающих психическими расстройствами.

Сотрудничество является верным направлением. Важность сотрудничества при разработке основанных на доказательствах моделей «recovery» состоит в том, что оно привносит комбинацию дополнительных навыков и более широкого объема знаний. Кроме того, это экономично, так как каждый из участников такого партнерства будет специализироваться на определенном аспекте развития модели «recovery». Это также обеспечивает моральную поддержку, которая способствует более творческому совместному поиску решений.

Поэтому необходимо, чтобы исследователи и потребители вкладывали силы в развитие сотрудничества и по всему миру создавались основанные на доказательствах модели «recovery». Это принесет пользу потребителям, особенно тем, которые живут в странах с низким и средним уровнем дохода, наиболее сильно страдающим от недостатка служб «recovery».

Литература

1. Hartley S (ed). CBR as part of community development. A poverty reduction strategy. London: Centre for International Child Health, University College London, 2006.
2. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
3. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2008.
4. Mayeya J, Chazulwa R, Mayeya PN et al. Zambia mental health country profile. Int Rev Psychiatry 2004;16:63-72.

Эмпирический подход к классификации и диагностике расстройств настроения

Drew Westen¹, Johanna C. Malone², Jared A. DeFife¹

¹ Department of Psychology and Psychiatry, Emory University, 36 Eagle Row, Atlanta, GA 30322;

² Department of Psychiatry, Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA

Перевод: А.В.Павличенко

В данной статье описывается подход к диагностике аффективных расстройств, основанный на эмпирических данных и предназначенный для использования в повседневной клинической практике. Врачи-психиатры и клинические психологи, отобранные случайным образом, описали случайно выбранного пациента с помощью Диагностического опросника расстройств настроения (Mood Disorder Diagnostic Questionnaire, MDDQ), и заполнили дополнительные исследовательские материалы. Для того, чтобы на основе Опросника MDDQ выделить среди изученных пациентов естественные диагностические группы, мы применили факторный анализ. Были выявлены три клинически независимые группы (дименсии) аффективных расстройств, что согласуется с рубриками нарушений настроения в DSM и МКБ (большая депрессия, дистимия, мания), а также с индексом суицидального риска. Диагностические критерии были выработаны эмпирически. Привлечение статистических методов при анализе исходных данных для оценки диагностической точности подтвердило правильность выделения групп на основе диагнозов DSM-IV; регрессионный анализ также продемонстрировал правильность выделения групп на основании Опросника MDDQ, а корреляционный анализ показал внутреннюю взаимосвязь между наследственнойотягощенностью по аффективным заболеваниям и исходами, а также валидность. Возможно, наиболее важным результатом является тот факт, что, в дополнение к рубрикам DSM-IV, с помощью диагностических шкал Опросника MDDQ можно предсказать адаптационные способности и течение заболевания. Эмпирически выделенные синдромы могут быть использованы для диагностики расстройств настроения на основе дименсионального подхода без привлечения сложных алгоритмов или могут быть объединены в большие диагностические прототипы, которые устраняют необходимость использовать неудобную для клинической практики постоянно расширяющуюся группу расстройств настроения.

Ключевые слова: расстройства настроения, суицидальность, дименсиональный диагноз, сходство с прототипом (prototype matching).

Два вопроса составляют основу психиатрического диагноза: как классифицировать психопатологические феномены и как применить эту систематику к конкретному пациенту в клинической практике. В отношении расстройств настроения усилия ученых вначале были направлены на разрешение первого вопроса, который включал так называемый клинико-экспертный подход, состоящий в том, что ведущие психопатологи начала 20 века старались каким-то образом навести порядок среди тех больных, с которыми они сталкивались в своей работе (1). Данный подход преобладал вплоть до 70-х годов прошлого века, когда критерии, предназначенные для научных целей, также оказались пригодными для стандартизации диагноза в разных странах. Варианты этих критериев стали официальной номенклатурой аффективных расстройств в DSM-III (2). С того времени исследователи постоянно улучшали критерии диагностики различных расстройств как в DSM, так и в МКБ, что привело к резкому увеличению числа самих заболеваний. В частности, расстройства настроения при этом стали рассматриваться как заболевание аффективного спектра, а у конкретных пациентов наблюдались разнообразные клинические симптомы (3–6).

После введения исследовательских критериев новый принцип стал использоваться не только при создании классификации болезней (первый из двух главных вопросов психиатрического диагноза), но и во время внедрения в клиническую практику диагностических алгоритмов, базирующихся на основе этой систематики (второй вопрос). DSM-III и последующие издания DSM и МКБ предложили высокоспецифичные критерии и схемы, позволившие объединить эти критерии в виде так называемого категориального диагноза. К преимуществам этого подхода можно было отнести существенно более высокий

уровень надежности, по крайней мере, в отношении исследовательских задач (7,8). Однако со временем стали очевидными и существенные недостатки, включающие взаимоотношение между достоверностью и надежностью, ограниченное число диагностических признаков, противоречивость между критериями тяжести и длительностью болезни; все увеличивающееся количество самих расстройств и диагнозов «без дальнейшего уточнения (БДУ)». Кроме того, стало очевидно, что для многих расстройств, включая аффективные, категориальный диагноз (расстройство присутствует или отсутствует), также как диагноз дименсиональный (степень выраженности расстройства) не отражают в полной мере клинической реальности (10–12). На протяжении многих лет дименсиональный диагноз, по-существу, являлся «неофициальной» практикой в научных исследованиях. Последнее обстоятельство нашло отражение в таких средствах, как Шкалы депрессии Гамильтона (13) и Бека (14), которые используются для измерения тяжести депрессии и уровня ответа на терапию. Однако следует помнить, что у пациента, участвующего в клиническом исследовании, несмотря на уменьшение степени выраженности расстройства ниже определенного порога, все еще может быть множество симптомов. Другой важной проблемой была искусственная коморбидность (15, 16), связанная с различными причинами, в частности, с общими критериями и особенностями патологических состояний, относимых к одной группе, когда четкие границы между расстройствами провести невозможно. Еще одной проблемой является удобство использования в практике. Глава DSM-IV «Расстройства настроения» содержит около 100 страниц текста и включает множество состояний, каждое из которых имеет собственные критерии, подкритерии и гра-

ницы, которые клиницисты находят малополезными и в своей работе часто ориентируются не на соответствующие руководства, а на прототипы психопатологических состояний, которые возникли у них в период обучения и работы (17,18).

В этом месте можно спросить, а можно ли как-то по-другому подойти к обоим вопросам: как идентифицировать диагностические синдромы и критерии, и как их применять в практике. Один из практических путей решения первого вопроса лежит в использовании психометрических инструментов и шкал. По существу, диагностическое руководство является набором «шкал» (список критериев) для измерения структурных элементов (диагнозов), которые можно получить эмпирически путем использования таких процедур как факторный анализ больших и разнообразных данных, содержащих также и потенциальные диагностические критерии. Факторный анализ позволяет идентифицировать как группы (дименсии), например, депрессию, дистимию, манию, так и критерии (признаки, имеющие высокую факторную нагрузку внутри этих групп), которые можно использовать для выбора и создания диагнозов. Последние, в свою очередь, можно интерпретировать с точки зрения дименсионального и категориального подходов. Нечто подобное встречается и в других областях медицины. Например, когда пациент достигает некоего количественного порога, у него диагностируется «высокое» или «пограничное» артериальное давление, и здесь не требуется использование сложных алгоритмов.

В последнее время все более и более популярным методом оценки расстройств Оси I и Оси II DSM-IV (второй из указанных выше вопросов) становится так называемое прототипическое соответствие (prototype matching), которое объединяет диагностические критерии в стандартные прототипы (7, 19, 20). Клиницисты определяют подобие или «соответствие» имеющихся у пациента симптомов определенным прототипам, причем каждый прототип рассматривается в целом. Врач при этом следует естественной для каждого человека склонности к категоризации. (21, 22). Прототипическое соответствие основано на синдромальном подходе (23), согласуется с диагностическими принципами DSM и МКБ, а также дает возможность применять дименсиональную (количественную) оценку, используя шкалу от 1 (нет соответствия с клинической картиной – отсутствие расстройства) до 5 (значительное соответствие). Если необходим категориальный диагноз (например, для того, чтобы клиницисты лучше понимали друг друга), то показатель, равный 4 и выше, будет говорить о существовании расстройства, а показатель, равный 3, укажет лишь на «признаки» состояния.

Таким образом, вместо того, чтобы выделять в структуре биполярных расстройств большое количество отдельных категорий, диагностика конкретного пациента будет основываться, с одной стороны, на имеющихся у него в данный момент времени симптомах, а с другой – насколько его или ее состояние соответствовало прототипам депрессии или мании в прошлом. Так, если у больного в настоящее время или в анамнезе имелись признаки мании на уровне 3 и выше, то у него можно диагностировать заболевание биполярного спектра, а особенность заболевания будет определяться тяжестью маниакальных/гипоманиакальных и депрессивных эпизодов. В обычной клинической работе пациентов, перенесших в прошлом субсиндромальные маниакальные и депрессивные состояния, можно рассматривать как «циклотимиков». В научных целях сочетание показателей каждой из 1-5 или более надежных шкал, разработанных на основе факторного анализа, даст возможность определить мишени для дифференцированной терапии или предсказать важ-

ные исходы заболевания, такие как глобальное функционирование.

Диагностические синдромы, выделенные в этом исследовании на основании факторного анализа, образуют группу дименсий, которые устраняют необходимость использовать сложные диагностические алгоритмы.

МЕТОДЫ

В данной работе, являющейся частью большого исследования по классификации расстройств личности, мы случайным образом связались с 1201 североамериканским психиатром или психологом, работающим по специальности не менее 5 лет после окончания обучения (8, 24). Так как клиницисты предоставили всю необходимую информацию, а сведения о конкретных пациентах были недоступны для исследователей, то брать информированное согласие имело смысл скорее с клиницистов, чем с самих больных. Протокол был одобрен профильным комитетом Университета Емогу.

Мы попросили врачей описать «взрослого пациента, который в настоящее время проходит у них лечение, или оценить особенности мыслей, чувств, мотивов или поведения, – всего того, что связано с личностными чертами, – которые вызывают дистресс или дисфункцию». Одновременно мы подчеркнули, что пациенты необязательно должны иметь диагноз расстройства личности по DSM-IV. Использовались дополнительные критерии включения: возраст старше 18 лет, отсутствие текущего психотического расстройства, достаточно хорошее знакомство с врачом (использовался следующий признак: между врачом и больным должно было быть более шести встреч, но продолжительность их взаимодействия не должна превышать двух лет, чтобы уменьшить искажения, связанные с лечением). Чтобы обеспечить случайность выборки, мы попросили врачей включать в исследование лишь тех пациентов, отвечающих критериям включения, которых они консультировали на протяжении предыдущей недели последними.

Врачи заполнили специальную Клиническую анкету (CDF), используя для этого данные, полученные в ходе регулярных бесед с пациентами, а также из других доступных источников (например, истории болезни). Анкета CDF включает демографическую характеристику больных, диагноз, этиологические факторы (семейная отягощенность и историю развития), а также изменения параметров адаптации (напр., 16) с точки зрения опытных клиницистов. Данные Анкеты CDF демонстрируют большое сходство с результатами, полученными независимо от самих пациентов (25). Для диагностики расстройств Оси I мы попросили врачей отметить наличие или отсутствие каждого из наиболее распространенных в DSM-IV расстройств, как это делается в их повседневной работе. Чтобы правильно их ориентировать и обеспечить максимально возможную надежность и достоверность результатов относительно отягощенности по психическим заболеваниям, мы спросили их конкретно о наличии психических расстройств среди родственников первой и второй линии и рекомендовали врачам осторожно отметить, были ли в их ответах сомнения.

В исследование мы включили данные, полученные от случайно выбранных 187 врачей, которые заполнили диагностический опросник по расстройствам настроения (MDDQ). Он включает 79 пунктов и позволяет опытным клиницистам оценить симптомы аффективных расстройств, обозначенных в виде диагностических критериев. Опросник MDDQ можно использовать для измерения нарушений настроения на основе его шкал, а также для выделения эмпирическим путем диагностических подгрупп и критериев.

Пункты MDDQ были заимствованы из существующих критериев аффективных расстройств, а также с учетом научных данных и клинических наблюдений (26, 27). Каждый пункт оценивался по 7-бальной шкале.

Все 187 врачей имели большой опыт работы по специальности (20,1±7,7 лет) и разнообразные теоретические интересы.

Пункты MDDQ мы подвергли факторному анализу, используя процент дисперсии, который, в соответствии с графиком собственных значений, объяснял параллельный анализ (28,29). Мы проверили результаты с помощью процедур оценки и изучения отклонений, а также проанализировали значимые связи между обнаруженными факторами, чтобы отобрать окончательное число изменчивых факторов. Предполагая определенные корреляции между факторами, мы использовали данные косвенного отклонения (oblique rotation). Ниже приводятся данные, полученные с помощью метода наименьших квадратов. После эмпирического выделения диагностических групп мы создали психометрические шкалы для оценки выраженности каждого расстройства. Для этого мы отобрали пункты с самым высоким коэффициентом нагрузки и, удалив пункты, имеющие низкую корреляцию со шкалой и высокую взаимную корреляцию (например, $r \geq 0$) с другими шкалами.

Валидность первоначально выделенных диагностических измерений мы проверили разными способами. Во-первых, чтобы оценить точность измерительных шкал в отношении стандартного дихотомического деления (например, наличие или отсутствие диагностированного лечащим врачом депрессивного состояния), мы построили кривую зависимости показателей (ROC-кривая) от частоты ложно положительных заключений и на каждой разделяющей (cut-point) точке измерительной шкалы отметили разницу между положительными и ложноположительными результатами. Считается, что величина площади под кривой (AUC) свидетельствует об общей возможности метода правильно распределять отдельных людей и позволяет определить его дискриминативные способности по отношению к случайному распределению (показатели $AUC \leq 50$ говорит о случайном различии). Для того, чтобы проверить, насколько эмпирически выделенные синдромы могут предсказать именно те диагнозы, которые от них ожидают, а также оценить надежность (диагностическую точность) полученных на основании Опросника CDF натуралистических диагнозов DSM-IV, мы использовали в своей работе данные кривой AUC и логистической регрессии.

Во-вторых, сравнивая относительную надежность категориальных диагнозов DSM-IV и эмпирически выделенные измерения, мы также пытались найти корреляцию между диагнозами, поставленными на основании Шкалы глобальной оценки функционирования (GAF) из DSM-IV и комбинированной оценкой психиатрического функционирования (госпитализации, суицидальные попытки), с одной стороны, и наследственной отягощенностью по депрессиям и биполярным расстройствам, с другой. Чтобы предсказать показатели Шкалы GAF и наследственную отягощенность по психическим заболеваниям, мы применили множе-

ственную иерархическую регрессию: для этого мы вначале использовали упомянутые в DSM-IV диагнозы расстройств настроения (Шаг 1), а затем выделенные эмпирическим путем синдромы (Шаг 2). Также с помощью иерархической регрессии мы пытались определить дифференциальную (incremental) валидность в клинической практике эмпирически выделенных диагнозов при их сравнении с диагнозами DSM-IV. Наконец, на основе этих шкал мы создали отдельные диагностические прототипы, которые можно будет использовать в повседневной работе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди изученных больных было 42,8% женщин; 69% из них лечились частнопрактикующими врачами (оставшиеся наблюдались в различных учреждениях, начиная от дневных стационарных и до судебных отделений); 73,3% лиц принадлежали к европеоидной расе (остальные относились преимущественно к афро-и/или латиноамериканцам) и ко всем социальным классам. Средний возраст пациентов составил 42,6±11,5 лет. Разброс показателей Шкалы GAF варьировал в пределах от 10 до 92 (среднее значение 58,4±12,2); 28,9% из них как минимум один раз стационарировались в психиатрическую больницу. Врачи хорошо знали своих больных и, в среднем, наблюдали их на протяжении 17,3±26,5 месяцев.

С помощью факторного анализа было выделено 4 или 5 признаков. Четыре признака соответствовали 4 внутренне связанным между собой измерениям, что охватывало 44 % дисперсии. Мы назвали эти факторы «депрессия», «дистимия», «мания» и «суицидальный риск» и создали психометрические шкалы, каждая из которых содержала от 6 до 19 пунктов. Внутренняя стабильность (надежность) каждой шкалы была очень высокой (Таблица 1). Мы ожидали обнаружить значительные взаимные корреляции между шкалами, и поэтому измеряли все симптомы аффективных расстройств. Кроме того, было показано, что расстройство настроения является частью более широкого спектра (30,31). Как и оказалось в дальнейшем, внутренние корреляции между группами были выражены весьма умеренно, что могло свидетельствовать о независимости отдельных расстройств внутри широкого спектра (Таблица 2).

Выделенные шкалы демонстрировали высокую диагностическую точность. В таблице 3 представлены статистические данные для каждой измерения, полученные на основе анализа кривой AUC при дифференциации больных в отношении клинического диагноза или числа суицидальных попыток. Метод пошаговой регрессии, представленный в таблице 4, показывает, что шкалы также обладают высокой дискриминантной валидностью (т.е., они могут отделить друг от друга соседние расстройства). Выделенные измерения описали именно те диагностические конструкции, которые мы ожидали от них увидеть, но никак не другие. Например, измерение «депрессия» в значительной степени могла предсказать только клинический диагноз «депрессия»; измерение «дистимия» предсказывала только клинический диагноз «дистимическое расстройство»; высокие баллы по признаку «мании» пред-

Таблица 1 Достоверность шкал и внутренние корреляции

	Депрессия	Дистимия	Мания	Суицидальный риск
Достоверность (альфа коэффициенты)	0,94	0,94	0,88	0,92
Внутренние корреляции				
Большая депрессия				
Дистимия	0,5*			
Мания	0,23*	-0,05		
Суицидальный риск	0,58*	0,35*	0,25*	
* $P < 0,001$				

Таблица 2 Корреляции между пунктами шкалы (Item-to-scale correlations)				
	Депрессия	Дистимия	Мания	Суицидальный риск
Большая депрессия				
Выглядит грустным, несчастным или подавленным	0,83**	0,48**	0,1	0,49**
Чувствует усталость, утомление или отсутствие энергии;	0,82**	0,39**	0,15**	0,45**
ежедневная активность требует огромных усилий				
Настроение постоянно понижено; не отвечает на попытки «развеселить» его/ее	0,82**	0,43**	0,04	0,51**
Способен ли человек получить удовольствие от привычных увлечений и деятельности?	0,80**	0,33**	0,07	0,43**
Жалобы на грусть, печаль или подавленность	0,79**	0,54**	0,07	0,46**
Депрессивное настроение серьезно влияет на способность работать, ходить в школу, и т.д.	0,79**	0,39**	0,13	0,36**
Трудно развеселиться; человек практически не получает удовольствие от жизни	0,79**	0,43**	0,03	0,45**
Депрессия или ажитация мешают сконцентрироваться; трудно читать, поддерживать беседу и т.д.	0,75**	0,33**	0,30**	0,49**
Чувство бесперспективности будущего	0,71**	0,46**	0,14	0,55**
Депрессивное настроение значительно отличается от того, что было раньше (даже если обычное настроение было грустным); как будто бы опустился «туман или мгла»	0,71**	0,32**	0,20**	0,34**
Есть ли у человека эмоциональная опустошенность; трудно ли принимать обычные решения?	0,67**	0,46**	0,14	0,42**
Частые пробуждения среди ночи; трудности поддержания сна	0,66**	0,30**	0,32**	0,42**
Кажется, что замедлено мышление, речь, движения и т.д.	0,65**	0,32**	0,15**	0,33**
Утрата интереса к друзьям, знакомым, и т.д.	0,65**	0,21**	0,20**	0,36**
Нарушение засыпания; инициальная инсомния	0,64**	0,23**	0,34**	0,40**
Ранние пробуждения и неспособность спать далее	0,60**	0,28**	0,13	0,35**
Депрессия значительно усиливается утром	0,58**	0,21**	0,22**	0,33**
Чувство «тяжести» и скованности в руках и ногах	0,54**	0,21**	0,27**	0,22**
Снижение аппетита	0,52**	0,20**	0,08	0,35**
Дистимия				
Чувство вины	0,45**	0,86**	-0,05	0,34**
Склонность к повышенной самокритике вместо обоснованного раздражения на других	0,38**	0,86**	-0,14	0,26**
Склонность винить себя в плохих событиях; человек считает, что способность приносить несчастья относится к его стойким психологическим чертам и качествам	0,42**	0,82**	-0,07	0,29**
Чувство неполноценности, несостоятельности, некомпетентности или недостаточности	0,59**	0,82**	0,02	0,47**
Частое ощущение, что он/она подвел(а) других людей	0,42**	0,80**	-0,03	0,29**
Волнение по поводу того, что он/она разочаровывала важных людей	0,36**	0,80**	-0,14	0,21**
Тенденция постоянно возвращаться к собственным ошибкам, плохим поступкам в прошлом	0,45**	0,79**	-0,02	0,34**
Самокритика; установление высоких требований к себе; постоянный страх, что он/она их не оправдывает (не оценивается, если чувство неполноценности не сопровождается повышенными требованиями)	0,44**	0,78**	-0,08	0,31**
Низкая самооценка	0,58**	0,77**	0,04	0,39**
Усердная работа, чтобы избежать критики или отвращения к себе	0,20**	0,75**	-0,06	0,08
Склонность испытывать страх отвержения и неприятия важными людьми	0,40**	0,68**	0,07	0,33**
Чувство собственного достоинства зависит от оценки со стороны других людей; необходимость одобрения, поддержки и т.д.	0,16**	0,62**	0,11	0,08
Зависимость чувства собственного достоинства от достижений и успеха	-0,01	0,43**	-0,14	-0,03
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$				

