

# Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 12, Номер 1



Февраль 2013

## ОТ РЕДАКТОРА

Психические расстройства как «болезни мозга» и наследие Ясперса  
M. Maj 1

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Вторичные психозы: современные представления  
M. S. Keshavan, Y. Kaneko 3

Дело Брейвика и уроки, которые могут извлечь из него психиатры  
I. Melle 14

## Комментарий

Случай Брейвика и «conditio psychiatrica»  
J. Parnas 19

## ПЕРСПЕКТИВА

Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга? Научные взгляды XXI века и их значение для исследовательской и образовательной деятельности  
D. Bolton 21

## ФОРУМ — СЛОЖНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ РЕЛИГИЕЙ И ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями  
K.I. Pargament, J.W. Lomax 23

## Комментарии

Религиозность — качество личности, с которым стоит считаться в психиатрии  
H. M. van Praag 30

Религия и психическое здоровье: вклад антропологии  
S. L. Dein 31

Оценка духовности пациента как часть стандартного психиатрического обследования: проблемы и следствия  
P. Huguelet, O. Mandhouj 32

Религия и здоровье: чем больше мы знаем, тем больше мы должны узнать  
A. Moreira-Almeida 34

Религия и психиатрия: от конфликта к консенсусу  
M. Baetz 35

Не причиняем ли мы вред упущением? Обращение к религиозности психически больных  
S.G. Hansdak, R. Paulraj 36

Религия и психическое здоровье: обоюдоострый меч или животворящая медицина?  
D. Greenberg 37

Распутывание сложностей в отношениях между религией и психиатрией  
J.J. López-Ibor JR, M. Ines López-Ibor, S. González-Vives, J. Garccía-Albea 39

Для обсуждения «сложной» проблемы требуется четкое руководство  
P.J. Verhagen 40

## ОТЧЕТЫ ОБ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Когда депрессия становится расстройством? Использование показателя частоты обострений для изучения валидности предложенных изменений диагностического порога большой депрессии  
J.C. Wakefield, M.F. Schmitz 41

Суицидальные мысли и зарегистрированные суицидальные попытки во время экономического кризиса в Греции  
M. Economou, M. Madianos, L.E. Peppou, C. Theleritis, A. Patelakis et al 50

Трудоустройство с поддержкой: экономическая эффективность в шести европейских центрах  
M. Knapp, A. Patel, C. Curran, E. Latimer, J. Catty et al 58

«Мы потеряли за одну секунду все, что у нас было»: как справиться с горем и утратой после стихийного бедствия  
S. Ekanayake, M. Prince, A. Sumathipala, S. Siribaddana, C. Morgan 66

## ПЕРСПЕКТИВЫ

Применима ли концепция «дименсий» к психиатрическим объектам?  
G.E. Berrios, I.S. Marková 73

Когда дети с аутизмом взрослеют  
F.R. Volkmar, J. M. Wolf 76

## ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

Новости ВПА  
Характеристика, содержание, эффективность и значение веб-сайта ВПА (www.wpanet.org)  
L. Küey 81

Сотрудничество Всемирной психиатрической ассоциации со Всемирной организацией здравоохранения в разработке главы по психическим расстройствам в МКБ-11  
P. Vucci 83

## 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](http://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](mailto: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](mailto: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>).

# Психические расстройства как «болезни мозга» и наследие Ясперса

Mario Maj

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

Перевод: Мартынихина М.С.

Редактура: Мартынихин И.А.

В этом году мы отмечаем 100-летие публикации первого издания «Общей психопатологии» Карла Ясперса (1), и некоторые авторы (2, 3) уже отметили значимые аналогии между историческим моментом, в который появился этот классический текст, и нынешним временем. Самая важная аналогия в том, что в настоящее время так же, как сто лет назад, за энтузиазмом, вызванным периодом исключительного прогресса исследований в области нейронаук, следует некоторое разочарование из-за ограниченной применимости полученных данных для прояснения патофизиологии психических расстройств. В связи с этим психиатрия сейчас впадает в реакцию, которая в некоторых аспектах перекликается с работой Ясперса, что делает ревизию его «Общей психопатологии» чрезвычайно полезной.