Таблица 2 Корреляции между пунктами шкалы (Item-to-scale correlations) (продолжение)				
	Депрессия	Дистимия	Мания	Суицидальный риск
Мания				
Быстрые смены настроения между повышенным, раздражительным или маниакальным, с одной стороны, и депрессивным или смешанным, с другой, за относительно короткий период времени (например, недели или месяцы)	0,22**	0,08	0,74**	0,23**
Склонность к неоправданным рискам (например, финансовые авантюры, небрежное вождение, незаконная деятельность) с минимальной заботой о последствиях; это поведение отличается от его/ее обычной жизни	0,12	0,15	0,71**	0,16**
Чрезмерно повышенное, экспансивное или раздражительное настроение приводит к проблемам на работе, в социальных сферах или во взаимоотношениях или требует госпитализации	0,17**	-0,01	0,70**	0,15**
Огромная энергия, которая отличается от его/ее обычной жизни	0,16**	0,03	0,65	0,15
Речь быстрая, без остановок или речевой напор, что нехарактерно для его/ее обычной жизни	0,15**	0,08	0,64	0,13
Поиск острых ощущений или «усиленное» («high gain»), мотивированное получением награды поведение (например, азартные игры, траты денег; беспорядочные сексуальные связи), которое нехарактерно для его/ее обычной жизни	0,02	-0,18**	0,64	0,08
Скачки идей, которые могут затруднить общение	0,15**	0,05	0,64	0,19*
Ощущение, что мысли бегут с «бешеной» скоростью, что нехарактерно для его/ее обычной жизни; чувство, что мысли приходят в голову так быстро, что он/она не может поспеть за ними	0,26**	0,15**	0,64**	0,23**
Вспыльчивость или быстро возникающий гнев, который отличается от его/ее обычной жизни	0,20**	-0,12	0,59**	0,28**
Возмущение и раздражение наступают легче, чем раньше; несдержанность	0,27**	-0,11	0,58**	0,20**
Гиперсексуальность, что нехарактерно для его/ее обычного поведения	0	-0,16**	0,57**	0,05
Беспокойство, неусидчивость, невозможность долго сидеть на одном месте; психомоторное возбуждение	0,18**	0,06	0,57**	0,22**
Идеи грандиозности или чрезмерная самоуверенность (например, чувство, что он/она могут «сделать многое»), нехарактерная для его обычного поведения	-0,05	-0,26**	0,48**	-0,03
Низкая потребность во сне (например, чувство бодрости после очень непродолжительного сна)	0,08	-0,01	0,48**	0,06
Постоянные и резкие изменения самочувствия в зависимости от времени года (настроение ухудшается зимой)	0,26**	0,1	0,45**	0,16**
Необычные интересы и цели (в социальной среде, на работе, в школе), которые были нехарактерны для его/ее обычного поведения	0,04	0,1	0,40**	0,02
Мысли и язык кажутся очень напыщенными, философскими или абстрактными, чего необычно для его/ее обычной жизни	0,02	0,01	0,40**	0,07
Суицидальный риск				
Сожаление, что он/она еще живы, и чувство, что было бы лучше умереть	0,59**	0,36**	0,16**	0,90**
Поглощенность суицидальными мыслями	0,52**	0,32**	0,23**	0,90**
Чувство, что жизнь не имеет смысла	0,67**	0,38**	0,17**	0,86**
Хорошо разработанные планы самоубийства	0,39**	0,21**	0,17**	0,86**
Истинные суицидальные попытки в прошлом	0,40**	0,16**	0,23**	0,81**
Аутоагрессивные действия, не имеющие суицидальных намерений (например, порезы и прижигания)	0,36**	0,30**	0,30**	0,74**
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$				

сказывали наличие диагнозов «биполярное расстройство (I и II типа)» и «циклотимия», но не депрессии или дистимии (униполярные расстройства); высокие баллы по суицидальному риску в значительной степени говорили о возможности совершения суицидальных попыток.

В качестве дополнительного показателя валидности полученных результатов (таблица 5), мы сравнили

дименсии расстройств настроения с используемыми врачами диагнозами DSM-IV по их способности предсказать адаптивные возможности, анамнез заболевания и наследственную отягощенность по депрессиям и биполярным расстройствам. Эмпирически выделенные диагнозы показали высокую прогностическую ценность в отношении этих показателей, причем даже большую, чем используемые в практике диагнозы DSM-IV.

Таблица 3. Результаты прогнозирования диагнозов аффективных расстройств и суицидального риска на основании показателей Кривой чувствительности (ROC-кривая) для дименсий Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ).

Дименсии MDDQ	Клинические диагнозы	Область под кривой	Стандартная ошибка
Большая депрессия	Большое депрессивное расстройство	0,78*	0,4
Дистимия	Дистимическое расстройство	0,67*	0,4
Мания	Биполярное расстройство I типа	0,83*	0,7
	Биполярное расстройство II типа или циклотимия	0,78*	0,7
Суицидальный риск	Суицидальная попытка в прошлом	0,87*	0,3

* $p < 0,001$

Таблица 4. Логистический регрессионный анализ переменных Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ) как предикторов клинических диагнозов расстройств настроения и подтвержденных сведений о суицидальных попытках в прошлом

	b	SE b	Вальд (Wald)	Exp(B) (отношение шансов)	-2 логарифмическое правдоподобие	Коэффициент смешанной корреляции Nagelkerke
Большое депрессивное расстройство					185,35	0,39
• MDDQ-большая депрессия	1	0,21	22,46**	2,71		
• MDDQ-мания	-0,97	0,28	11,90**	0,38		
Дистимическое расстройство					225,16	0,19
• MDDQ-дистимия	0,4	0,13	9,09**	1,05		
• MDDQ-мания	-0,79	0,25	9,85**	0,45		
Биполярное расстройство					63,34	0,29
• MDDQ-мания	1,24	0,38	10,77**	3,47		
Циклотимия или биполярное расстройство II					74,29	0,2
• MDDQ-мания	1,26	0,37	11,41**	3,54		
Суицидальные попытки в прошлом					129,32	0,47
• MDDQ-суицидальный риск	1,12	0,22	26,56**	3,05		

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

Чтобы продемонстрировать дифференциальную (incremental) валидность выделенных эмпирическим путем дименсий по отношению к категориальным диагнозам DSM-IV, мы использовали иерархическую линейную регрессию для шкалы GAF и комплексные анамнестические данные (госпитализации и суицидальные попытки). Для этого вначале мы взяли диагнозы DSM-IV (Шаг 1), а затем (Шаг 2) эмпирически выделенные диагнозы (Таблица 6). С точки зрения дифференциальной дисперсии (incremental variance) эмпирически выделенные дименсии в обоих случаях превзошли диагнозы DSM-IV. Факторы, увеличивающие дисперсию, варьировали от 1,2 до 1,8 (в среднем 1,4), что говорит об отсутствии ограничения коллинеарности множественной регрессии.

Наконец, используя пункты Опросника MDDQ, содержащие шкалы для каждого расстройства, мы создали прототипы, которые можно будет использовать в DSM-5 или в МКБ-11 для диагностики конкретных пациентов в повседневной практике (пример прототипа депрессии представлен на фигуре 1).

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на огромный прогресс в области понимания природы аффективных расстройств, внесение на протяжении более чем тридцати лет дополнительных поправок в категории и критерии привело к значительному увеличению числа самих расстройств и диагностических алгоритмов, использование которых неудобно в клинической практике. Диагностические системы, которые широко используются в настоящее время, базируются на огромных знаниях, накопленных в науке, теории и практике. Наше исследование также основывается на этих знаниях. В частности, для

того, чтобы создать средство, с помощью которого мы получили диагностические дименсии, мы использовали как критерии DSM-IV и МКБ-10, так и результаты научных исследований и клинических наблюдений (например, 13,14, 27).

Данные факторного анализа соответствовали основным диагнозам, которые развивались на протяжении столетия существования психиатрической классификации. Так, были определены три расстройства (большая депрессия, дистимия, мания), а также маркеры риска развития суицида. Несмотря на то, что большая депрессия и дистимия могли иметь такие высокие уровни корреляции, что факторный анализ не мог их различить, фактически они представляли различные категории. Эмпирически выделенные критерии этих состояний являлись комбинацией существующих диагностических критериев, клинических наблюдений, а также результатов значимых научных исследований, которые не обращаются к существующей систематике. В качестве примера последних можно указать на различия двух способов предрасположенности к депрессивным состояниям (данная теория объединяет когнитивно-поведенческую теорию Бека (26) и психоаналитическую теорию Блатта (27)): первый способ основывается на самокритике, другой – апеллирует к межличностным проблемам, таким как утрата и неприятие. Полученные результаты свидетельствуют о сильных сторонах существующей нозологии. Несмотря на то, что в нашей работе использовались различные инструменты, не включенные в DSM или МКБ, а сами расстройства имели много общего в области феноменологии и этиологии, с помощью факторного анализа были выделены эмпирическим путем те же три основных расстройства аффективного спектра (15, 30–32).

В нашем исследовании была также доказана валид-

Таблица 5. Корреляции между измерениями Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ), с одной стороны, и клиническими диагнозами DSM-IV с исходами и анамнестическими данными, с другой

Клинические дихотомические диагнозы (N=1201)						MDDQ измерения (N=187)		
	Большая депрессия	Дистимия	Биполярное	Циклотимия или биполярное II расстройство	Расстройство настроения БДУ	MDDQ-большая депрессия	MDDQ-дистимия	MDDQ-мания
Сумма по Шкале GAF	-0,28***	0,07*	-0,18***	-0,09**	-0,07*	-0,48***	-0,24***	-0,26***
Анамнез ^а	0,19***	-0,03	-0,18***	0,10***	-0,01	0,35***	0,07	0,29***
Родственник с депрессией	0,19***	0,07*	-0,01	0,05	-0,06*	0,24***	0,26***	0,08
Родственник с биполярным расстройством	0,00	-0,06*	0,21**	0,13***	-0,04	0,04	-0,03	0,19**

^а Среднее число госпитализаций и суицидальных попыток; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Таблица 6. Дифференциальная (incremental) валидность измерений Диагностического Опросника расстройств настроения (MDDQ) и клинических диагнозов относительно способности предсказать показатели глобальной шкалы функционирования (GAF) и анамнез заболевания

	Станд. β	R	Адаптированный R ²	/ R ²
Показатели GAF		0,32	0,09	0,11***
Шаг 1: Клинический диагноз расстройства настроения				
Большая депрессия	0,23***			
Дистимия	0,03			
Биполярное расстройство	-0,19**			
Циклотимия или биполярное II расстройство	-0,07			
Шаг 2: Клинический диагноз и измерения MDDQ		0,54	0,26	0,18***
Большая депрессия	-0,05			
Дистимия	0,06			
Биполярное расстройство	-0,14			
Циклотимия или биполярное II расстройство	-0,02			
MDDQ- большая депрессия	-0,39***			
MDDQ-дистимия	-0,08			
MDDQ-мания	-0,12			
Анамнез (стандартное среднее значение числа госпитализаций и суицидальных попыток)		0,32	0,08	0,10***
Шаг 1: Клинический диагноз расстройства настроения				
Большая депрессия	0,19**			
Дистимия	-0,1			
Биполярное расстройство	0,19**			
Циклотимия или биполярное II расстройство	0,09			
Шаг 2: Клинический диагноз и измерения MDDQ		0,45	0,17	0,10***
Большая депрессия	0,09			
Дистимия	-0,08			
Биполярное расстройство	0,12*			
Циклотимия или биполярное II расстройство	0,05			
MDDQ- большая депрессия	0,30***			
MDDQ-дистимия	-0,06			
MDDQ-мания	0,15*			

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

ность эмпирически выделенных диагностических измерений. Диагностически достаточные статистические методы и данные логистической регрессии показали, что выделенные измерения могли предсказать диагнозы, которые ставят врачи в их повседневной работе. Они же подтвердили конвергентную (convergent) и дискриминантную (discriminant) валидность выделенных категорий, хотя здесь необходимо провести дополнительные исследования с привлечением

независимых экспертов. Кроме того, корреляционный анализ показал, что выделенные измерения могут более точно предсказать глобальное функционирование пациентов, анамнез заболевания и наследственную отягощенность по психическим болезням, чем соответствующие диагнозы DSM-IV. Возможно, наиболее впечатляющими выглядели данные иерархической регрессии, которые четко продемонстрировали дифференциальную (incremental) валидность эмпириче-

Фигура 1. Диагностический прототип большой депрессии
<i>Чтобы поставить диагноз, пожалуйста, выскажите свое мнение об имеющихся у данного пациента симптомах. Затем оцените, в какой степени клиническая картина заболевания соответствует или напоминает этот прототип.</i>
Диагноз 5 Почти полное соответствие (пациент может служить примером этого расстройства; прототипический случай) 4 Значительное соответствие (у пациента имеется данное расстройство; диагноз применим)
Признаки 3 Среднее соответствие (у пациента есть выраженные признаки данного расстройства) 2 Слабое соответствие (у пациента небольшое число признаков этого расстройства) 1 Нет соответствия (описание не приводится)
Большая депрессия <i>Резюме:</i> Пациенты с большой депрессией, как правило, имеют грустное и унылое настроение, которое отличается от их нормального, практически не получают удовольствие от жизни, обычных интересов и деятельности. Они также могут иметь соматические симптомы депрессии, такие как нарушения сна и аппетита. Пациенты, соответствующие этому прототипу, выглядят или говорят о чувстве депрессии и подавленности. Их настроение, по-видимому, значительно отличается от нормального (или от обычной грусти), как будто бы несчастье обрушилось на них. Они постоянно пребывают в депрессивном состоянии, их невозможно «утешить», разве что на очень короткое время. Их депрессивное состояние может серьезно влиять на работу, учебу и т.д. Больные, соответствующие этому прототипу, как правило, не могут веселиться, практически не получают удовольствие от жизни и не видят ничего хорошего в будущем. Обычные интересы и занятия не приносят им удовольствие и они, как правило, теряют интерес к друзьям, знакомым и взаимоотношениям с окружающими. Они чувствуют усталость, утомление или отсутствие энергии, поэтому повседневная работа требует огромных усилий. Они чувствуют «свинцовую» тяжесть в руках и ногах; им может казаться, что их мысли текут медленно, а речь и движения также замедлены. Депрессия или необычная ажитация может мешать им сконцентрировать внимание (например, им бывает трудно читать или поддерживать разговор). Они могут чувствовать обеднение эмоций и трудности в принятии простых решений. Больные, соответствующие этому прототипу, как правило, имеют, наряду с подавленным настроением и апатией, соматические симптомы, такие как снижение аппетита и утрата интереса к еде. У них могут быть суточные колебания симптоматики, и настроение значительно ухудшается в утренние часы. Они испытывают разнообразные нарушения сна, такие, как пробуждения среди ночи, поверхностный сон или трудности при засыпании, ранние утренние пробуждения и невозможность заснуть более.

ски выделенных дименсий. В отличие от диагнозов DSM, врачам было удобно использовать их в своей работе в качестве естественных диагнозов аффективных расстройств. Кроме того, эти дименсии могли предсказать показатели Шкалы GAF и анамнез заболевания. Единственным исключением являлись биполярные расстройства, где было важно не только оценивать текущие симптомы (как это делалось при заполнении Опросника MDDQ), но и прошлые эпизоды, которые важно учитывать при разграничении униполярных и биполярных депрессий.

Хотя используемые нами принципы в целом и соответствовали существующим на сегодняшний день принципам диагностики расстройств настроения, наши данные также выявили важные области, учет которых может одновременно обогатить и упростить принципы диагностики. Возможно, самой важным из этого является то (с этим соглашаются как исследователи, так и практикующие врачи), что психопатологические состояния лучше описываются с помощью дименсионального подхода, чем с помощью множества категориальных диагнозов, по сути своей представляющих варианты расстройств одного и того же патологического спектра. Например, DSM-IV определяет биполярное расстройство I типа как комбинацию развернутого маниакального состояния и депрессивного состояния разной степени выраженности, обычно, хотя не всегда, отвечающего критериям депрессивного эпизода. Напротив, биполярное расстройство II типа определяется как наличие в анамнезе депрессивного состояния и гипомании. Циклотимия определяется как сочетание подпороговой депрессии и подпороговой мании (гипомании).

Этот подход влечет множество проблем. Самой важной из них является условность границ, необходимых для диагностики депрессивного или маниакального эпизодов. Так, депрессивный эпизод требует наличия 5 из 9 симптомов, составляющих критерий А, в течение произвольного периода, равного 2 неделям. Таким образом, наличие 4 из 9 симптомов приводит к диагностике биполярного расстройства II типа, циклотимии, депрессивного состояния БДУ или биполярного рас-

стройства БДУ. Дименсиональная же система, не важно, базируется ли она на шкалах, созданных эмпирически, или на простых диагнозах, основанных на использовании прототипического соответствия и содержащих их 5-балльную оценку, снимает вопрос об условных границах расстройств и категориальных диагностических разграничениях. В то же время, она позволяет исследователям понять, какие комбинации и дозы лекарств наиболее целесообразно использовать при существующих в данный момент времени расстройствах депрессивного, дистимического или маниакального спектров, с учетом анамнеза заболевания и степени выраженности патологических состояний.

Другой проблемой является отсутствие данных о преимуществах сложных диагностических алгоритмов, что делает DSM-IV столь трудной в использовании, особенно по сравнению с достаточно простым подходом к диагностике, базирующимся на прототипическом сходстве. Последний, для научных целей, можно представить как набор своеобразных шкал, выделенных эмпирическим путем, где среднее значение показателей заменяет использование сложных алгоритмов. Например, у некоторых пациентов в структуре очерченных депрессивных эпизодов бывают атипичные симптомы (например, жалобы больше на ажитацию, чем на субъективное чувство вины), которые легко могут смутить врача или исследователя и привести к постановке неправильного диагноза. В противоположность этому, при подходе, основанном на прототипическом сходстве, перед практикующими врачами стоят только три диагностические задачи: определить, в какой мере имеющиеся у пациента симптомы соответствуют прототипам депрессии, дистимии и мании (и в какой степени, они могли напоминать каждый из этих прототипов в прошлом). Как показывает описание прототипа депрессии, полученного в нашем исследовании (фигура 1), у врачей не будет больших сложностей, чтобы определить эти расстройства или отделить их друг от друга, что, по-видимому, также приведет к снижению искусственной коморбидности расстройств как друг с другом, и с соседними расстрой-

ствами (например, генерализованным тревожным расстройством).

Как мы показали в другом месте (33), если конкретный пациент имеет как минимум клинически выраженные признаки расстройства, что соответствует 3 и более баллам по 5-бальной шкале прототипов, то врачи также могут дополнительно оценить уровень тяжести синдрома или подсиндрома (например, субъективное переживание депрессии, соматические симптомы). Также можно оценить возраст начала заболевания, число предыдущих эпизодов, наличие или отсутствие психотических симптомов (как при депрессии, так и при мании) и другие измерения (синдромы), которые доказаны эмпирически или клинически целесообразны. К последним можно отнести и некоторые новые исследовательские категории, такие как быстрая цикличность или сезонный паттерн. При дистимии, например, дополнительная информация о длительности (в годах) заболевания и стабильности клинической картины в течение дня, по-видимому, могла бы дать больше информации, важной как с клинической, так и с научной точек зрения, чем обязательное и достаточно условное требование, в соответствии с которым симптомы должны сохраняться большую часть дня в течение каждого дня на протяжении 2 лет.

В нашем исследовании есть несколько лимитирующих моментов. Во-первых, пациенты, которых врачи включали в исследование, должны были иметь, как минимум слабо выраженные, личностные расстройства (так как наша работа являлась частью большого проекта, посвященного классификации личностной патологии). Однако, обязательного наличия диагноза «личностное расстройство» по Оси II не требовалось. Следует отметить, что в свое время Western и Arkowitz-Western (34) показали, что слабо выраженная личностная патология встречается у подавляющего большинства пациентов во время лечения многих психических расстройств Оси I, в том числе относящихся к аффективным состояниям. Поэтому крайне маловероятно, что наши пациенты существенно отличаются от более случайной выборки пациентов, наблюдаемых в клинической практике. Несмотря на возможную погрешность, четкие признаки аффективных расстройств регулярно встречались в нашей выборке, что говорит об устойчивости результатов к ошибке. Тем не менее, в будущих исследованиях следует использовать как общеклинические выборки пациентов (например, взятые из полевых исследований), так и данные, полученные во время научных опросов (35).

Во-вторых, наше исследование опирается на единственный источник информации о пациенте – его лечащем враче. Как было показано ранее, сведения, полученные от опытных клиницистов, базируются на множестве источников, которые в высокой степени коррелируют как с данными, полученными в ходе независимых психиатрических интервью (36-38), так и с самоотчетами пациентов (25). Кроме того, практические врачи являются основными пользователями диагностических руководств, и, опираясь в своей работе на опыт, часто могут дополнить результаты, полученные из самоопросников и структурированных интервью, важными и недостаточно используемыми сведениями. Тем не менее, будущие исследования должны определить, насколько клинические диагнозы на основе наших эмпирически выделенных синдромов соответствуют диагнозам, созданным другими исследователями, и имеют ли другие прототипы те же достоинства, что и характеристики, основанные на отдельных элементах (критериях).

Последнее ограничение касается исключительно североамериканской выборки. Если психиатры и другие специалисты сферы психического здоровья из других стран испытывают озабоченность по поводу того,

что приведенные диагностические критерии не включают культурные особенности, то здесь нужно заметить, что Опросник MDDQ, содержащий 79 пунктов, легко может быть дополнен культурально-обусловленными критериями. Факторный анализ затем можно провести с учетом адекватной по размерам выборки. Полученные при этом результаты легко могли бы подтвердить или опровергнуть гипотезу о необходимости введения дополнительных критериев или синдромов, обусловленных культурными особенностями. Большим достоинством нашего подхода является следующее обстоятельство: он позволяет клиницистам делать то, что они делают хорошо (наблюдают), а статистическим методам делать то, где они хорошо работают (объединять данные).

Благодарность

Это исследование получило поддержку национального института психического здоровья (Грант R01-MH62377 и R01-MH78100).

Литература

1. Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med* 2009;39:1935-41.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
3. Phelps J, Angst J, Katzow J et al. Validity and utility of bipolar spectrum models. *Bipolar Disord* 2008;10:179-93.
4. Benazzi F. Bipolar II disorder and major depressive disorder: continuity or discontinuity? *World Psychiatry* 2003;4:166-71.
5. Cassano GB, Frank E, Miniati M et al. Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. *Psychiatr Clin North Am* 2002;25:699-712.
6. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:4-14S.
7. Westen D, Heim A, Morrison K et al. Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: Implications for the next edition of the DSM. In: Beutler LE, Malik ML (eds). *Rethinking the DSM: a psychological perspective*. Washington: American Psychological Association, 2002:221-50.
8. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:846-56.
9. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
10. Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond. *J Abnorm Psychol* 2005;114:551-6.
11. Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess* 2009;21:256-71.
12. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:103-6.
13. Hedlund JL, Viewig BW. The Hamilton Rating Scale for Depression: a comprehensive review. *J Operational Psychiatry* 1979;10:149-65.
14. Beck AT, Steer RA, Ball R et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67:588-97.
15. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
16. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 1999;156:258-72.
17. Jampala V, Sierles F, Taylor M. The use of DSM-III-R in the United States: a case of not going by the book. *Compr Psychiatry* 1988;29:39-47.

18. Morey LC, Ochoa ES. An investigation of adherence to diagnostic criteria: clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *J. Pers Disord* 1989;3:180-92.
19. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
20. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to personality disorders: toward DSM-V. *J Pers Disord* 2000;14:109-26.
21. Ahn W, Kim NS, Lassaline ME et al. Causal status as a determinant of feature centrality. *Cogn Psychol* 2000;41:361-416.
22. Kim NS, Ahn W. Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *J Exper Psychol* 2002;131:451-76.
23. Horowitz LM, Post DL, de Sales French R et al. The prototype as a construct in abnormal psychology: 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *J Abnorm Psychol* 1981;90:575-85.
24. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 2007;116:810-22.
25. DeFife JA, Drill R, Nakash O et al. Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history. *Am J Psychiatry* 2010;167:1472-8.
26. Beck AT, Epstein N, Harrison R. Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *Br J Cogn Psychother* 1983;1:1-16.
27. Blatt SJ, Zuroff DC. Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clin Psychol Rev* 1992;12:527-62.
28. Horn J. An empirical comparison of methods for estimating factor scores. *Educational and Psychological Measurement* 1965;25:313-22.
29. O'Connor BP. SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers* 2000;32:396-402.
30. Kendler KS, Prescott CA, Myers J et al. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:929-37.
31. Krueger RF, Finger MS. Using item response theory to understand comorbidity among anxiety and unipolar mood disorders. *Psychol Assess* 2001;13:140-51.
32. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:90-100.
33. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger R, Simonsen E (eds). *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford, 2010:374-90.
34. Westen D, Arkowitz-Westen L. Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 1998;155:1767-71.
35. Westen D, Shedler J, Bradley B et al. An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *Am J Psychiatry* (in press).
36. Westen D, DeFife JA, Bradley B et al. Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Prof Psychol: Res Pr* 2010;41:482-7.
37. Westen D, Muderrisoglu S. Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews. *J Pers Disord* 2003;17:350-68.
38. Westen D, Muderrisoglu S. Clinical assessment of pathological personality traits. *Am J Psychiatry* 2006;163:1285-97.

Оценка диагностической надежности структурированного психиатрического интервью у пациентов, впервые госпитализированных в психиатрическую больницу

Julie Nordgaard, Rasmus Revsbech, Ditte S.bye, Josef Parnas

Psychiatric Center Hvidovre, University of Copenhagen, Broendbyoestervej 160, 2605 Broendby; Statistical Unit, Institute of Preventive Medicine, University of Copenhagen; Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

Переводчик: Басова А.Я. (Москва)

Структурированные психиатрические интервью, выполняемые неврачами, все чаще используются в научных исследованиях и клинической практике. Достоверность таких интервью редко оценивается эмпирически. В этом исследовании сравнивали результаты обследования выборки из 100 клинически разнородных впервые госпитализированных пациентов, осуществленного обученными неврачами с помощью стандартизированного (структурированного) клинического интервью DSM-IV (SCID) с диагнозом по DSM-IV, с согласованным клинико-анамнестическим диагнозом (CLBE) (DSM-IV) установленным двумя опытными врачами-исследователями, который основывался на разнообразных источниках информации, в том числе на видеозаписи исчерпывающего полустандартизированного интервью-беседы. Общий критерий каппа (overall kappa agreement) составил 0,18. Чувствительность и специфичность диагностики шизофрении по SCID составили соответственно 19% и 100%. Вывод: в клинической практике не рекомендуется использовать результаты стандартизированных интервью, выполненных неклиницистами. Рекомендуется с осторожностью использовать такие данные в исследованиях. Авторы утверждают, что для увеличения достоверности и терапевтической надежности диагноза необходимо возродить систематическое теоретическое и практическое обучение психопатологии.

Ключевые слова: структурированное интервью, диагностика, расстройства шизофренического спектра, психопатология.

(*World Psychiatry* 2012;11:181-185)

Сегодня стандартизированное диагностическое интервью является золотым стандартом клинических исследований и быстро прокладывает себе путь в повседневную клиническую работу. В научных исследованиях неврачи, вооруженные стандартизированными интервью, часто проводят диагностическую оценку. Показана высокая диагностическая надежность стандартизированного интервью для новичков-интервьюеров (1).

Стандартизированное интервью определяется как "беседу, состоящую из строго определенных вопросов ... представленных в определенном порядке". Эти вопросы "обеспечивают диагностическую информацию, основанную на ответах пациента и наблюдениях интервьюера. Интервью ... позволяют выявить симптомы и синдромы, удовлетворяющие специфическим диагностическим критериям" (2).

Структурированные интервью были разработаны для повышения надежности диагностики как часть методологической революции в психиатрии. Такой тип опроса настойчиво поддерживал ведущий специалист проекта DSM-III Роберт Спитцер (Robert Spitzer) в своей программной статье «Нужны ли еще врачи?» (3). В этой статье Спитцер противопоставил потенциальную недостоверность и недостаточность диагностической информации, полученной от пациентов ("искажение информации"), и использование строго идентичных вопросов, предъявляемых в определенной последовательности. При этом вопросы формулировались как можно ближе к определениям, данным в диагностических критериях, что позволяло минимизировать влияние других возможных источников ошибочности диагноза, возникавших при преобразовании клиниче-

ской информации в диагностические признаки («отклонение критериев»). В целом, структурированное интервью, уменьшает роль инициативы, заключений и размышлений исследователя практически до нуля, нивелирует клинический опыт психиатра и образование в психопатологии, таким образом, позволяя надлежащим образом подготовленным неспециалистам проводить диагностику.

Обоснованность использования структурированных интервью малоизучена (4,5). В ряде случаев утверждалось, что она в принципе непроверяема, в связи с отсутствием «золотого стандарта диагностики» (3, 6), таким образом вновь возвращая нас к предпосылке, что оценки врачей клиницистов не могут послужить подобной проверкой из-за их ненадежности (6,7). В этом аргументе есть определенная логика. Врачи действительно могут различаться по своим знаниям и профессиональным навыкам, однако вся наша современная классификация строится на описательном, феноменологическом принципе. Насколько нам известно, никогда не выдвигалось никаких концептуальных психопатологических или феноменологических аргументов в пользу структурированных интервью (кроме указаний на ненадежность врачей).

Данное исследование является частью более крупного проекта изучения концептуальных и эмпирических основ психопатологических оценок. В нем мы рассмотрели диагностическую валидность структурированного интервью, выполненного специально подготовленными не психиатрами для диагностически гетерогенной группы впервые госпитализированных пациентов.

Мерой достоверности диагноза для нас послужил согласованный клинико-анамнестический диагноз

(8), который основывался на полуструктурированном разговорном интервью, проводимом подготовленным, опытным психиатром. Далее другой старший врач проводил независимый обзор диагностического материала. В итоге согласованный диагноз ставился на основании всех имеющихся источников информации.

Мы выбрали Структурированное клиническое интервью для DSM-IV (SCID, 9) в качестве примера структурированного интервью, потому что оно используется очень часто. Например, поиск в PubMed, проведенный 16 ноября 2011, показал, что в 11 из 15 последних публикаций о шизофрении для диагностики последней использовался SCID. SCID был создан для эффективного и удобного проведения надежного клинической беседы для постановки диагноза по DSM (10). Этот опросник включает в себя обязательные вопросы, отвечающие операциональным критериям DSM-IV, и алгоритм выработки окончательного диагноза. На тщательно сформулированные вопросы теста можно ответить «да» или «нет». Можно попросить больного дать подробные описания. Тем не менее, в руководе пользуетеля SCID подчеркивается необходимость задавать вопросы именно так, как они сформулированы в тексте интервью: "Задавайте первые вопросы, так как они написаны ..."(11). Было показано, что использование SCID позволяет поставить надежный диагноз для большинства расстройств оси I (1,5,12,13).

Методы

Выборка

Исследование было проведено в Психиатрическом центре Хвидовра (Psychiatric Center Hvidovre), подразделения Университета Копенгагена (University of Copenhagen), который обеспечивает оказание психиатрической помощи 150000 населения в водосборных районах Копенгагена (в Дании нет частных психиатрических стационаров). В этом центре давно и плодотворно проводятся психопатологические исследования усыновления, высокого риска, наследственности и клинической картины шизофрении, в последнее время в особенности ее аномалий и личного опыта пациентов (14-18).

Начиная с июня 2009 г., все пациенты, впервые обратившиеся в психиатрический центр, независимо от их диагноза, наблюдались в течение 18 месяцев. Отобранные пациенты должны были выдерживать длинное интервью (что, естественно, исключало агрессивных, возбужденных или острых психотических больных) и дать информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были доминирование в клиническом статусе алкогольной или наркотической зависимости, черепно-мозговые травмы в анамнезе, умственная отсталость, органические заболевания головного мозга, и возраст >65 лет.

По этическим соображениям из исследования исключались больные, госпитализированные недобровольно или по решению суда (обе категории составляют значительную часть больных, впервые попавших в стационар).

Шесть пациентов были исключены после регистрации, потому что, при внимательном рассмотрении, они не отвечали критериям включения ($n = 3$), не явились на собеседование ($n = 2$) или отозвали согласие после завершения интервью ($n = 1$). Шестнадцать пациентов отказались от участия в исследовании (клинический диагноз: 4 с шизофренией, 1 с шизотипическим расстройством, 9 с депрессией, 1 с тревогой и 1 с неустановленным диагнозом).

Окончательная выборка состояла из 34 мужчин и 66 женщин (распределение по полу отражает процесс отбора), средний возраст которых составил 27,7 лет (диапазон 18-65 лет), представляющая 82% пациентов, первоначально приглашенных участвовать в исследовании.

Интервью

Все пациенты были опрошены дважды в течение одной недели. Среднее время от момента поступления в клинику до первого опроса составило 13 дней (диапазон 2-71). Все интервью снимали на видео.

Первое интервью было проведено магистром клинической психологии (RR), специально обученным и сертифицированным в качестве SCID-интервьюера в Центре изучения нейрокогнитивных особенностей и эмоций при шизофрении в Университете Калифорнии в Лос-Анджелесе (University of California Los Angeles Center for Neurocognition and Emotion in Schizophrenia). Опрос включал SCID-I и модуль для шизотипического расстройства личности из SCID-II. Интервью проводилось строго стандартизированным образом: интервьюер аккуратно задавал предварительно сформулированные вопросы в заданном порядке. Он мог узнавать дополнительную информацию и изменять рейтинг, если во время опроса появлялась новая информация. Средняя продолжительность интервью составляет 1,5 часа. Для предотвращения ошибок опытный психиатр-исследователь контролировал проведение интервью и распределение диагноза по DSM-IV.

Вторая беседа проводилась опытным психиатром (JN). Это было частично структурированное интервью в форме беседы (SSCI), которое включало тщательный сбор психосоциальной истории, описание развития болезни (в том числе обстоятельств, которые привели к госпитализации), а также Контрольный список операционных критериев (Operational Criteria Checklist, OPCRIT, 19) расширенный за счет включения дополнительных элементов из Каталога аффективных расстройств и шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS-L, 20), Шкалы оценки аномальных самоощущений (Examination of Anomalous Self-Experiences scale, EASE 21), раздела восприятие в Боннской шкале оценки основных симптомов (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms) (22), и оценки симптомов первого ранга по Келеру (Koehler) (23) и изменения мимики и речи (например, нарушения модуляции голоса, взгляда, особенности контакта с окружающими, стереотипии, манерность, дезорганизация и расстройства речи) (15,16,24).

Психиатр проводил беседу в той последовательности, которая была сочтена им целесообразной и соответствовала собственным интересам больного и его ответам на вопросы, в соответствии с феноменологическими принципами К. Ясперса и др. (25). Структура беседы строилась исходя из необходимости собрать всю информацию. Тем не менее, на практике конкретное содержание и последовательность вопросов зависели от динамики и контекста встречи, т.е. стиль беседы был свободный и разговорный. Вопросы были контекстуально адаптированы и следовали логике поведения пациента, обычно врач уточнял детали или просил привести примеры. Психиатр предлагал пациенту говорить свободно, редко прерывал его и давал время на размышления и воспоминания. Для оценки симптомов никогда не использовались простые ответы да/нет, врач всегда требовал примеров из собственного опыта пациента, описанных им самим. Среднее время для завершения SSCI составляло 3,5 часа. Иногда требовалось проведение интервью в виде двух отдельных бесед. На основании этой беседы JN выставлял диагноз в соответствии с DSM-IV.

Руководитель проекта (JP), ведущий врач-исследователь независимо оценивали диагностический материал, собранный с помощью SSCI и ставили свой диагноз по DSM-IV. Совпадение диагноза между JN и JP наблюдалось у 93% пациентов.

В итоге согласованный клинико-анамнестический диагноз (CLBE) по DSM-IV выставлялся каждому пациенту после совместного обсуждения JP и JN с использовани-

ем всей имеющейся информации (видео, заметки, таблицы с клинической информацией, в том числе последующие описания) по каждому больному. Такой диагноз по DSM-IV был золотым стандартом исследования.

Статистика

Для определения меры согласия между диагностическими методами был использован коэффициент Каппа. Чувствительность SCID рассчитывалась как число позитивных результатов теста, деленное на сумму позитивных и негативных результатов теста при наличии заболевания. Специфичность SCID рассчитывалась как число негативных результатов теста, деленное на сумму позитивных и негативных результатов теста при отсутствии заболевания.

Для анализа данных, мы сгруппировали диагностические категории DSM-IV следующим образом: 1. шизофрения, 2. другие (неаффективные) психозы, 3. биполярное расстройство, 4. депрессия, 5. шизотипическое расстройство, 6. другой диагноз. В категорию «другой диагноз» вошли в первую очередь тревожные и обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства личности, кроме шизотипического.

Результаты

В таблице 1. показано сопоставление диагнозов по SCID и CLBE. Коэффициент каппа, отражающий общий уровень согласия между этими диагностическими подходами, составил 0,18. Соответственно каппа между SSCI и CLBE был 0,92. При противопоставлении группы больных с расстройствами шизофренического спектра (шизофрения, другие психозы, шизотипическое расстройство) с пациентами, страдающими всеми остальными заболеваниями, коэффициент каппа составил 0,31.

При использовании CLBE как золотого стандарта чувствительность и специфичность SCID для шизофрении составила соответственно 19% и 100%. Соответствующие показатели для всех сочетанных неаффективных психозов (например, шизофрения в сочетании с другим неаффективным психозом) увеличились до 34% и 96%. Наконец,

чувствительность и специфичность SCID для расстройств шизофренического спектра (шизофрения, другие неаффективные психозы и шизотипия) составили 44% и 97% соответственно. Если шизотипическое расстройство предшествовало аффективным, чувствительность SCID для расстройств шизофренического спектра слегка возрастала до 53%, а специфичность оставалась без изменений (97%).