Прежде всего, взглядам Ясперса соответствует сегодняшнее понимание ограничений возможности использования в психиатрии научной парадигмы медицины 19-го века (выявление признаков и симптомов, построение синдромов, учет течения, а затем поиск биологических процессов, которые объясняют синдромы). Эта парадигма, казалось, работает в случае прогрессирующего паралича. Однако, как отмечает Ясперс, болезнь не является подходящей «моделью для клинического психиатрического исследования» (1, с. 566). В самом деле, симптоматические психозы, возникающие при прогрессирующем параличе, «ничем не отличаются от других психозов, сопровождающих болезни мозга, и сходство это проявляется как на уровне психологической симптоматики, так и на уровне тех закономерностей, которые определяют чередование психических явлений по мере развития болезни» (1, с. 566). Ясперс утверждает, что за исключением прогрессирующего паралича «надежда на то, что клинические наблюдения за психическими феноменами, за течением жизни и за исходом заболеваний дадут возможность выявить характерные группировки, реальность которых в дальнейшем подтвердится результатами анатомических исследований мозга, не сбылась» (1, с. 568). «Идея нозологической единицы — это, по существу, идея в кантовском смысле» (1, с. 569). Даже в случаях шизофрении и маниакально-депрессивного психоза «единое делится на типы» (1, с. 611), они есть «фиктивные конструкции, которые в реальности имеют расплывчатые границы» (1, с. 560).

Эти аргументы сейчас вновь высказываются некоторыми авторитетными учеными. По словам M. First (4, с. 13), «кроме идентификации спирохеты в качестве этиологического фактора прогрессирующего паралича редукционистская модель болезни 19-го века не была применена к каким-либо другим психиатрическим синдромам». Для Kurfür с соавторами (5, с. XIX) «наделение расстройств DSM-IV материальной сущностью вплоть до формирования представлений о них, как об эквивалентах болезней, скорее затуманивает, чем проясняет результаты исследований». Нуман отмечает (6, с. XIX), что «слишком часто ученые, пытаясь обнаружить генетические или нейронные основы болезней, представляют себе перечисленные в DSM-IV-TR рас-

стройства в качестве «естественных видов». Charney с соавторами пишут (7, с. 34), что «многие, возможно, большинство из нынешних кластеров симптомов DSM, в конечном счете не найдут себе места среди достоверно выделенных болезненных состояний».

Вторым аспектом, в котором современные дебаты перекликаются с анализом Ясперса, является критика максимы Гризингера (8), что «все психические заболевания есть заболевания мозга» (см. 9 в этом номере журнала). Это положение, по мнению Ясперса, «не более, чем догма» (1, с. 496). «Мы знаем, что в целом любое психическое явление должно быть обусловлено некоторой соматической основой. «Призраков» не существует» (1, стр. 459.). Но «болезни мозга — это лишь одна из многих причин психических нарушений» (1, с. 496). Действительно, согласно Bolton (10), повреждение нейронального субстрата не является обязательным для нарушения психической функции. Основываясь на модели Dennett (11), он отмечает, что, точно так же, как неправильный ход компьютера, играющего в шахматы, может быть объяснен не только «физической схемой» (коротким замыканием, перегревом, сгоревшим предохранителем), но и «дизайнерской схемой» (субоптимальной программой), психические дисфункции могут быть связаны как с поражением головного мозга, так и с функциональными нарушениями, например, с неадекватными схемами действий, приобретенными в процессе научения. Эти схемы действий, безусловно, будут реализованы через мозг, но это отнюдь не означает, что во всех случаях обязательно должна присутствовать дисфункция самих нейронных цепей (субоптимальная шахматная программа может быть реализована на полноценном с технической стороны компьютере). Конечно, как отмечал Ясперс, явления, изначально психические по своей природе, могут сами приводить к дисфункции головного мозга («мозговые изменения могут также быть результатом первичных психических феноменов» (1, с. 496)), но это — возможность, а не обязательное условие. Аналогичным примером Dennett, воспроизведенному Bolton, является пример, предложенный Kendler (12, с. 435), когда молодой человек, выполняющий статистический анализ на своем компьютере, получает неправильный результат из-за того, что он сделал ошибку в своей статистической программе. Он пытается решить проблему, сняв заднюю крышку своего компьютера, вытащив материнскую плату и потянувшись за паяльником, чтобы спаять поврежденное соединение, которого на самом деле нет.