Обсуждение

Одним из ограничений данного исследования была особенность отбора пациентов, направленная на исключение ярких случаев психозов, в результате изучаемая выборка пациентов оказалась диагностически более сложной, что, возможно, усиливало недостатки структурированного интервью.

В целом уровень согласия между диагнозами по DSM-IV, поставленными с помощью SCID и CLBE был очень низким (каппа 0,18). SCID, как правило, позволял диагностировать большее количество пациентов с большим депрессивным расстройством и меньше с шизофренией и шизотипическим расстройством. Очевидно, что основным источником диагностических различий оказался разброс информации. Нередко короткие или односложные ответы на вопросы структурированного интервью часто оказывались недостаточными для получения ключевой психопатологической информации, которую можно было выявить эпистемологически более адекватным образом.

Fennig et al. (4) показали высокую диагностическую конкордантность между диагнозами, поставленными интервьюерами неклиницистами с помощью SCID и лучшими согласованными диагнозами, установленными

Таблица 1. Диагнозы по DSM-IV, поставленные подготовленными неврачами с помощью структурированного клинического интервью для DSM-IV (SCID) в сравнении с диагнозами, установленными двумя опытными психиатрами на основании клинико-anamnestического метода

Согласованный диагноз
Шизофрения
Неаффективные психозы
Шизотипическое расстройство
Большое депрессивное расстройство
Биполярное расстройство
Другие
Итого
Диагноз по SCID
Шизофрения
Неаффективные психозы
Шизотипическое расстройство
Большое депрессивное расстройство
Биполярное расстройство
Другие
Итого

ми психиатрами для шизофрении и биполярного расстройства. Тем не менее, рамки этого исследования были ограничены пациентами, у которых уже диагностировали психотическое состояние. Более того, именно информация, полученная с помощью SCID, была основным источником согласованного психиатрического диагноза. Это означало, незначительный разброс информации между психиатрами и не психиатрами, т.е. врач-психиатр и неклиницист делали свои заключения, опираясь на одинаковую информацию. Минимизация информационного разброса – это один из краеугольных камней структурированного интервью, но это не гарантирует качества (годности) полученной информации.

Как уже упоминалось, методологическая революция в психиатрии был вызвана недостаточной достоверностью диагнозов, несовместимой с научными устремлениями в психиатрии. Решением этой проблемы стали действующие критерии и соответствующие структурированные интервью. В рамках бихевиористской парадигмы задачей структурированного интервью становится достижение квази-экспериментальных условий стимул-реакция (26,27). Таким образом, исследователи пытаются избежать или уменьшить влияние сложных факторов человеческой субъективности, дискурса и межличностной коммуникации, которые всегда играют важную роль в обмене информацией между врачом и пациентом (28,29). При этом остается нерешенным важнейший вопрос: как выявить, изучить и преобразовать опыт пациента (взгляд от первого лица) в формальные данные, используемые третьими лицами для диагностики. Напротив, основное предположение состоит в убежденности в ведущей роли ответов по типу «да / нет», например, ответ «да» подтверждает соответствующий диагностический критерий. Эта уверенность отражает другую неосознанную идею: убежденность в том, что симптомы существуют в сознании пациента в виде готовых, четко очерченных, легко вербализируемых психических объектов, которые только и ждут адекватного вопроса, чтобы появиться в явном виде перед исследователем.

В этой работе изучается достоверность только тех интервью, которые выполнены lege artis специально обученными не-психиатрами. У нас нет данных об эффективности использования структурированных интервью опытными психиатрами. Такой врач, воспользуясь возможностью получить более подробную информацию (разрешенную в руководстве к опроснику)

и, вероятно, сможет поставить правильный диагноз. Но в таком случае он будет действовать также, как и при использовании полуструктурированного интервью, описанного в этом исследовании. Другими словами, как только врач-интервьюер получает возможность, оправданную контекстом беседы, углубить разговор с пациентом (то есть, частично структурированное интервью), любая конкретная схема опроса будет работать одинаково хорошо (конечно, при наличии грамотного, квалифицированного и хорошо подготовленного врача).

Непреднамеренным последствием методологической революции в психиатрии стало снижение уровня знаний в области психопатологии (30) в отсутствие заметного повышения надежности и обоснованности врачебных диагнозов. Дальнейшее развитие как исследований, так и клинической практики требует возрождения обучения и изучения психопатологии (31). К сожалению, сегодня психиатрическое образование часто сводится к обучению проведения отдельных тестов. Однако психиатру не достаточно запомнить стандартные вопросы и диагностические критерии. Обучение психопатологии предполагает целенаправленное изучение литературы, еженедельные обсуждения психопатологических понятий (например, что такое бред или галлюцинации; отражают ли их определения целостную концепцию и являются ли они феноменологически достоверными), реальные беседы с больными под контролем супервизора, с последующим обсуждением их технических аспектов, межличностного взаимодействия, происхождения и диагностической значимости полученной информации.

Таким образом, данное исследование показало низкую диагностическую значимость структурированного психиатрического интервью, осуществляемого в любых целях обученными не-врачами. Подобный подход не может быть рекомендован для клинической практики в связи с высокой долей ошибочных диагнозов. Высокая специфичность диагностики шизофрении (100%) позволяет ограничено применять подобные интервью в исследованиях для подтверждения предшествующего врачебного диагноза.

Благодарности

Авторы благодарят доктора П. Хандеста (P. Handest) и доктора Л. Янссона (L. Jansson) за их сотрудничество в проведении исследования. Работа выполнена при финансовой поддержке датского Национального исследовательского фонда (Danish National Research Foundation) и PhD гранта от факультета наук о здоровье Копенгагенского университета (University of Copenhagen).

Литература:

- Ventura J, Liberman RP, Green MF et al. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCIDI/P). *Psychiatry Res* 1998;79:163-73.
- Beck SM, Perry JC. The definition and function of interview structure in psychiatric and psychotherapeutic interviews. *Psychiatry* 2008;71:1-12.
- Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983; 24:399-411.
- Fennig S, Craig T, Lavelle J et al. Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Compr Psychiatry* 1994;35:341-8.
- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF et al. Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 1996;91:859-68.
- Boonstra N, Wunderink L, Sytema S et al. Detection of psychosis by mental health care services; a naturalistic cohort study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:29.
- Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
- Leckman JF, Sholomskas D, Thompson WD et al. Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:879-83.

- First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
- Williams JB, Gibbon M, First MB et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
- First M, Gibbon M, Spitzer R et al. User's guide for SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 2002.
- Skre I, Onstad S, Torgersen S et al. High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:167-73.
- Sanchez-Villegas A, Schlatter J, Ortuno F et al. Validity of a self-reported diagnosis of depression among participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry* 2008;8:43.
- Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
- Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B et al. Lifetime DSM-III-R diagnostic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:707-14.
- Matthysse S, Holzman PS, Gusella JF et al. Linkage of eye movement dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2004;128B:30-6.
- Kety S, Rosenthal D, Wender PH et al. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal D, Kety S (eds). *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon Press, 1968:25-37.
- Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
- McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48: 764-70.
- Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35: 837-44.
- Parnas J, Moller P, Kircher T et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005; 38: 236-58.
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. *Bonner Skala FÜR die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer, 1987.
- Koehler K. First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries. *Br J Psychiatry* 1979;134:236-48.
- Vaever MS, Licht DM, Moller L et al. Thinking within the spectrum: schizophrenic thought disorder in six Danish pedigrees. *Schizophr Res* 2005;72:137-49.
- Jaspers K. *General psychopathology*. London: John Hopkins University Press, 1963.
- Stanghellini G. The grammar of the psychiatric interview. A plea for the second-person mode of understanding. *Psychopathology* 2007; 40:69-74.
- Stanghellini G. A hermeneutic framework for psychopathology. *Psychopathology* 2010;43:319-26.
- Parnas J, Sass LA. Varieties of "phenomenology": on description, understanding and explanation in psychiatry. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2008:239-77.
- Parnas J, Zahavi D. The role of phenomenology in psychiatric classification and diagnosis. In: Maj M, Gaebel JJ, Lopez-Ibor N et al (eds). *Psychiatric diagnosis and classification*. Chichester: Wiley, 2002:137-62.
- Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33: 108-12.
- Jablensky A. Psychiatry in crisis? Back to fundamentals. *World Psychiatry* 2010;9:29.

Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Восточной и Юго-Восточной Азии

Hiroto Ito, Yutaro Setoya, Yuriko Suzuki

National Institute of Mental Health, National Centre of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan

Перевод: Боброва Н.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Данная публикация обобщает результаты Рабочей Группы ВПА по Предпринимаемым мерам, Препрадам и Ошибкам в Восточной и Юго-восточной Азии при внедрении Психиатрической Помощи в сообществах. Статья дает описание региона, обзор организации психиатрической помощи, критическую оценку созданных амбулаторных служб психиатрической помощи, а также обсуждение ключевых препятствий и трудностей. Основные рекомендации направлены на необходимость агитационной работы для уменьшения стигматизации, интеграции в систему общей медицинской помощи, установления приоритетных целевых групп, усиления руководства процессом формирования политического курса, а также планирования эффективного финансирования и экономического стимулирования.

Ключевые слова: психиатрическая помощь в сообществах, Восточная и Юго-восточная Азия, политика психического здоровья, негосударственные организации, права человека, вовлеченность семьи, целевые группы, экономические стимулы

(*World Psychiatry* 2012;11:186-190)

Данная статья является частью серии, описывающей развитие амбулаторной психиатрической помощи в разных регионах мира (1-6), выпущенной Рабочей Группой ВПА в рамках Плана Работ на 2008-2011 гг (7,8). Рекомендации ВПА по Предпринимаемым мерам, Препрадам и Ошибкам по Внедрению Психиатрической Помощи в сообществах, созданные Рабочей группой, были ранее опубликованы в этом журнале (9). В данной статье мы излагаем эти вопросы в отношении Восточной и Юго-восточной Азии.

Этот район включает 15 стран (4 в Восточной Азии и 11 в Юго-восточной) с отчетливым культурным, религиозным и социально-экономическим разнообразием. Все эти страны отводят лишь малую часть своих бюджетных расходов здравоохранения на психическое здоровье (менее 1% в странах с низким доходом и менее 5% в странах с высоким уровнем доходов). (10) Из-за различий в историческом прошлом и колониальном наследии системы медицинской помощи различаются даже в соседних странах.

ОБЗОР ПОДХОДОВ К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

Таблица 1 демонстрирует наличие стратегий организации и законов в области психического здоровья в регионе. Несмотря на 20 лет усилий, Китай до сих пор не имеет национального закона о психиатрической помощи, хотя его проект уже создан, а в Гонконге уже принято постановление муниципальных властей о

психическом здоровье. (16) В Таиланде сборник законодательных актов по психическому здоровью вступил в действие в 2008. (14)

Вовлеченность семьи является характеристикой региона. Даже в Сингапуре и Малайзии, где весьма распространены влияния Запада, семья играет важнейшую роль при поступлении пациента в стационар и лечении. Принудительная госпитализация с разрешения семьи узаконена в Японии и Южной Корее. Китай также допускает принудительную госпитализацию с согласия семьи, однако данная практика не узаконена, а законными опекунами являются не только члены семьи, но и государственные должностные лица. (17)

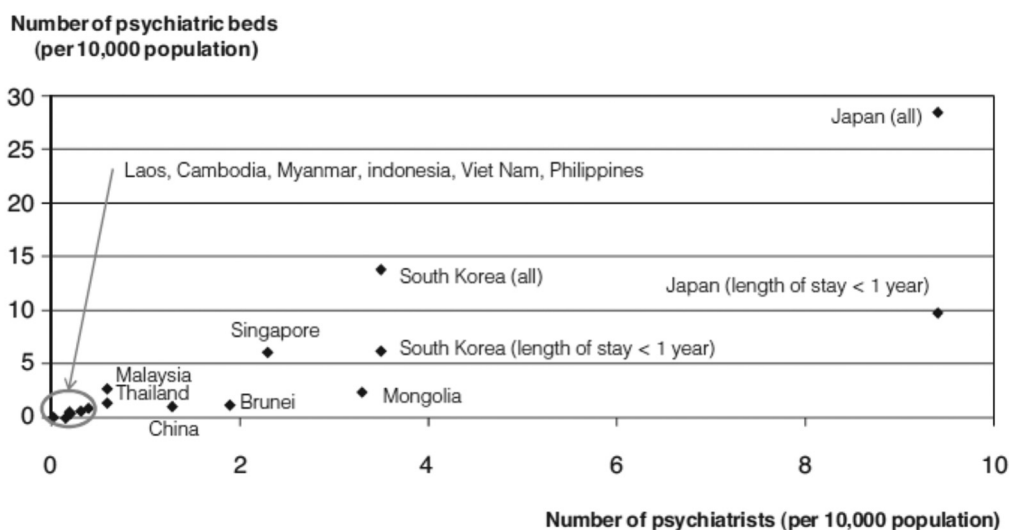
Законодательство гарантирует интеграцию в амбулаторные службы в Японии, Малайзии, Монголии и Южной Корее, в остальных странах, кроме Брунея и Лаоса, имеются возможности для оказания психиатрической помощи в сообществах. (12)

ОБЗОР СЛУЖБ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

Число психиатров и психиатрических коек на 10 тыс. населения, за исключением Восточного Тимора, показано на Графике 1. В Японии на 10 тыс. населения приходится наибольшее в регионе число психиатров (9.4), следом идут Южная Корея (3.5), Монголия (3.3) и Сингапур (2.3). Несмотря на недавнее снижение числа госпитализаций, Япония (28.4) также имеет большее количество психиатрических коек, на втором месте

		Законы о психиатрической помощи	
		Есть	Нет
Политические линии и программы, посвященные психическому здоровью	Есть	Индонезия, Япония, Малайзия, Монголия, Мьянма, Северная Корея, Сингапур, Южная Корея, Таиланд	Камбоджа, Китай, Лаос, Филиппины, Вьетнам
	Нет	Бруней	Восточный Тимор
Источники: Jacob et al (11), World Health Organization (12), Tebayashi (13), Thailand Mental Health Act (14)			

График 1. Число психиатров и психиатрических коек в странах Восточной и Юго-восточной Азии



Источники: Jacob et al (11), World Health Organization (12)

находится Южная Корея (13.8). В Монголии также преобладает институциональная психиатрическая помощь с показателем заполняемости выше 80%. (18)

Негосударственные организации (НГО) создали экспериментальные службы психиатрической помощи и обучили как работников медицинской помощи, так и немедицинских работников в послевоенных странах, таких как Камбоджа и Восточный Тимор, где все силы и средства психиатрической помощи были уничтожены. (12,19,20) В Малайзии НГО обеспечивают уход в домах для инвалидов, амбулаторную помощь, а также службу психосоциальной реабилитации в общинах. (18) На Филиппинах совместные действия НГО и университетских групп компенсируют недостаточные возможности правительства. (21) Большая часть деятельности НГО относится к скринингу, обследованию и разговорным методам терапии. В этих странах больше распространено психологическое, а не прозападное фармакологическое лечение.

В нескольких странах региона амбулаторное лечение, а также лечение на дому используется в качестве альтернативы госпитализации в стационар. В Сингапуре мобильная кризисная группа (общинные сестры, сопровождаемые врачом или медико-социальным работником) осуществляют посещения на дому для проведения кризисных вмешательств, в то время как психиатрические бригады общинных сестер оказывают помощь на дому выписанным пациентам, проживающим в общинах, включая обследование, мониторинг и оказание психологической поддержки их подопечным. (22)

В Китае психиатрические больницы посылают специалистов к пациентам с тяжелыми психическими расстройствами для реализации программы «стационара на дому» (23,24). Для людей с хроническими психическими расстройствами также доступны лечебно-трудовые мастерские для реабилитации и «сельская попечительская сеть» для наблюдения и коррекции состояния, однако их эффективность спорна (24,25). В Китае негосударственные организации, такие как частные психиатрические клиники, лечебницы, предлагающие непрофессиональные психологические консультации, горячие линии, народная медицина становятся доминирующей формой общинной психиатрической помощи, однако их самодостаточность является предметом для беспокойства (15,26).

Экспериментальные специализированные проекты общинной психиатрической помощи предусматривают раннее вмешательство и активное лечение на базе сообществ. На Филиппинах более 7 тыс. пациентов было госпитализировано в психиатрическую больницу в Маниле, однако внедрение служб кризисного вмешательства сократило это число более чем на половину (27).

Япония, Южная Корея, Сингапур и Малайзия внедрили активное лечение на базе сообществ (АЛС) с некоторыми культуральными поправками. Японское исследование до- и пост-экспериментального этапов сообщает о сокращении средней продолжительности пребывания в стационаре, а более поздние рандомизированные клинические испытания демонстрируют снижение количества дней госпитализации и высшие баллы по шкале Клиентских Оценок Оказания услуг-8 (CSQ-8) в группе АЛС по сравнению с контрольной группой (28). В Южной Корее при сравнении до и после было также показано сильное сокращение числа госпитализаций и значительное улучшение клинического и социального исходов (29,30). В Сингапуре в ходе клинического исследования программа АЛС продемонстрировала эффективность в отношении сокращения частоты и продолжительности госпитализаций. На протяжении исследования было также показано улучшение статуса трудовой занятости пациентов (31).

Больницы долгосрочного пребывания для хронических пациентов преобразуются в лечебные учреждения для постоянного проживания и групповые дома в общинах, такие как частные центры сестринского ухода в Малайзии (32).

В Малайзии и Таиланде общинные формы оздоровительной и профилактической работы в области психического здоровья проводятся посредством общественных мест, таких как школы, церкви, храмы, общественные центры (18).

Азия подвержена природным катастрофам, включая землетрясения и наводнения. Эти ужасные бедствия часто усиливают осознание необходимости развития общинных систем оказания психиатрической помощи. Психическое здоровье и психологическая поддержка включены в программу подготовки к катастрофам в Индонезии (33), Мьянме (34) и Таиланде (35). В Индонезии программа подготовки общинных психиатрических медицинских сестер была разработана после цунами (36).

ПРЕПЯТСТВИЯ И ТРУДНОСТИ

Права человека

Традиционные убеждения в том, что психическое расстройство вызвано одержимостью злым духом или слабохарактерностью, продолжают иметь силу в ряде стран региона. Согласно национальному исследованию в Южной Корее, люди часто считают, что психические болезни проходят самостоятельно (37). Люди, страдающие психическими расстройствами, а так же психиатрические больницы и службы, по-прежнему сильно стигматизированы (22). Одно исследование в Сингапуре показало, что основным прогностическим параметром в отношении людей, нуждающихся в психиатрической помощи, были не наличие и доступность служб, а представления о психических болезнях и психиатрической помощи (38). Ошибочное общественное мнение о психических болезнях рождает предрассудки, приводящие к дискриминации. Существует пропасть между законодательными основами и реалиями психически больных людей, часто подвергающихся нападкам во многих странах (39).

Вовлеченность семьи

Сильная вовлеченность семьи в психиатрическую помощь является характеристикой Азии (40). Семья играет важнейшую роль при оказании помощи пациентам с психическими расстройствами в условиях общины; однако скудная осведомленность о психических расстройствах и негативное отношение к пациентам останавливает многих нуждающихся людей от поиска помощи (40). Многие страдающие психическими расстройствами пациенты брошены своими семьями. Установление партнерских отношений с семьями и выделение необходимых ресурсов являются приоритетными для региона задачами.

Народные целители

Во многих странах Азии для людей привычно обращаться к народным целителям по поводу проблем со здоровьем, даже если медицинские службы доступны. Целители редко работают в кооперации друг с другом, также как и не работают совместно с организованными службами медицинской помощи (32). Камбоджийцы часто обращаются за помощью к Кхмерским Старейшинам, которые в основном являются знахарями-травниками (42), в Восточном Тиморе также принято обращаться к народным целителям (20). Несмотря на то, что правительство Вьетнама запрещает это, семьи часто приводят больного сначала к духовным целителям (42). В Индонезии до 80% населения в качестве первого обращения за помощью прибегают к народным целителям (43). Сингапурское исследование 1993 года демонстрирует, что 30% пациентов национального госпиталя до обращения к врачам ходили к народным целителям, дукунам (44). Подобное поведение – одна из причин низкого пользования услугами официальной медицины в регионе.

Распространенность служб и продолжительность оказания помощи

Службы психического здоровья доступны лишь в некоторых областях страны. В бедных странах для большинства пациентов с тяжелыми психическими расстройствами эти службы не доступны, а в странах со средним доходом все психиатрические ресурсы централизованы в крупных городах. В Японии и Южной Корее существует законодательный проект, предусматривающий преобразование психиатрических коек долгосрочного пребывания в поликлинические/амбулаторные учреждения, а также учреждения долгосрочного пребывания, построенные по типу

общин, однако на практике многие выписанные пациенты так и не смогли воспользоваться данными услугами. Исследование, проведенное в Южной Корее, демонстрирует высокий уровень повторных госпитализаций сразу после выписки из стационаров (45), в то время как в Малайзии отмечается меньшее количество диспансерных наблюдений и лечений за год (46). Южная Корея быстро развивает полномасштабную систему психиатрической помощи во всех обслуживаемых областях (47). В Японии из-за отрицательного влияния Системы Всеобщего Страхования, обеспечивающей большую часть японского здравоохранения, людям недостает информированности о «зонах обслуживания» (48).

Финансирование

Большинство стран региона пытаются найти баланс между общественным и частным финансированием и обеспечением психиатрической помощи. Средства на развитие общинных форм помощи обычно исходят из сэкономленных на уменьшении количества коек в стационарах, однако подобные сокращения и увеличение общинных служб не всегда сбалансированы. Кроме того в быстро стареющих странах, общинные формы помощи в срочном порядке необходимы людям, страдающим деменцией. Существуют опасения, что большая часть бюджета, выделенного на психическое здоровье, будет потрачено на лечение пациентов именно с этим заболеванием. Если граница между психическим здоровьем и уходом за престарелыми станет размытой, меньшие суммы денег останутся на обеспечение помощью пациентов с тяжелыми, персистирующими психическими заболеваниями.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Разработка правовой базы и программа антистигматизации

Для защиты прав людей, страдающих психическими заболеваниями, в странах без надлежащего законодательства необходима разработка правовой базы. В Японии Закон о психическом здоровье впервые юридически признал, что психические расстройства являются состоянием, ограничивающим трудоспособность, а более жесткие критерии и комиссионное психиатрическое решение в отношении принудительной госпитализации были введены лишь после серии скандалов, связанных с нарушением прав человека (49). Что касается программ по борьбе со стигматизацией, в Гонконге и Японии было принято решение о переименовании шизофрении (50,51). Подобные шаги наблюдаются и в других странах Восточной Азии, использующих китайскую письменность.

Интеграция в общемедицинскую сеть здравоохранения

Наилучшим способом создания рентабельной системы является использование уже существующего общемедицинского сектора, обеспечивающего подготовку работников первичной медицинской сети. В Сингапуре успешно удалось подготовить врачей общей практики для оказания психиатрической помощи при поддержке психиатров (52). Первичная медицинская помощь, как правило, лучше принимается пациентами, страдающими психическими расстройствами, так и их семьями (52). Для того чтобы избежать фрагментации, необходимо создание способов к взаимодействию сетей между заинтересованными сторонами, включающих пациентов и их семьи, больницы, работников общинных служб помощи, негосударственные организации и народных целителей (53).

Определение приоритетных целевых групп

Из-за ограниченности ресурсов необходимо определить очередность оказания помощи. В сравнении с депрессией и легкими психическими расстройствами, которые обычно лучше принимаются обществом и лучше обеспечиваются средствами, пациенты с тяжелыми и персистирующими психическими расстройствами часто упускаются из виду и остаются вне планирования бюджета и финансирования. В первую очередь психиатрической помощью необходимо обеспечить серьезно ограниченных в трудоспособности граждан.

Руководство и формирование политического курса

Для навигации происходящих изменений необходимо сильное руководство. Очень малое количество специалистов в области психического здоровья активно задействовано в формировании политического курса. Вследствие этого недостаточность руководства приводит к распределению больших средств и ресурсов на нужды соматической медицинской помощи, чем психиатрической. Довольно распространенным является отрицательное отношение врачей-интернистов к психическим расстройствам. Крайне необходимо изменить ход их мыслей.

Не только центральные, но и местные органы власти должны участвовать в развитии самодостаточных общинных систем психиатрической помощи. В настоящее время для бывших пациентов открыто больше возможностей для публичных выступлений и участия в формировании политического курса развития психиатрической помощи (54).

Финансирование и экономическое стимулирование

Общий бюджет, выделяемый на психическое здоровье, необходимо увеличивать. Финансовая необеспеченность не позволяет страдающим психическими заболеваниями лицам обращаться за психиатрической помощью. Крайне важно развивать систему финансирования, при которой все люди, нуждающиеся в помощи, могли бы ее получить.

Для продвижения служб помощи, сформированных по принципу общины, необходимо экономическое стимулирование. Больницы и специалисты в области психиатрии отказываются переходить в общинные системы помощи из-за более низкого уровня финансирования и зарплат (24). Также могут потребоваться временные вложения в переобучение психиатрических медицинских работников. АЛС и поддержка при трудоустройстве не полностью покрываются бюджетом здравоохранения. Требуется гибкое финансовое соотнесение границ медицинских и социальных.

ВЫВОДЫ

После долгих лет истории психиатрических больниц в Восточной Азии медленно происходит процесс деинституционализации. Сейчас этот регион находится на промежуточном этапе между институциональной и общинной психиатрической помощью. В отличие от Запада, страны Азии боятся неразберихи, вызванной быстрыми переменами; они с осторожностью сокращают коечный фонд психиатрических больниц и одновременно пытаются создавать общинные службы помощи. Эта попытка пока не увенчалась успехом, преимущественно из-за разобщенности системы. Необходимо распределение ролей между стационарами и общинами, общественными и частными службами. Гарантии качества оказываемой помощи - еще одна трудность на пути к общинной психиатрической помощи. При создании будущего психиатрической помощи в Восточной и Южной Азии мы можем использовать опыт, полученный в других регионах.

Выражение признательности

Авторы хотели бы выразить благодарность за вклад в работу докторов M.R. Phillips (Китай), H. Diantariand E. Viora (Индонезия), T. Akiyama, J. Ito, Y. Kimand N. Shinfuku (Япония), S. Ann, H.C. Chuaand K.E. Wong (Сингапур), T.-Y. Hwang (Южная Корея) и B. Panyayong (Таиланд).

Литература:

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010; 9:185-9.
2. Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011; 10:217-25.
3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
4. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
5. Razzouk D, Gregorio G, Antunes R et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry* 2012;11:191-5.
6. Thara R, Padmavati R. Lessons learned in developing community mental health care in South Asia. *World Psychiatry* (in press).
7. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
8. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
9. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
10. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. *J Ment Health Policy Econ* 2003;6:135-43.
11. Jacob KS, Sharan P, Mirza I et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007;370:1061-77.
12. World Health Organization. *Mental health atlas 2005*. Geneva: World Health Organization, 2005.
13. Tebayashi Y. Cambodia. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:112-9.
14. Office of the Council of State, Thailand. *Mental health act*. www.thaimentalhealthlaw.com.
15. Liu J, Ma H, He Y-L et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry* 2011;10:210-6.
16. Editorial. What we should consider when we next amend the mental health ordinance of Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 2009;19:53-6.
17. Kokai M. China. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:131-7.
18. Asia-Australia Mental Health. *Summary report: Asia-Pacific Community Mental Health Development Project*, 2008. www.aamh.edu.au.
19. Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbruch M et al. Starting mental health services in Cambodia. *SocSci Med* 1999;48:1029-46.
20. Zwi AB, Silove D. Hearing the voices: mental health services in East-Timor. *Lancet* 2002;360(Suppl.):s45-6.
21. Conde B. Philippines mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:159-66.
22. Wei KC, Lee C, Wong KE. Community psychiatry in Singapore: an integration of community mental health services towards better patient care. *Hong Kong J Psychiatry* 2005;15:132-7.
23. Pearson V. Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 1992;38:163-78.

24. Phillips MR. Mental health services in China. *Epidemiol Psychiatry Soc* 2000;9:84-8.
25. Qiu F, Lu S. Guardianship networks for rural psychiatric patients. A non-professional support system in Jinshan County, Shanghai. *Br J Psychiatry* 1994;24(Suppl.):114-20.
26. Phillips MR. The transformation of China's mental health services. *China Journal* 1998;39:1-36.
27. Akiyama T, Chandra N, Chen N et al. Asian models of excellence in psychiatric care and rehabilitation. *Int Rev Psychiatry* 2008;20:445-51.
28. Ito J, Oshima I, Nisho M, et al. Initiative to build a community-based mental health system including assertive community treatment for people with severe mental illness in Japan. *Am J Psychiatr Rehab* 2009;12:247-60.
29. Yu J. Cost effectiveness of modified ACT program in Korea. Presented at the 10th Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation, Bangalore, November 2009.
30. Yu J, Kim S, Ki S et al. Program for Assertive Community Treatment (PACT) in Korea: preliminary 7 months follow-up study. Presented at the 161st Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, May 2008.
31. Fam J, Lee C, Lim BL et al. Assertive community treatment (ACT) in Singapore: a 1-year follow-up study. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36:409-12.
32. Deva PM. Malaysia – Mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:167-76.
33. Setiawan GP, Viora E. Disaster mental health preparedness plan in Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:563-6.
34. Htay H. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Myanmar. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:579-85.
35. Panyayong B, Pengjuntr W. Mental health and psychosocial aspects of disaster preparedness in Thailand. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:607-14.
36. Prasetyawan, Viola E, Maramis A et al. Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:559-62.
37. Cho SJ, Lee JY, Hong JP et al. Mental health service use in a nationwide sample of Korean adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:943-51.
38. Ng TP, Jin AZ, Ho R et al. Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. *Psychiatr Serv* 2008;59:105-8.
39. Irmansyah I, Prasetyo YA, Minas H. Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed. *Int J Ment Health Syst* 2009;3:14.
40. Phillips MR, Zhang J, Shi Q et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *Lancet* 2009;373:2041-53.
41. Collins W. Medical practitioners and traditional healers: a study of health seeking behavior in Kampong Chhnang, Cambodia. www.cascambodia.org.
42. Uemoto M. Viet Nam. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:107-11.
43. Pols H. The development of psychiatry in Indonesia: from colonial to modern times. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:363-70.
44. Yoshida N. ASEAN countries. In: Shinfuku N, Asai K (eds). *Mental health in the world*. Tokyo: Health Press, 2009:97-106.
45. Lee MS, Hoe M, Hwang TY et al. Service priority and standard performance of community mental health centers in South Korea: a Delphi approach. *Psychiatry Invest* 2009;6:59-65.
46. Salleh MR. Decentralization of psychiatric services in Malaysia: what is the prospect? *Singapore Med J* 1993;34:139-41.
47. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in Republic of Korea. Gwacheon City: World Health Organization and Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea, 2007.
48. Ito H. Quality and performance improvement for mental healthcare in Japan. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:619-22.
49. Ito H, Sederer LI. Mental health services reform in Japan. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7:208-15.
50. Chen E, Chen C. The impact of renamed schizophrenia in psychiatric practice in Hong Kong. Presented at the 2nd World Congress of Asian Psychiatry, Taipei, November 2009.
51. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006;5:53-5.
52. Lum AW, Kwok KW, Chong SA. Providing integrated mental health services in the Singapore primary care setting – the general practitioner psychiatric programme experience. *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:128-31.
53. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
54. Kuno E, Asukai N. Efforts toward building a community-based mental health system in Japan. *Int J Law Psychiatry* 2000;23:361-73.

Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Латинской Америке и странах Карибского бассейна

Denise Razzouk¹, Guilherme Gregório¹, Renato Antunes¹, Jair de Jesus Mari^{1,2}

¹ Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, Rua Borges Lagoa 570, São Paulo, Brazil;

² Institute of Psychiatry, King's College, University of London, London, UK

Перевод: Боброва Н.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Данная публикация обобщает данные Рабочей Группы ВПА по предпринимаемым мерам, преградам и ошибкам при внедрении психиатрической помощи в сообществах Латинской Америки и стран Карибского бассейна. Она предоставляет обзор по обеспечению службами психиатрической помощи в регионе, описывает ключевые наработки в Аргентине, Белизе, Бразилии, Чили, на Кубе, Ямайке и в Мексике и обсуждает опыт, полученный при развитии психиатрической помощи на базе сообществ.

Ключевые слова: Психиатрическая помощь в сообществах, Латинская Америка, страны Карибского бассейна, организация психиатрической помощи, ключевые наработки, полученный опыт.

(World Psychiatry 2012;11:191-195)

Данная статья является шестой в серии, описывающей развитие психиатрической помощи в сообществах в разных регионах мира (см. 1-5), выпущенной Рабочей Группой ВПА в качестве Плана Работ на 2008-2011 гг. (6,7). Рекомендации ВПА по Предпринимаемым мерам, Преградам и Ошибкам при Внедрении Психиатрической Помощи в сообществах, созданные Рабочей группой, были ранее опубликованы в этом журнале (8). В данной статье мы излагаем эти вопросы в отношении Латинской Америки и стран Карибского бассейна.

Регион Латинской Америки и стран Карибского бассейна (ЛАК) включает 34 государства с населением около 600 миллионов жителей, проживающих преимущественно на территории городов, с огромным этническим разнообразием, в основном представленным американскими индейцами, метисами, европеоидной и негроидной расами. Хотя 44% стран имеют средний уровень доходов, а 35% выше среднего, экономическое неравенство в них высоко, и почти треть населения живет за чертой бедности (9). Распространенность психических расстройств варьирует от 20 до 25% с преобладанием алкогольной зависимости (5,7%), депрессии (4,9%) и генерализованного тревожного расстройства (3,4%) (10). За последнее десятилетие в большинстве стран ЛАК наблюдался экономический и научный рост (11,12), политический переход от диктатуры к демократическим режимам (13), движения за гражданские права, реализация национальных политических курсов в области здравоохранения, что привело к увеличению продолжительности жизни и уменьшению младенческой смертности (8).

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И КЛЮЧЕВЫЕ НАРАБОТКИ

В 2001 году 70% стран ЛАК имели политический курс и только 10% имели непосредственно законодательные акты о психическом здоровье (14,15). К тому же, в половине стран количество психиатров на 100 тыс. населения составляло менее 2,0, в 70% стран в больницах общего профиля имелось менее 20% психиатрических коек, 30% не могли обеспечить основные психотропные средства, и большинство стран выделяло менее 2% общего бюджета здравоохранения на психическое здоровье. Охват лечением ограничен, и в большинстве стран вся деятельность, связанная с психиче-

ским здоровьем, сосредоточена в психиатрических больницах (15).

Декларация в Каракасе стала краеугольным камнем, давшим толчок психиатрическому реформированию в странах ЛАК (16-18). Ведущими принципами Декларации были защита прав человека, продвижение психиатрической помощи в системе первичной медицинской сети, перенос стационарной помощи из психиатрических больниц в больницы общего профиля и построение общинной сети средств психиатрической помощи для пациентов, страдающих психическими заболеваниями. Эти принципы индуцировали переход от институциональной к общинной помощи (15,17), и с тех пор новая модель психиатрической помощи различным образом приводится в исполнение в соответствии с местными политическими линиями и финансовыми ресурсами (16,18). Некоторый прогресс в интегрировании психиатрической помощи в амбулаторные условия наблюдался в таких странах, как Аргентина, Бразилия, Белиз, Чили, Куба, Сальвадор, Гватемала, Ямайка, Мексика, Никарагуа и Панама (19,20). Мы выбрали 11 ключевых наработок, представленных далее.

Аргентина: опыт Рио-Негро

Рио-Негро, провинция в Патагонии на Юге Аргентины с населением 600 тыс. жителей, стала районом Аргентины, где наблюдаются самые значительные перемены в области психического здоровья. Это произошло, в частности, после принятия закона 2440, который обеспечивал лечение и реабилитацию для всех людей с психическими заболеваниями. Психиатрические стационары были закрыты и заменены на психиатрические койки в больницах общего профиля и реабилитационных центрах. Бригады психиатрической помощи теперь базируются в региональных общесоматических больницах и обеспечивают наблюдение и помощь пациентам, направленным первичной медицинской сетью (21).

Аргентина: опыт Неукена

Провинция Неукен, расположенная в Патагонии, имеет население 350 тыс. человек. Реформа здравоохранения была запущена в 1970, и эта провинция возглавляла развитие общинных систем медицинской помощи в странах ЛАК. Провинция разделена на 6 зон

с разными уровнями интеграции медицинской помощи. В сельских областях первичное обращение за помощью происходит либо к народным целителям, либо к врачам общей практики, которые действуют под наблюдением специалиста. Государственная система имеет в управлении 10 психиатрических коек на общесоматическую больницу и одно наркологическое отделение. В 1995 году негосударственная организация (НГО) запустила АУСТРАЛЬСКУЮ реабилитационную программу, предлагавшую для врачей первичного звена здравоохранения, а также специалистов из сферы психического здоровья обучение от одного месяца до 1 года.

Белиз

Белиз, расположенный в Центральной Америке, с населением 270 тыс. жителей, находится на нижних строках списка стран со средним уровнем доходов (20,22). Система здравоохранения представлена 37 центрами первичной медицинской помощи, 3 поликлиниками, 2 службы амбулаторной психиатрической помощи, 4 психиатрические койки в отделении многопрофильной больницы и 8 общесоматических государственных стационаров (20). При технической поддержке Панамериканской Организации Здравоохранения (ПАОЗ) была запущена программа обучения психиатрических медицинских сестер. Медицинские сестры находятся под наблюдением двух психиатров, работающих в области, и участвуют в процессе госпитализации и выписки пациентов, изучают побочное действие препаратов, проводят психокоррекцию. Они взаимодействуют со школами, организуют занятость пациентов и обеспечивают помощь на дому в сельской местности.

Бразилия: опыт Собрала

Собрал – город в Сеаре, штате на северо-востоке Бразилии, с населением 175 тыс. жителей. Здесь созданы два специализированных общинных центра психического здоровья, одно отделение скорой психиатрической помощи, один попечительский центр (дом инвалидов) и центры первичной медицинской помощи, осуществляющие программы здоровья семьи. Эти программы проводятся врачами и другими медицинскими работниками. Пациенты с психическими расстройствами обследуются и лечатся врачами-интернистами, а тяжелые случаи направляются к бригадам психиатрической помощи. Более того, психиатры обеспечивают постоянный надзор за работой врачей-интернистов (23).

Бразилия: опыт Кампинаса

Кампинас – город, расположенный в штате Сан-Паулу, насчитывающий около миллиона жителей. В 1990 были модифицированы психиатрические больницы и созданы новые службы: отделение кризисной помощи, наркологическое отделение, отделения амбулаторной помощи и социальный и культурный центры. Система психиатрической помощи на сегодняшний день состоит из шести круглосуточных специализированных центра здоровья общинного типа с 32 психиатрическими койками (24). Эти службы оказывают помощь пациентам с легкими и тяжелыми психическими расстройствами. Помимо того, психиатрические бригады обеспечивают врачей первичного звена здравоохранения поддержкой и осуществляют методический надзор (25). Тридцать попечительских домов охватывают 150 пациентов – хроников, выписанных из психиатрических больниц.