Даже когда первичный болезненный мозговой процесс на самом деле есть, утверждает Ясперс, нет взаимно-однозначных соответствий между этим церебральным процессом и психическими явлениями, которые будут его результатом. «Мы не знаем ни одного физического явления в мозге, которое можно было бы со всей отчетливостью рассматривать в качестве оборотной стороны конкретного болезненного психической явления. Нам известны только факторы, обуславливающие психическую жизнь; мы никогда не знаем кон-

кретную причину психического явления, только причину в общем смысле" (1, стр. 459). Более того, «специфическая психическая предрасположенность личности обуславливает конкретный тип ее психической реакции на развитие болезни мозга» (1, с. 458), таким образом, один церебральный процесс может соответствовать различным психическим явлениям. Эти аргументы перекликаются с текущим признанием того, что "любое [психическое] расстройство можно отнести к нарушениям различных механизмов, и один конкретный механизм может способствовать возникновению психопатологических проявлений большого количества расстройств" (13, с. 632). Даже представление о финальном общем нейронном пути, ведущем от нескольких детерминант к единому клиническому синдрому, – это "сущность эмпирическая, а не априорная" (14, с. 10).

В этом контексте не следует упускать из виду базовую гетерогенность психических расстройств. "Современная неокрепелиновская американская психиатрия ... действует, как будто существуют биологические подтверждения существования более чем 300 описанных в DSM расстройств" (15, с. 7), в то время как биологическая модель может применяться только для нескольких психических расстройств, например, "шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, меланхолической депрессии и обсессивно-компульсивного расстройства" (16, с. 56). Эти современные заявления перекликаются с разделением Ясперсом психических расстройств на три группы: церебральные заболевания (например, болезнь Альцгеймера), основные психозы (такие, как шизофрения и маниакально-депрессивный психоз) и расстройства личности (включающие невротические синдромы и аномальные личности). Последние «существенно отличаются друг от друга» (1, с. 610) и совсем не в равной степени доступны для биологических исследований (расстройства третьей группы можно просто считать «вариациями человеческой природы»).

Наконец, акцент Ясперса на «переработку болезни» пациентами (1, с. 416), лучшим примером которой является «трудоемкое развитие бредовой системы из бредовых переживаний», перекликается с современными представлениями о том, что «роль личности в формировании психического расстройства не периферийная, наподобие всего-навсего пассивной жертвы болезни, излечением которой занимается медицина» (17, с. 182), и взаимодействие личность-расстройство играет решающую роль в формировании психопатологических симптомов. Таким образом, не только первичные субъективные переживания пациентов должны быть одним из основных направлений психопатологических и нейрофизиологических изысканий, но «отношение пациентов к своей болезни» (1, с. 414) может быть важной целью для как исследований, так и вмешательств.

Это лишь несколько примеров базисных философских проблем психиатрии, которые так же актуальны сегодня, как и сто лет назад. Они свидетельствуют о том, что, хотя наши диагностические системы могут быть разработаны "атеоретичными", современная психиатрия все-таки нуждается в руководящей философии. «Если кто-то думает, что он может исключить философию и оставить ее в стороне, как бесполезную, он в конечном итоге обязательно попадает в невидную зависимость от нее» (1, с. 770). Это одна из причин (см. также 18-22), почему ревизия «Общей психопатологии» Ясперса по случаю 100-летия её первой публикации, может быть полезным занятием для всех, кто вовлечен в научную или практическую психиатрию.