Бразилия: опыт Белу-Оризонти

Белу-Оризонти – город в штате Минас-Жерайс с населением 2,5 миллиона жителей. Там существует 7

специализированных центра амбулаторной психиатрической помощи, включающих экстренную помощь, и 8 центров первичной медицинской помощи (26,27). Амбулаторные центры психического здоровья задумывались для работы с тяжелыми случаями, которые ранее направлялись в психиатрические стационары.

Бразилия: опыт Сантуса

Сантус – крупнейший портовый город Латинской Америки, расположенный в штате Сан-Паулу, с населением около 420 тыс. жителей. Реформирование психиатрической службы была начата 20 лет назад. Главная психиатрическая больница города была закрыта, а районные психиатрические службы введены в эксплуатацию (28,29). В 2005 году ряд важных мероприятий способствовал развитию районных систем психиатрической помощи: инвестиции в разработку амбулаторных психиатрических отделений, увеличение числа медицинских работников в области психического здоровья, обучение психиатрии специалистов общего профиля и осуществление Программы Возвращения Домой (льготы, предоставляемые психически больным пациентам, выписывающимся из больниц). В настоящее время существует 5 районных центров психического здоровья и 6 служб амбулаторной психиатрической помощи. Двадцать пять психиатрических коек предоставлены районными центрами и многопрофильным госпиталем. В центрах первичной медицинской помощи работает 13 психиатрических бригад. Не предусмотрено попечительских центров для выписавшихся пациентов, а психиатрических коек не достаточно, чтобы покрыть нужды острых случаев, что подразумевает некоторое количество психиатрических госпитализаций далеко за городом.

Чили

Население Чили насчитывает 16 миллионов жителей. Чилийская реформа была запущена в 1993, когда были созданы дома совместного проживания для только что выписавшихся групп пациентов, а программы психиатрической помощи стали включать преимущественно дневные стационары. В 1997 Министерство здравоохранения на основе приоритетов, рассмотренных эпидемиологическими исследованиями, разработало план по охране психического здоровья (30). Впоследствии влияние пробных испытаний, продемонстрировавших, что депрессию возможно массово лечить с минимальными затратами (31), побудило правительство ввести план по лечению депрессии на общенациональных основах. В рамках Чилийской реформы здравоохранения депрессия была включена в Политику Гарантий Здоровья, обеспечивающую финансовую защиту и лечение 56 наиболее значимых заболеваний (32). Основным компонентом программы по депрессии было внедрение психиатрических бригад в первичное звено здравоохранения, стандартизация диагнозов, продвижение психообразования для пациентов и их семей, проведение психосоциальных занятий для случаев легкой и средней тяжести, использование антидепрессантов в тяжелых случаях, а также мониторинг и оценка возможностей реализации и эффективности программы (33).

На сегодняшний день система психиатрической помощи, в первую очередь, основана на первичной медицинской помощи и многопрофильных больницах, хотя и включает специализированные психиатрические бригады и стационары (32,33). Центры амбулаторной психиатрической помощи часто прикреплены к общесоматическим больницам, также по всей стране существует много домов группового проживания для выписавшихся из стационаров психически больных (33).

Куба

Население Кубы составляет 11 миллионов человек. И подписанная в Каракасе декларация, и Гаванский договор 1995 года способствовали переориентации системы психиатрической помощи (34,35). Центры районного типа были разработаны для координации, организации и обучения кадровых ресурсов в области психиатрической помощи по всей стране, что способствовало увеличению охвата населения (примерно 1 центр на 30 тыс. человек) (36). Система работает на трех уровнях оказания помощи: первичная медицинская помощь, а также психиатрические бригады в поликлиниках и семейные врачи, психиатрические службы в многопрофильных больницах с бригадами кризисного вмешательства и психиатрические стационары.

Ямайка

Население Ямайки составляет около 2,7 миллионов жителей. Система медицинской помощи устроена по региональному типу. Отделения в многопрофильных больницах используются для лечения острых случаев, оказывая экстренную помощь круглосуточно. В клиниках амбулаторной помощи работают под руководством психиатров и работников психиатрической службы (РПС), специально обученные психиатрии, психологии, социальной работе, психофармакологии и ведению пациентов фельдшера. РПС обеспечивают кризисное ведение пациентов, лечение на дому, ассертивную выездную помощь, а также, согласно закону о психиатрической помощи, наделены правами принудительного задерживания в случае необходимости. РПС работают с пациентами в первичной сети, а также амбулаторными больными. Лекарственную терапию начинают совместно с врачами первичной медицинской сети, а тяжелые и более сложные случаи направляют к психиатрам (37,38).

Мексика: опыт Идальго

Опыт, полученный в Идальго, относится к закрытию Психиатрической лечебницы Окаранза в 2000 году. Эта лечебница располагалась в штате Идальго, центральном регионе Мексики с населением около 2,5 миллионов жителей. Две Негосударственные Организации, Международная организация по защите прав психически больных и Мексиканский фонд реабилитации психически больных, а также общественные активисты сыграли решающую роль в приведении в действие реформы посредством разоблачения чрезвычайности ситуации и нарушения прав человека в психиатрических больницах. Психиатрическая лечебница была заменена 10 домами, построенными как альтернатива больницам длительного пребывания, а также 30-коечное острое психиатрическое отделение с круглосуточной службой скорой помощи (39).

АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННОГО ОПЫТА

Как показано в предыдущем разделе, многие инновационные программы осуществляются в данном регионе (40). Количество психиатрических коек в стационарах закрытого типа снижается; произошло некоторое увеличение психиатрических отделений в многопрофильных больницах; а психиатрическая помощь медленно становится частью первичной медицинской помощи. Однако, целостная картина смешанная: в большинстве стран доступно очень маленькое количество общинных служб психиатрической помощи, в частности для молодежи и престарелых пациентов, а возможности мониторингования и оценки работы служб и программ остаются недостаточными.

Опыт Чили подтверждает способность правильно проведенных исследований влиять на общеполитический курс. По сути, именно статья, опубликованная Araya et al. в *The Lancet* (31), привела к значительному

увеличению лечения депрессии в первичной медицинской сети по всей стране.

Наработки Рио-Негро и Идальго показывают, что система, успешная в заданном регионе, может служить примером для распространения амбулаторной помощи по всей стране.

Ряд ключевых наработок подтверждают необходимость вовлечения в амбулаторную психиатрическую помощь медицинских сестер. В Белизе привлечение психиатрических сестер оказалось успешным преимущественно из-за высокого уровня обучения психиатрии, предоставленного им, пристального наблюдения психиатрами, а также того, что они работают с применением стандартизованных протоколов и руководств. На Ямайке хорошо обученные сестры были краеугольным камнем внедрения психиатрической помощи в общую систему здравоохранения. В Рио-Негро психиатрические медицинские сестры успешно работали над снижением сопротивления со стороны врачей-интернистов против лечения пациентов, страдающих психическими расстройствами, а также информированием семей и общества о психическом здоровье.

Сотрудничество с НГО, частными лечебницами и другими международными организациями было необходимо для инициации психиатрического реформирования в Мексике (опыт Идальго) посредством отстаивания личных прав пациентов с психическими расстройствами. Разоблачение нарушения прав человека также способствовало закрытию психиатрических больниц в Бразилии (в Сантосе и Собрале). Как показал опыт, полученный в Мексике, решающим является совместная разработка плана действий всеми заинтересованными сторонами.

ВЫВОДЫ

Преобразование подразумевает защиту прав пациентов, обеспечение лучшего доступного лечения, лечение тяжелых случаев в условиях сообщества, а также использования наименее ограничительных форм помощи. Однако следует отметить, что ни одна система психиатрической помощи не сможет работать без достаточного количества коек для госпитализации острых случаев. В местах, таких как Сантос, где доступно меньше острых коек, чем необходимо, приходится перевозить острые случаи в другие города, тем самым причиняя излишние страдания пациентам и их семьям. Важной проблемой является недостаточность человеческого ресурса, в частности психиатров и специализированных медицинских сестер, что приводит к перегрузке работников психиатрической помощи, представляя в некоторых странах мощную силу, приводящую к «утечке мозгов». Пример Чили, где программы по психическому здоровью были основаны на научных данных, должен быть принят в расчет, в особенности, странами с более высоким финансированием, таким как Бразилия, Аргентина и Мексика.

Признательности

Авторы выражают благодарность докторам R. Alvarado и R. Araya за обеспечение информацией касательно Чили, доктору J. Rodriguez за запросы отчетов по разным странам, доктору VA. Basauri, за обеспечение материалами из Панамы и доктору C. Hanlon за корректуру данной статьи.

Литература:

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.

3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
4. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
5. Ito M, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.
6. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
7. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
8. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
9. Alarcon RD. Mental health and mental health care in Latin America. *World Psychiatry* 2003;2:54-6.
10. Kohn R, Levav I, Caldas-Almeida JM et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asuntos prioritarios para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18:229-40.
11. Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT et al. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. *Rev Bras Psiquiatria* 2007;29:118-22.
12. Razzouk D, Gallo C, Olifson S et al. Challenges to reduce the "10/90 gap": mental health research in Latin American and Caribbean countries. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:490-8.
13. Larrobla C, Botega NJ. Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:256-9.
14. World Health Organization. *Mental health atlas*. Geneva: World Health Organization, 2005.
15. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18:314-26.
16. Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services. *J Public Health Policy* 1994;15:71-85.
17. Bolis M. The impact of the Caracas Declaration on the modernization of mental health legislation in Latin America and the English-speaking Caribbean. Presented at the 27th International Congress on Law and Mental Health, Amsterdam, July 2002.
18. Mari J de J, Saraceno B, Rodriguez J et al. Mental health systems in Latin America and Caribbean countries: a change in the making. *Psychol Med* 2007;37:1514-6.
19. Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008.
20. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
21. Collins PY. Argentina: waving the mental health revolution banner – psychiatric reform and community mental health in the province of Rio Negro. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:1-32.
22. Killion C, Cayetano C. Making mental health a priority in Belize. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23:157-65.
23. Henry C. Brazil: two experiences with psychiatric deinstitutionalization, Campinas and Sobral. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:33-43.
24. Campos RTO, Furtado JP, Passos E et al. Avaliação do atendimento psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Publica* 2009;43:16-22.
25. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica: o caso de Campinas, SP: um relato de experiência. *Rev Saude Publica* 2009;43:129-38.
26. Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Rev Latinoamericana Enfermagem* 2003;11:645-51.
27. Oliveira GL, Caiuffa WT, Cherchiglia ML. Mental health and continuity of care in health care centers in a city of southeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2008;42:707-16.
28. Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP et al. Utilização dos centros de atendimento psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saude Publica* 2004;20:836-44.
29. Calipo PCB. Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos no contexto da reforma da assistência psiquiátrica do sistema público de saúde do Brasil. Santos: Universidade Católica de Santos, 2008.
30. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, Chile. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud, 2001.
31. Araya R, Rojas G, Fritsch R et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:995-1000.
32. Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: an ongoing mental health revolution. *Lancet* 2009;374:597-8.
33. Frammer CM. Chile: reforms in national mental health policy. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:44-60.
34. Tablada HRC, Oliva RX. Demanda de atención institucional y psiquiátrica comunitaria. *Medisan* 2002;6:11-17.
35. Tablada HRC, Oliva RX. Estrategias de proyección comunitaria del hospital psiquiátrico: su impacto en los indicadores hospitalarios. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana* 2006:3.
36. Hernandez BJ, Cabeza AA, Lopez OF. La reorientación de la salud mental hacia la atención primaria en la provincia de Cienfuegos. Departamento de Salud Mental de la Provincia de Cienfuegos. In: *195 Enfoques para un debate en salud mental*. Havana: Ediciones Conexiones, 2002:109-37.
37. Collins T, Green P. Community psychiatry and the Pan American Health Organization: the Jamaican experience. *PAHO Bull* 1976;10:233-40.
38. McKenzie K. Jamaica: community mental health services. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:79-92.
39. Xavier M. Mexico: the Hidalgo experience. A new approach to mental health care. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:97-111.
40. Alarcon RD, Aguillar-Gaxiola SA. Mental health policy developments in Latin America. *Bull World Health Organ* 2000;78:483-90.

Мобильные технологии в психиатрии: открытие новых перспектив от биологии до культуры

Joel Swendsen, Reda Salamon

National Center for Scientific Research, University of Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux, France

Перевод: Д.Ю.Бутылин
Редактор: И.А.Мартынихин

Революция в мобильных технологиях пришла в психиатрию, как и в другие области здравоохранения (1). Она позволила ученым и практическим врачам не только распознавать психопатологические механизмы, характерные для «большинства людей» с определенным расстройством, но и лучше понимать индивидуальные особенности пациентов. Мобильные технологии дают возможность создавать более цельную картину тех или иных состояний и решать эмпирические вопросы, которые прежде традиционно рассматривались лишь в работах, посвященных качественному анализу отдельных клинических случаев.

Конечно, использование мобильных технологий имеет свои ограничения, но в комбинации с классическими методами психиатрии мобильные технологии дают новые и мощные возможности для научных исследований и лечения пациентов.

В этой статье мы дадим краткий обзор использования мобильных технологий в психиатрии, включая их историю, валидность и применение для понимания роли разнообразных концепций психических расстройств от биологических до культуральных.

История мобильных технологий в психиатрии

Методология исследований, которая наиболее часто используется в психиатрии, сталкивается с двумя значимыми барьерами, препятствующими прямой проверке теорий этиологии психических расстройств и пониманию лежащих в их основе механизмов.

Первый барьер заключается в очень коротких периодах времени, в которые проявляются многие патологические явления. Примерами таких быстро изменяющихся феноменов могут быть ассоциации житейских стрессов и настроения, влечения и употребления психоактивных веществ, когнитий и определенного поведения, и многие другие явления, которые являются центральными в современных теориях психических расстройств. Эти ассоциации ограничены во времени периодами от нескольких секунд до нескольких часов, но, как это ни парадоксально, они чаще всего исследуются за периоды в недели, месяцы или даже годы с помощью ретроспективных опросников и оценок «общего» статуса пациентов.

Некоторые виды исследований в лабораторных условиях могут в определенной степени нивелировать этот временной барьер, однако существует второе основное препятствие, которое заключается в ограниченности экологической валидности данных, полученных традиционными методами. Так, часто нельзя быть уверенным, что поведение или психологическое состояние, наблюдаемое в стационаре или индуцированное в рамках исследования в лаборатории, отражают явление так, как если бы оно происходило в естественных условиях.

Мониторинг в амбулаторных условиях обеспечивает частичное преодоление обоих барьеров, позволяя оценивать поведение, эмоции и другие переживания множество раз в течение дня в естественных условиях повседневной жизни.

Несмотря на кажущуюся новизну, амбулаторный мониторинг применяется при изучении психических расстройств уже более тридцати лет. Изначально в работе Larson и Csikszentmihalyi (2) использовался термин «метод получения образцов опыта» («experience sampling method») по отношению к сбору информации об опыте людей в потоке их повседневной жизни. Вскоре эта методика была применена в психиатрии плодотворной командой голландских исследователей (3) и в настоящее время она все чаще используется исследователями по всему миру.

В большинстве исследований, проведенных в тот ранний период, использовались бумажные записи, когда люди должны были заполнять специальные анкеты, касающиеся их переживаний или действий, после сигнала, генерируемого запрограммированными часами или таймером. Однако «бумажные» методы постепенно были заменены компьютеризированной оценкой с использованием мобильных электронных устройств (например, персональных микрокомпьютеров или смартфонов). Такой электронный подход является особенностью мгновенных экологических оценок (4) – технологии амбулаторного мониторинга для оценки изучаемый состояний в реальном времени в естественных условиях. Основным преимуществом электронных мобильных оценок по сравнению с бумажными методами является их способность фиксировать время ввода данных, тем самым предоставляя необходимые сведения для формирования выводов о причинности или для понимания направления связи между коррелирующими переменными.

Методики исследований с использованием мобильных технологий и их валидность

Мобильные технологии допускают значительную гибкость в их применении, поэтому можно увидеть множество вариантов дизайнов исследований с их использованием. Как общее правило, подход повторных измерений требует, чтобы каждый электронный опрос был ограничен до нескольких минут, чтобы уменьшить нагрузку на пациента. Тем не менее, даже очень краткое электронное интервью обычно позволяет оценить множество переменных, а использование алгоритмов отбора вопросов обеспечивает высокую эффективность собеседований, так как новые вопросы задаются только тогда, когда они уместны, т.е. в зависимости от первоначальной реакции испытуемых.

Фактическое число обследований в день зависит от природы рассматриваемых переменных, их ожидаемой продолжительности и научных задач исследования. Например, в опросах подсчета времени, где пытаются оценить естественную частоту какого-либо поведения, может случаться до 10 или более оценок в день, тогда как для изучения более стабильных переменных часто требуется лишь 2 или 3 оценки. В зависимости от целей исследования опросы пациентов могут происходить с фиксированными или случайными временными интервалами. Начало опроса может

Переменная	Группа контроля (n=280) ^a	Тревожные расстройства (n=45) ^a	Расстройства настроения (n=41) ^b	Наркотическая зависимость (n=85) ^a	Шизофрения (n=47) ^a
Комплаенс (%)	83	73	86	80	69
Утрата материалов (%)	2	0	0	0	2
Продолжительность (мин)	2,9	4,2	4,5	2,9	3,6
Эффекты усталости (±SE)	0.03±0.03	0.02±0.05	0.01±0.03	0.03±0.03	-0.04±0.05
Эффект обучения (±SE)	-0.18±0.03*	-0.28±0.05*	-0.12±0.20*	-0.13±0.03*	0.31±0.04*

^a Johnson et al (5); ^b Husky et al (6); **p* < 0.01

быть «основано на сигнале» (когда исследователь заранее определяет момент сбора данных и задает его в программе) и/или «основано на событии» (когда сам участник выбирает момент ответа в соответствии с появлением определенного события или переживания). Что же касается количества дней мобильных оценок, наиболее часто используемый промежуток времени составляет одну неделю, что позволяет исследователям оценить переменные относительно обычного паттерна смены рабочих и выходных дней. Хотя, опять же, наблюдается значительный разброс в продолжительности исследований, начиная от одного дня до нескольких недель, в зависимости от целей конкретного исследования.

Валидность исследований с использованием мобильных технологий оценивалась на различных популяциях психически больных. В таблице 1 сведены результаты двух похожих исследований (5,6), в которые, помимо группы контроля, были включены группы пациентов с тревожными расстройствами, расстройствами настроения, шизофренией и зависимостью от психоактивных веществ. Превосходная комплаентность наблюдалась во всех этих группах, лишь незначительная часть материалов была потеряна.

Несмотря на опасения, что методика с использованием повторных оценок может стать обременительной для пациентов, и они будут пропускать всё большее количество интервью по ходу исследования, подобных эффектов усталости не наблюдалось. Напротив, ближе к концу исследования пациенты демонстрировали, что они стали лучше справляться с работой с оценочными устройствами и им требуется меньше времени для завершения электронного интервью.

Примеры исследований с использованием мобильных технологий

Мобильные технологии широко используются для изучения роли психологических переменных, таких как субъективные отчеты об эмоциональных состояниях, поведении, воспринимаемом стрессе и других переживаниях. Кроме того, собранные данные дают новое понимание роли большого разнообразия концепций, которые в своей основе содержат очень различающиеся методы.

Первый пример касается определения роли биологических маркеров, которые могут быть связаны с тем или иным расстройством. Например, несмотря на то, что конкретные биологические и генетические маркеры могут чаще встречаться среди членов семьи зависимых от алкоголя лиц, то, каким именно образом они могут повысить индивидуальную уязвимость к этому заболеванию, остается неизвестным. В исследовании с использованием мобильных технологий, в котором изучалась связь эмоций и употребления алкоголя, было обнаружено, что появление тревоги прогнозирует употребление алкоголя в последующие часы в тот же день, а в случаях, когда алкоголь в конечном итоге потребляется, выраженность тревоги уменьшается (7). Важно, что эффект этого «самолечения» значительно различается в зависимости от того, имелись или нет в семье

пациента случаи алкоголизма. Людям с отягощенной наследственностью требуется большая доза алкоголя, чтобы получить тот же «анксиолитический» эффект, по сравнению с людьми без семейной истории этого заболевания. Таким образом, применение мобильных технологий может сообщить нам о наличии потенциальных механизмов, посредством которых биологические или наследственные факторы приводят к повышенной уязвимости. Таким же образом в недавних исследованиях сочетают мобильные технологии с магнитной резонансной томографией для того, чтобы понять значимость мозговых маркеров для депрессии (8). Сочетание этих современных методов позволяет связать клинические исследования с ежедневным жизненным опытом, что было невозможно при использовании традиционных методов исследования.

На другом краю спектра исследований находятся работы, в которых с помощью мобильных технологий изучается роль социальных или культурных факторов в формировании психических расстройств. Недавние исследования с использованием этих методов выявили определенные особенности многих субпопуляций, выделенных, например, по половой или этнической принадлежности (9). В других исследованиях рассматривалось влияние культурных различий в зависимости от места проживания. Например, Grondin с соавторами (10) протестировали когнитивную теорию депрессии в различных городах с индивидуалистическими или коллективистическими культурными традициями. Они обнаружили существенные различия между городами, что являлось следствием специфических особенностей культурного окружения. Такие результаты могут отражать различия в субъективной значимости общественных или ориентированных на достижение личных целей событий в этих культурах, что, конечно, снижает валидность этой весьма важной теории, когда ее пытаются проверять на обобщенных данных различающихся популяций. Таким же образом, с помощью мобильных технологий может быть изучена роль культурных влияний по отношению к широкому спектру повседневных активностей, общения и мышления для того, чтобы понять особенности различных популяций и подгрупп.

Заключение

Использование мобильных технологий в психиатрии позволяет получить новые сведения для понимания этиологии и проявлений психических расстройств. Было показано, что этот метод применим и валиден для широкого круга психических расстройств, а его стоимость делает его все более и более доступным для исследователей по всему миру. Как и все подходы, методы, основанные на мобильных технологиях, имеют свои ограничения, но их совместное использование с традиционными исследовательскими парадигмами позволяет полнее понять пациента в его индивидуальности.

В ближайшие годы эти методы также могут оказать новое и весьма важное влияние на лечение пациентов с психическими расстройствами, в том числе персона-

лизацию вмешательств с возможностью стимулировать пациентов в реальном времени выполнять упражнения или принимать назначенное лекарство так, как это им предписано.

Ссылки на использованную литературу

1. National Institutes of Health. Mobile technologies and health care. NIH Medline Plus 2011;5:2-3.
2. Larson R, Csikszentmihalyi M. The experience sampling method. *New Directions for Methodology of Social and Behavioral Science* 1983;15:41-56.
3. Delespaul P, deVries M. The daily life of ambulatory chronic mental patients. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:537-44.
4. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological momentary assessment. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:1-32.
5. Johnson EI, Grondin O, Barrault M et al. Computerized ambulatory monitoring in psychiatry: a multi-site collaborative study of acceptability, compliance, and reactivity. *Int J Methods Psychiatr Res* 2009;18:48-57.
6. Husky MM, Gindre C, Mazure CM et al. Computerized ambulatory monitoring in mood disorders: feasibility, compliance, and reactivity. *Psychiatry Res* 2010;178:440-2.
7. Swendsen J, Tennen H, Carney M et al. Mood and alcohol consumption: an experience sampling test of the self-medication hypothesis. *J Abnorm Psychol* 2000;109:198-204.
8. Lagadec S, Allard M, Dilharreguy B et al. Linking imaging data to daily life: the example of post-stroke depression. *Neurology* 2011;78:322-5.
9. Shiffman S, Kirchner TR. Cigarette-by-cigarette satisfaction during ad libitum smoking. *J Abnorm Psychol* 2009;118:348-59.
10. Grondin O, Johnson EI, Husky M et al. Sociotropy and autonomy vulnerabilities to depressed mood: a daily life comparison of Reunion Island and metropolitan France. *J Cross-Cult Psychol* 2011;42:928-43.

Перспективы и ограничения использования телепсихиатрии для оказания психиатрической помощи взрослому населению в сельской местности

Brian Grady

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

Перевод: А.В.Дюсекова

Редактор перевода: И.А.Мартынихин

Уже в 1960х пионеры телепсихиатрии продемонстрировали эффективность и удобство применения электронных средств связи для управления оказанием психиатрической помощью, обучения и клинического лечения. В то время использовался двухсторонний черно-белый телевизор с плохим качеством воспроизведения звука и часто весьма маленьким видеоэкраном. Кроме того, процедура была дорогой. Тем не менее, таким образом первоначально в этой области пытались решить одну из актуальных проблем — обеспечить доступ к качественной медицинской помощи.

Целью исследования, проведенного на медицинском факультете Дартмутского университета, была оценка возможности оказания помощи лицам с серьезными психическими расстройствами по месту их жительства при сотрудничестве с врачами общей практики и психологами. Это была альтернатива необходимости транспортировки таких пациентов в госпиталь, располагавшийся на расстоянии свыше 40 километров (1). Использование двухстороннего телевизора и результаты исследования были успешными. C.Wittson (2, 3) в своих исследованиях индивидуальной и групповой терапии с использованием двухстороннего телевизора также продемонстрировал, что контроль в форме административного надзора, психиатрическое обучение и супервизия для удаленных медицинских центров могут успешно производиться дистанционно посредством электронных средств связи. Хотя опять же, процедура была дорогой. В то время еще не существовало эффективной технологии, которая позволила бы подобным проектам развиваться. Однако к 1973 году у психиатрической помощи, осуществляющейся посредством интерактивного двухстороннего телевизора, появилось название — телепсихиатрия (4).

Технологические достижения 1980х и начала 90х гг. привели к снижению стоимости телемедицины и многое сделали для революционных изменений формата обеспечения психиатрической помощью. Была создана возможность регулярных контактов с пациентами для обеспечения специализированной помощи, что ранее в отдаленных регионах было затруднено либо вовсе невозможно. Телепсихиатрия также создала возможность выбора врача для жителей небольших поселений, что является немаловажным аспектом в решении проблемы доступности помощи, хотя на этом редко делается акцент.

Большие цветные мониторы, обновляющиеся с частотой 30 кадров в секунду с едва заметной задержкой передачи сигнала, продолжали уменьшать дистанцию между оказывающим и получающим помощью. Телепсихиатрия теперь стала доступной для лечебных учреждений (5). Была создана Американская Ассоциация Телемедицины (6). Клинические специалисты, добившиеся успехов в этой области, начали делиться своими достижениями на конференциях, примеры их

работы стали часто появляться как в общемедицинской литературе, так и в специализированных журналах по телемедицине.

К середине 2000х гг. затраты на многофункциональное автономное оборудование, включающее аппаратуру для проведения видеоконференций и клиентское программное обеспечение, поддерживающие шифрование передаваемых данных, максимально снизились. В сочетании с развитием высокоскоростных технологий передачи данных в сети Интернет, низким соотношением затрат и растущей доступностью глобальной сети, революция в этой области казалась практически свершившейся. К сожалению, несмотря на опыт практического применения, прикладное значение методики и растущее число сторонников телемедицины, её внедрения в повседневную практику здравоохранения так и не состоялось.

Мы сделали недостаточно, чтобы обучить наших коллег врачей, руководителей здравоохранения и чиновников. Политика учреждений здравоохранения была и будет направлена на уменьшение возможных инвестиционных затрат. Даже кафедры психиатрии не торопятся перераспределять ресурсы, в том числе используемые на обучение, от традиционной устоявшейся схемы к новой, предполагающей широкое использование современных технологий (7). Принятие новой технологии в значительной степени зависит от восприятия её полезности и простоты использования (8).

Дистанционная врачебная практика также требует значительной административной поддержки в ведении медицинских записей, выдаче назначенных лекарственных препаратов и составлении расписаний, в то время как информационные отделы охраняют свои сети настолько сильно, что необходимая медицинская информация зачастую просто не проходит через сетевую защиту. Сегодня развитие новых технологий безопасной передачи видеосигнала позволяет снизить беспокойность инженеров и менеджеров информационных технологий в здравоохранении. Тем не менее, внедрение в практику электронных историй болезни и электронных рецептов, действительно необходимых для постепенного внедрения телепсихиатрии в ежедневную практику, до сих пор очень медленно происходит на рынке здравоохранения многих стран (9-11).

В естественных условиях телепсихиатрия развивалась там, где в ней была наибольшая необходимость, т.е. в сельских местностях и отдаленных районах. Например, в Соединенных Штатах, первыми лидерами внедрения этой технологии в клиническую практику и принятия нормативных положений были штаты с маленькими популяционными группами, располагающимися на обширных географических территориях. Эти сообщества были недостаточно боль-

шими, чтобы оправдать создание системы специализированной помощи или узкоспециализированных медицинских услуг. В совокупности, однако, эти небольшие популяционные группы в эпидемиологии психических заболеваний были статистически идентичны пригородным и городским популяциям. Врачи, практикующие телепсихиатрию, наряду с местными и региональными политическими лидерами и государственным чиновниками, стали проводниками подобных инноваций, в результате началось финансирование многих пилотных исследований телепсихиатрии в сельских и отдаленных областях. Благодаря своей уникальной приспособляемости к аудиовизуальной среде, психиатрия быстро стала лидером в области телемедицины.

Телепсихиатрия зарекомендовала себя в качестве жизнеспособной методики оказания медицинской помощи. Это была первая попытка телемедицины оценить себя в комплексной и доказательной манере (12). Стало достаточно очевидным, что психиатрическая экспертиза, коррективная лекарственная терапия и когнитивно-поведенческая терапия с использованием телепсихиатрии эквивалентны таковым, производящимся непосредственно при личном контакте.

Особенности телепсихиатрии и их потенциальное использование – это область, которая нуждается в дополнительных исследованиях. Отдельные сообщения о пациентах с расстройствами пищевого поведения и ПТСР, которые в телепсихиатрических сеансах давали о себе больше информации, чем в личных сессиях, требуют тщательной оценки (13, 14). Возможно, для пациентов легко упустить из виду потенциальные риски, заключающиеся в слишком быстром разглашении информации, еще до того, как они успевают осознать, что делать со своими эмоциями, причина которых подавляемые мысли. В курсе ли телепсихиатры этого возможного явления? Способны ли они его распознать и помочь пациенту управлять этой «очистительной» информационной безопасностью? Это вопросы для всей телепсихиатрии, не только для специалистов, работающих в сельских регионах.

Телепсихиатрия перераспределяет ресурсы, но не обязательно создает их. Телепсихиатрические программы в рамках организаций и научных центров первоначально очень успешно начинаются при участии ведущих сотрудников, быстро организуется клиническая работа этих специалистов и их коллег. Однако время на клиническую работу оказывается ограниченным. Привлечение дополнительных работников для обслуживания сельских местностей на полный либо неполный рабочий день создает дополнительную конкуренцию с существующими организационными формами в психиатрии. Кроме того, не считая случаев, когда руководство организаций либо правительство стремятся к изменению подхода к оказанию психиатрической помощи и перераспределению ресурсов, их успех, в лучшем случае, будет ограниченным.

Крайне важно, чтобы сельские сотрудники принимали во внимание ограничения в психиатрических ресурсах и, как и их коллеги городские телепсихиатры, были готовы искать новые пути оказания психиатрической помощи и сотрудничества (15, 16). Сельские клиники могут рассматривать возможность обмена с другими сельскими клиниками либо поставщиками услуг. Например, если в одной клинике работает врач, имеющий опыт лечения пациентов с расстройствами пищевого поведения, он мог бы сотрудничать время от времени с психиатрами из других сельских клиник. Сельские клиники должны рассмотреть вопрос о возможности создания ассоциаций психического здоровья, в которых была бы возможность обмена ограниченными ресурсами, в результате чего не с помощью увеличения ресурсов, но с помощью более рациональ-

ного использования имеющихся, возможно было бы достичь важных результатов и повысить эффективность работы службы.

Существует несколько вариантов телепсихиатрии, которые в практическом аспекте являются подходящими для использования в сельских областях. Один из них – это групповая терапия. Она может быть идеальным лечением некоторых заболеваний, которые уже привели к изоляции либо требуют межличностных взаимодействий для выявления и корректировки нездорового межличностного поведения (17,18). Проблема с групповой терапией, даже в городских и пригородных районах, – это набор определенного количества пациентов, необходимых для того, чтобы группа была успешной. Телепсихиатрия позволяет объединить небольшое количество пациентов из разных мест; как правило, во время сеанса на экране соответствующего размера одновременно могут взаимодействовать 3-4 центра.

Телепсихиатрия способна также облегчить процесс оказания медицинской помощи как в стационарной, так и в амбулаторной сети (19). Например, на период отпуска, отсутствия или обучения специалистов. Телепсихиатрия также позволяет проводить узкоспециализированные консультации для стационарных и амбулаторных пациентов сельских областей. Это снижает изоляцию и обеспечивает коллегиальность и поддержку специалистами друг друга.

Так как телепсихиатрия дает перераспределение ресурсов, для носителей тех или иных культурных традиций особенно важно быть в курсе этого развивающегося метода (20). Телепсихиатрия представляет отличную альтернативу для доступа к культурно-компетентным психиатрам конкретным общинам или отдельным пациентам (21,22). В качестве примера можно привести опыт работы медицинского факультета университета штата Мэриленд с глухими пациентами, страдающими зависимостями и проживающими в сельской местности. Используя видеоконференции и свой опыт в данном вопросе, компетентные консультанты способны общаться в реальном времени с глухими и слабо слышащими клиентами со значительно лучшими результатами, чем при использовании бегущей строки либо сурдоперевода. Если культурно и лингвистически-компетентные специалисты не доступны, то культурно-компетентные медицинские переводчики посредством видеосвязи также могут обеспечить значительное улучшение в обслуживании изолированных сельских групп.

Я вижу хорошие перспективы для развития телепсихиатрии в сельской местности, при условии, что мы предоставим нашим пациентам то, в чем они нуждаются. Для меня, выигранное время является критически значимым фактором исцеления в терапевтических отношениях, будь-то межличностное взаимодействие или взаимодействие при помощи технологий. Благодарность пациента за время, проведенное с ним, важнее любых технологий. Для одних пациентов это не представляет особой важности, для других же – наоборот. Электронная почта и обмен мгновенными сообщениями также позволяют выигрывать время и способны быть эффективной альтернативой более дорогим и зависимым от технических средств видеоконференциям.

Оценивая историю телепсихиатрии, легко увидеть, как ограничения в её использовании продолжают уменьшаться. Технологии позволили разрешить многие вопросы, в то время как организаторы психиатрии пытаются адаптироваться и создать нишу для телепсихиатрии в области здравоохранения.

Телепсихиатрия словно жидкость, адаптирующаяся и титруемая, и все её ограничения определяются лишь сознанием её пользователей.

Ссылки на использованную литературу:

1. Solow C, Weiss RJ, Bergen BJ et al. 24-hour psychiatric consultations via TV. *Am J Psychiatry* 1971;127:1684-7.
2. Wittson CL, Affleck DC, Johnson V. Two-way television in group therapy. *Mental Hospitals* 1961;2:22-3.
3. Wittson CL, Benschoter R. Two-way television: helping the medical center reach out. *Am J Psychiatry* 1972;129:136-9.
4. Dwyer TF. Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. *Am J Psychiatry* 1973;130:865-9.
5. Grady B. TelePsychiatry. In: Wise MG, Rundell JR (eds). *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 2001:927-36.
6. American Telemedicine Association. What is telemedicine & telehealth? www.americantelemed.org.
7. Graham-Jones P, Jain SH, Friedman CP et al. The need to incorporate health information technology into physicians' education and professional development. *Health Aff* 2012;31:481-7.
8. Davis FD. Perceived usefulness perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly* 1989;13:319-40.
9. Singh R, Lichter MI, Danzo A et al. The adoption and use of health information technology in rural areas: results of a national survey. *J Rural Health* 2012;28:16-27.
10. Yoon D, Chang BC, Kang SW et al. Adoption of electronic health records in Korean tertiary teaching and general hospitals. *Int J Med Inform* 2012;81:196-203.
11. de la Torre I, Gonz3lez S, L4pez-Coronado M. Analysis of the EHR systems in Spanish primary public health system: the lack of interoperability. *J Med Syst* (in press).
12. Grady B, Myers KM, Nelson EL et al. Evidence-based practice for telemental health. *Telemed J E Health* 2011;17:131-48.
13. Simpson S, Knox J, Mitchell D et al. A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland. *J Telemed Telecare* 2003;9(Suppl. 1):S37-8.
14. Thomas CR, Miller G, Hartshorn JC et al. Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence. *Telemed J E Health* 2005;11:567-73.
15. Pignatiello A, Teshima J, Boydell KM et al. Child and youth telepsychiatry in rural and remote primary care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20:13-28.
16. Chung-Do J, Helm S, Fukuda M et al. Rural mental health: implications for telepsychiatry in clinical service, workforce development, and organizational capacity. *Telemed J E Health* (in press).
17. Frueh BC, Monnier J, Yim E et al. A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *J Telemed Telecare* 2007;13:142-7.
18. Morland LA, Pierce K, Wong MY. Telemedicine and coping skills groups for Pacific Island veterans with post-traumatic stress disorder: a pilot study. *J Telemed Telecare* 2004;10:286-9.
19. Grady B, Singleton M. Telepsychiatry "coverage" to a rural inpatient psychiatric unit. *Telemed J E Health* 2011;17:603-8.
20. Shore JH, Savin DM, Novins D et al. Cultural aspects of telepsychiatry. *J Telemed Telecare* 2006;12:116-21.
21. Mucic D. Transcultural telepsychiatry and its impact on patient satisfaction. *J Telemed Telecare* 2010;16:237-42.
22. Lee O. Telepsychiatry and cultural barriers in Korea. *Stud Health Technol Inform* 2009;144:145-8.

О неприменимости критериев исключения реакции горя в реальных условиях

Перевод: Фролов А.М. (Москва)

Мы выражаем благодарность Wakefield и First за ссылки на три наших публикации в их обзорной статье, посвященной исключению реакции горя при диагностике большого депрессивного расстройства (1). В то же время нельзя не отметить, что точка зрения указанных авторов относительно нашей работы является неполной и способной ввести читателя в заблуждение.

Во-первых, не является корректным их утверждение, что при подготовке к исследованию не проводилось специального обучения, а в его процессе не использовалось каких-либо опросников: в первой статье указано (2), что при обследовании пациентов применялся модуль MDE международного нейропсихологического опросника (MINI). Во второй статье мы приводим информацию, что врачи, принимавшие участие в работе, предварительно проходили обучение по диагностике депрессии согласно DSM-IV и его критериям включения/исключения. Специалистам, проходившим соответствующее обучение ранее, предлагалось повторно проверить соответствие результатов критериям, что было отдельно отмечено в нашей третьей статье.

Во-вторых, Wakefield и First приходят к выводу, что критерии исключения реакции горя в наших исследованиях применялись некорректно. Их безапелляционность в данном случае не основывается на каких-либо фактах. Действительно, в двух из проведенных нами исследований, включавших 4 524 врача и 30 603 пациента, результаты показали низкую валидность критериев исключения реакции горя. Объяснений этому может быть два. Первое: врачи, участвовавшие в работе, не имели достаточной подготовки для применения соот-

ветствующих методов. Второе, наиболее правдоподобное объяснение, заключается в том, что критерий исключения реакции горя оказался малоприменим на практике в силу его сложности.

Таким образом, мы приходим к выводу, что критерии исключения реакции горя в реальных практических условиях не являются специфичными, что, вероятно, может найти подтверждение в дальнейших исследованиях, проекты которых сходны с нашими работами. И наконец, мы считаем, что данные диагностические критерии должны быть пересмотрены, и, возможно, даже полностью исключены из систематики DSM-V.

Emmanuelle Corruble

Paris XI University, INSERM U 669, Department of Psychiatry, BicPtre University Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 94275 Le Kremlin BicPtre, France

Литература:

1. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11: 3-10.
2. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A et al. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2009;70;1091-7.
3. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depression relevant to treatment response? A casecontrol, prospective study. *J Clin Psychiatry* 2011;72:898-902.
4. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. DSM bereavement exclusion for major depression is not relevant to objective cognitive impairment. *J Affect Disord* 2011;130:113-7.

Имеются ли научные обоснования для исключения реакции горя?

Перевод: Фролов А.М. (Москва)

Опубликованная в феврале 2012 года журнала WPA (1) статья Wakefield и First послужила полезным замечанием в нашей дискуссии об исключении реакции горя при диагностике депрессии. Полезным можно считать сделанный авторами вывод: в прошлом диагноз большого депрессивного расстройства основывался главным образом на различиях между нормальной реакцией на утрату и депрессивным состоянием.

В то же время, авторы приходят к заключению, что в настоящее время нет убедительных данных, позволяющих считать существующие критерии исключения реакции горя “неполноценными”. На мой взгляд, данная позиция не учитывает другого важного вопроса — а была ли изначально какая-либо научная основа для исключения реакции горя? Если нет — очевидно, что необходимо вносить изменения в существующие диагностические критерии DSM. Однако доказательств необходимости присутствия критериев исключения реакции горя в систематике должны быть предоставлены авторами, поддерживающими эту необходимость.

Поясню на простом примере: имеется утверждение, что предполагаемая продолжительность жизни каждого гражданина США при его рождении составляет 78 лет. Едва ли можно считать уместным возражение о неверности данного утверждения относительно жителей штата Висконсин, высказанное при отсутствии каких-либо данных по этому штату. Следуя логике,

высказанное в отсутствие строгих и убедительных научных данных предположение, что пациенты, симптомы которых соответствуют критериям и продолжительности большого депрессивного расстройства по DSM, по какой-то причине должны исключаться из данной диагностической категории, можно считать неверным. Кроме того, по моему мнению, критерий “исключения” не могут основываться исключительно на ретроспективных сведениях (таких как потеря кого-либо из близких родственников в недавнем прошлом), а должны базироваться и на данных эпидемиологических исследований. Например, соответствующей части национального эпидемиологического исследования проблем алкоголизма и сопутствующих расстройств (NESARC).

Исследования Пола Клейтон (Paula Clayton), проводившиеся в 70-е годы, на которых и основываются текущие представления о необходимости исключения реакции горя при диагностике депрессии, не отвечают соответствующим требованиям, так как не содержат сравнительной информации относительно пациентов с симптомами депрессии, при наличии утраты и в отсутствие ее. Нет информации о распределении по полу и возрасту между двумя этими группами, степени тяжести депрессивного состояния, начальных клинических проявлениях, катамнестических сведений, частоте госпитализаций и суицидов, смертности, нетрудоспособности. Таким образом, исключение реакции горя, строго говоря, никогда не основывалось

на убедительных данных и не только идет в разрез с научным методом, но зачастую, что наиболее важно, и с интересами страдающих депрессией пациентов (2).

Ronald Pies

SUNY Upstate Medical University, Syracuse, NY 13210, USA

ОТВЕТ НА ПИСЬМО

Ошибочные рассуждения как аргумент в пользу необходимости устранения из DSM-V критериев исключения реакции горя при диагностике большого депрессивного расстройства

Перевод: Фролов А.М. (Москва)

Мы благодарим E. Corruble и R. Pies за их комментарии к нашей обзорной статье, посвященной правомерности применения критериев исключения реакции горя (BE) при диагностике большого депрессивного расстройства по DSM (1).

Относительно первого письма заметим, что критерии исключения в исследовании, проведенном Corruble (2-4), применялись неверно, что и было продемонстрировано в нашем обзоре. Подчеркнем, что наша точка зрения не является “догматической”, но основывается исключительно на данных Corruble.

Согласно информации, приведенной Corruble, после беседы с пациентами врачами заполнялись опросники, где каждый симптом и критерий большого депрессивного расстройства отмечался как “да” или “нет”. Для критерия E, когда депрессия протекает на фоне реакции горя, необходимо наличие одного или нескольких из следующих симптомов, нехарактерных для нормального функционирования человека: психомоторная заторможенность, ощущение несостоятельности, снижение работоспособности, суицидальные мысли, психотические переживания. Продолжительность их должна составлять более 2 месяцев, что отражает отличие данных депрессивных проявлений от нормальной реакции на утрату. Таким образом, отметка “да” по критерию E соответствуют большому депрессивному расстройству, а отметка “нет” помещает данный эпизод в число исключений. Тем не менее, подавляющее число врачей, поставивших “нет” по критерию E, далее отметили “да” в следующих пунктах: психомоторная заторможенность (70,6%), суицидальные мысли (36,0%), ощущение собственной несостоятельности (66,8%). Однако критерий E требует отсутствия данных симптомов для исключения большого депрессивного расстройства. Таким образом, мы видим, что на одни и те же вопросы даются взаимоисключающие ответы, что демонстрирует некорректное применение критериев исключения реакции горя в указанном исследовании.

Наше предположение заключалось в том, что ошибки, допущенные в ходе работы, были связаны с недостаточной подготовкой врачей в плане применения диагностических рекомендаций, поэтому нами были предложены практические меры по их упрощению. Однако это не отменяет того факта, что ошибки все же были допущены.

Corruble приводит два возможных объяснения обнаруженным противоречиям: либо врачи применяли диагностические рекомендации неверно, либо сами по себе критерии оказались настолько сложны, что применять их в реальных условиях практически невозможно. Оба этих объяснения, тем не менее, подтверждают, что критерии исключения реакции горя все-таки применялись некорректно, подтверждая тем самым наши выводы.

Литература:

1. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
2. Lamb K, Pies R, Zisook S. The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be or not to be. *Psychiatry* 2010;7:19-25

Несмотря на некоторые недостатки в формулировках, так же, как и большинство других разделов DSM, критерии исключения реакции горя при диагностике большого депрессивного расстройства зависят от степени выраженности симптомов заболевания и их продолжительности. Специалисты, ранее неверно применявшие данные методы имеют возможность пройти дополнительное обучение, как и в большинстве других случаев, когда возникают похожие сложности (5).

Можно признать ошибочными предположения Corruble, что ее работа демонстрирует крайнюю сложность практического применения критериев исключения. Так, например, она пишет, что “результаты показали низкую валидность критериев исключения реакции горя”, хотя в принципе невозможно оценивать валидность при условии, что критерии применялись неправильно. К слову, недавние исследования подтверждают валидность обсуждаемых критериев.

Corruble задает вопрос, должен ли критерий E остаться в DSM или же его необходимо удалить из систематики, не давая при этом какого-либо ответа (6). Опубликованная нами обзорная статья полностью отражает одну из точек зрения по данному поводу.

Что касается письма Pies, в котором он утверждает, что результаты недавних исследований демонстрируют несостоятельность критериев исключения реакции горя при диагностике большого депрессивного расстройства (7,8), то мы не обнаруживаем весомых подтверждений этому, о чем и указано в нашей обзорной статье.

Pies пишет, что на данный момент нет достаточных обоснований для устранения критериев исключения из DSM, так как ранее, собственно, не было и оснований для их выделения, хотя процедура пересмотра классификации предусматривает наличие убедительных данных на этот счет (9). По предложенному Pies принципу с тем же успехом можно исключить из DSM и все остальные критерии. Статус тех или иных диагностических категорий может меняться в зависимости от поступающих новых результатов клинических наблюдений, однако “идеальные” данные на этот счет имеются не всегда, а предложенный Pies собственный стандарт, опирается лишь на немногочисленные доступные в настоящее время сведения (7,8).

Pies сводит проводившиеся Clayton до принятия DSM-III исследования (10, 11) исключительно к оправданию помещения критериев исключения реакции горя в систематику. Однако, даже несмотря на некоторую их ограниченность, полученные в ходе работы результаты убедительно демонстрируют, что при потере кого-то из близких у человека могут наблюдаться симптомы, характерные для большого депрессивного расстройства, что важно для исключения случаев ложной диагностики депрессии. Эти выводы находят подтверждения и в ряде

современных публикаций. Pies заявляет, что “доказательства необходимости присутствия критериев BE в систематике должны быть представлены авторами, поддерживающими эту необходимость”. При всей спорности этой позиции в нашем обзоре такие доказательства были приведены. Обобщенные в нашем обзоре результаты двух исследований последнего времени демонстрируют, что в клинических случаях депрессии, при которых исключалась реакция горя, вероятность рецидива заболевания не превышала средние показатели в популяции (11,12). Pies игнорирует данные многих эпидемиологических исследований, создающих научное обоснование для критериев DSM, и высказывается за необходимость исключения критериев BE (7,8), ссылаясь на публикации авторов, придерживающихся такой же точки зрения.

Основные приводимые Pies аргументы сводятся к тому, что исключаемы эпизоды заболевания по сравнению с большим депрессивным расстройством “не имеют фундаментальных различий”, “не менее распространены и тяжелы в клиническом отношении”, а также “не отличаются в плане лечения, прогноза и риска рецидива” (7,8). На наш взгляд, эти утверждения весьма противоречивы. По мнению Pies, логично, что лица, перенесшие утрату близких, и имеющие симптомы, соответствующие большому депрессивному расстройству, должны считаться больными, хотя современные исследования частоты возникновения повторных эпизодов заболевания опровергают точку зрения об однородности этих состояний (12,13). Сами принципы, применяемые Pies, фактически подтверждают, что критерии исключения реакции горя должны остаться в систематике DSM.

Jerome C. Wakefield, Michael First

*Department of Psychiatry, School of Medicine,
New York University, 550 First Avenue, New York,
NY 10016, USA; 2Department of Psychiatry,
Columbia University College of Physicians and Surgeons,
New York, NY 10032, USA*

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

Будущее психиатрии глазами ординаторов: множество стоящих перед нами задач

Перевод: Фролов А.М. (Москва)

В 2010 году в журнале WPA была опубликована статья Katschnig, посвященная внешним и внутренним вызовам, стоящим перед психиатрией как профессией (1), в которой приведены 6 главных проблем. Внутренние: снижение уровня знаний о диагностике и классификации заболеваний, их лечении, отсутствие общей фундаментальной теоретической основы в психиатрии и внешние: недовольство со стороны пациентов, конкуренция со стороны врачей других специальностей и отрицательный образ психиатров в общественном сознании. Совет европейской федерации специалистов, получающих образование в области психиатрии (EFPT) решил провести онлайн-исследование среди ординаторов, посвященное этим вопросам.

В анкете респондентам предлагалось ответить на ряд вопросов и указать: а) три наиболее важные проблемы в психиатрии, а также сложности, с которыми они сталкивались в процессе последипломного обучения, б) оценить на их взгляд важность восьми тезисов, сформулированных на основе статьи Katschnig, по 4-балльной шкале Лайкерта (“очень важно, важно, не важно, совершенно не важно”). В опросе принимали

Литература

1. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
2. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A et al. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1091-7.
3. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depression relevant to treatment response? A case-control, prospective study. *J Clin Psychiatry* 2011;72:898-902.
4. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. DSM bereavement exclusion for major depression is not relevant to objective cognitive impairment. *J Affect Disord* 2011;130:113-7.
5. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374:609-19.
6. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. Dr. Corruble and colleagues reply. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1155-6.
7. Pies R. Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. *J Affect Disord* 2009;116:1-3.
8. Lamb K, Pies R, Zisook S. The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be or not to be. *Psychiatry* 2010;73:19-25.
9. Kendler KS, Kupfer D, Narrow W et al. Guidelines for making changes to DSM-5. www.dsm5.org.
10. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
11. Clayton P, Halikas JA, Maurice WL. The depression of widowhood. *Br J Psychiatry* 1972;120:71-7.
12. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
13. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of bereavement-related depression: evidence for the validity of the DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* (in press).

участие 66 ординаторов из 32 стран, представленных в EFPT. 39% респондентов были мужчинами, средний возраст которых составил 30.9±3.7 лет, а период обучения 3.3±1.6 года.

В качестве трех основных проблем психиатрии чаще всего указывались отрицательный образ психиатров в общественном сознании (45.4%), противоречивость данных относительно эффективности лечения (42.4%) и отсутствие общей фундаментальной теоретической основы (34.8%). Прочие замечания включали в себя недостаточное финансирование системы охраны психического здоровья, отрицательную роль фармацевтических компаний, недовольство со стороны пациентов и нехватку новых квалифицированных кадров.

Каждый из 8 приведенных тезисов встретил высокий уровень одобрения (“важно” или “очень важно”) среди всех опрошенных. Почти 9 из 10 респондентов (87.9%) считают угрозой отрицательный образ профессии психиатра, а около ¾ (74.2%) указали на невысокий рейтинг психиатрии среди прочих направлений медицины. Большинство считает проблемой недостаточный уровень диагностики (83.3%), неоднозначные

результаты научных исследований (78.1%), а также снижение доверия к результатам изучения эффективности терапевтических вмешательств (72.3%). Несколько менее важными (более 70 %) вопросами по мнению опрошенных оказались борьба в психиатрии различных концепций и идеологий (71.2%), недостатки ухода за больными, их реабилитации (66.7%) и конкуренция со стороны врачей других специальностей (63.1%). В этой связи в качестве приоритетных задач, стоящих перед психиатрией, определены общее повышение качества образования (62.1%) и стандартизация международных образовательных программ (31.8%).

Очевидно, что негативный образ психиатрии, проблемы диагностики психических расстройств и их лечения являются проблемами для европейских специалистов, получающих образование в области психиатрии, но несколько обнадеживает, что при этом 94% опрошенных не планируют менять поле своей профессиональной деятельности, а многие из них даже порекомендовали бы заняться психиатрией студентам-медикам. Более 80% респондентов указали, что психиатрия является для них первой специальностью. Таким

образом, определена многочисленная группа специалистов, которые четко представляют себе проблемы, актуальные для профессии, и готовые сотрудничать между собой для их решения.

**Alexander Nawka¹, Martina Rojnic Kuzman²,
Domenico Giacco³**

*1Department of Psychiatry, First Faculty of Medicine,
Charles University in Prague, Czech Republic;*

*2Department of Psychiatry, Zagreb University Hospital
Centre, Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia.*

*3Department of Psychiatry, University of Naples SUN,
Naples, Italy*

Литература

1. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
2. Nawka A, Kuzman MR, Giacco D et al. Mental health reforms in Europe: challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. *Psychiatr Serv* 2010;61:862-4.

НОВОСТИ ВПА

Новый импакт-фактор и индекс цитируемости в журнале

World Psychiatry Всемирной психиатрической ассоциации

Mario Luciano

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy
Перевод: Фролов А.М. (Москва)

Новый импакт-фактор статей, публикуемых в журнале Всемирной психиатрической ассоциации, определенный на основе цитирования в 2011 году статей за 2009—2011 гг., составляет 6.233. В 2009 году импакт-фактор составлял 3.896, в 2010 — 4.375, а в прошлом 2011 — 5.562. Журнал в настоящее время входит в десятку главных печатных изданий в области общей психиатрии, уступая только *American Journal of Psychiatry*, *Archives of General Psychiatry* и *British Journal of Psychiatry*.

Наиболее часто за указанный период времени цитировались следующие статьи: De Hert et al (1) о метаболическом синдроме у пациентов, страдающих шизофренией, A.C. McFarlane (2) об отдаленных последствиях травматического стресса, D. Cicchetti (3) об устойчивости к стрессу, A. Bateman и P. Fonagy (4) о применении ментализации при лечении пограничного расстройства личности, программные документы WPA, практические рекомендации по избеганию ошибок в процессе организации общественного здравоохранения в области психиатрии (5,6), статья о преодолении стигматизации пациентов и врачей-психиатров (7); открытые обсуждения “Психиатры под угрозой исчезновения?” (8,9), “Патофизиология депрессии: есть ли у нас важные сведения для клиницистов?” (10) и “Проблемы интернет-зависимости: данные исследований и актуальные вопросы” (11), отчет об исследовании J. Angst et al (12) о транскультуральных вопросах восприятия гипомании, O. Gureje et al (13) об исследовании психического здоровья в Нигерии, V. Patel et al (14) о снижении терапевтического разрыва при лечении психических расстройств.

Индекс цитируемости для журнала, оцененный по итогам 2011 года, в настоящее время составляет 2.556. В

прошлом году его значение составило 0.950. По индексу цитируемости журнал входит в топ-3 среди всех специализированных изданий, следуя после *Molecular Psychiatry* (3.676) и *American Journal of Psychiatry* (3.583). Индекс журнала существенно увеличился, главным образом, вследствие частого цитирования публикаций, посвященных разработке МКБ-11 (15-19) и программных документов и практических рекомендаций WPA (20-25).

Сотрудники редакции журнала выражают свою благодарность авторам, рецензентам и сотрудникам WPA, усилия которых сделали наши достижения возможными.

Литература

1. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort Dt al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8:15-22.
2. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry* 2010;9:3-10.
3. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry* 2010;9:145-54.
4. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010;9:11-5.
5. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
6. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
7. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2010;9:131-44.
8. Maj M. Are psychiatrists an endangered species? *World Psychiatry* 2010;9:1-2.
9. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
10. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry* 2010;9:155-61.
11. Aboujaoude E. Problematic Internet use: an overview. *World Psychiatry* 2010;9:85-90.

12. Angst J, Meyer TD, Adolfsson R et al. Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry* 2010;9:41-9.
13. Gureje O, Olowosegun O, Adebayo K et al. The prevalence and profile of non-affective psychosis in the Nigerian Survey of Mental Health and Wellbeing. *World Psychiatry* 2010;9:50-5.
14. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* 2010;9:169-76.
15. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
16. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011; 10:118-31.
17. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability". *World Psychiatry* 2011; 10:175-80.
18. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
19. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. *World Psychiatry* 2011; 10:181-6.
20. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011; 10:2-10.
21. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry* 2011;10:93-102.
22. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
23. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011;10:138-51.
24. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
25. Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. *World Psychiatry* 2011;10:155-8.

Образовательные курсы ВОЗ mhGAP доступны для обзора и практических исследований

В 2010 году Всемирная Организация Здравоохранения запустила программу действий по устранению недостатков в области лечения психических расстройств (Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG)), целью которой является практическая помощь по диагностике и лечению психических, неврологических и наркологических заболеваний в не-психиатрических лечебных учреждениях (www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html).

Базовый образовательный курс, доступный в настоящее время для практического применения, включает в себя 35 часов обучения и предлагает основные знания и навыки, необходимые для диагностики и лечения психических, неврологических и наркологических заболеваний. Целью программы является повышение потенциала врачей и среднего персонала неспециализированных учреждений по лечению данной патологии.

Более 100 специалистов внесли свой вклад в разработку этой программы, которая на сегодняшний день успешно опробована в таких странах, как Эфиопия, Иордания, Нигерия, Панама.

Команда mhGAP призывает организации и экспертов со всего мира принять участие в тестировании образовательного проекта. Для доступа к материалам необходимо отправить письмо по адресу mhgap-info@who.int, указав тему "Запрос на доступ к материалам mhGAP" ("Request for access to mhGAP training package"), а также ваше имя, место работы и адрес электронной почты.

ISSN 2075-1761

Русская версия журнала ВПА

«Всемирная психиатрия» издается как приложение к журналу «Психиатрия и психофармакотерапия»

им. П.Б. Ганнушкина

Рег. номер ПИ №ФС 77-43441 от 30 декабря 2010 года

БЛАГОДАРНОСТЬ

Перевод на русский язык, издание и распространение журнала осуществлено благодаря поддержке

«ЛАБОРАТОРИИ СЕРВЬЕ»

Благодарим ООО «АКАДЕМИЗДАТ» за содействие в издании журнала