## Библиография

- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer, 1913. English translation of the 7th edition: General psychopathology. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
- Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2003:1-41.
- Broome MR. Jaspers and neuroscience. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press (in press).
- First MB. The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria (RDoC) project: moving towards a neurosciencebased diagnostic classification in psychiatry. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry II: nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012:12-8.
- Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:xv-xxiii.
- Hyman SE. Foreword. In: Phillips K, First M, Pincus H (eds). Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Association, 2003:xi-xix.
- Charney DS, Barlow DH, Botteron K et al. Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:31-83.
- Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe, 1845.
- Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. World Psychiatry 2013;12:24-5.
- Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Dennett D. Brainstorms: philosophical essays on mind and psychology. Sussex: Harvester, 1979.
- Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005;162:433-40.
- Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ et al. Developing constructs for psychopathology research: Research Domain Criteria. J Abnorm Psychol 2010;119:631-9.
- Bolton D. Classification and causal mechanisms: a deflationary approach to the classification problem. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry II: nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012:6-11.
- Ghaemi SN. Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine 2009;4:10.
- Bolton D. What is psychiatric disease? A commentary on Dr Ghaemi's paper. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry II: nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012:54-7.
- Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry — II. Schizophr Bull 1989;15:179-87.
- Maj M. The relevance of Jaspers' General Psychopathology to current psychiatric debate. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press (in press).
- Mishara A, Fusar-Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion-formation during psychosis onset: Jaspers, Truman signs and aberrant salience. Schizophr Bull (in press).
- Parnas J. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. Schizophr Bull (in press).
- Fulford B, Stanghellini G, Bolton D. Person-centered psychopathology of schizophrenia. Building on Karl Jaspers' understanding of the patient's attitude towards his illness. Schizophr Bull (in press).
- Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. Schizophr Bull (in press).

# Вторичные психозы: современные представления

Matcheri S. Keshavan<sup>1</sup>, Yoshio Kaneko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Beth Israel Deaconess Medical Center and Harvard Medical School, Boston, MA (США)

<sup>2</sup> Longwood Psychiatry Residency Training Program and Harvard Medical School, Boston, MA, USA (США)

Перевод: Мартынихина М.С.

Редактура: Мартынихин И.А.

*Психотические расстройства, вызванные соматическими заболеваниями или употреблением психоактивных веществ, в совокупности называют вторичными психозами. В этой статье мы сперва рассмотрим историческую эволюцию понятия вторичных психозов, их противопоставление психозам первичным и то, как это противопоставление вытеснило прежнее, вводившее в заблуждение, деление психозов на органические и функциональные. Далее мы очертим клинические характеристики вторичных психозов и подходы к их диагностике. Такие черты, как атипичные клинические проявления, связь во времени с какой-либо диагностируемой медицинской причиной, свидетельства о прямой физиологической взаимосвязи с этиологическим агентом и отсутствие данных за первичный психоз, который мог бы лучше объяснить клиническую картину, должны предполагать диагноз вторичного психоза. Наконец, мы обсудим, каким образом изучение вторичных психотических расстройств может помочь понять патофизиологию первичных, идиопатических, психических расстройств, таких как шизофрения. Мы проиллюстрируем это положение обсуждением трех вторичных психотических расстройств – психозов, связанных с височной эпилепсией, велокардиофациальным синдромом и анти-NMDA рецепторным энцефалитом, – исследования которых позволяют предложить, соответственно, нейроанатомическую, генетическую и нейробиологическую модели патогенеза шизофрении.*

**Ключевые слова:** Вторичные психозы, височная эпилепсия, велокардиофациальный синдром, анти-NMDA рецепторный энцефалит, шизофрения

Классификация психических расстройств продолжает порождать дискуссии. Идея о том, что психозы можно разделить на связанные с явной анатомической патологией (органические) и не связанные с такой патологией (функциональные) доминировала более ста лет (1). К сожалению, такое деление психозов иногда вводило в заблуждение, особенно в первые десятилетия 20-го века, когда функциональное приравнивалось к психогенному и этиология шизофрении объяснялась психологическими факторами, такими как родительское воспитание.

В последние десятилетия наблюдается постепенное признание того, что целесообразнее классифицировать психические расстройства на вторичные, когда они обусловлены соматическим заболеванием или употреблением психоактивных веществ, и на первичные (идиопатические), если симптоматика не может быть объяснена действием каких-либо других причин. В этом контексте из DSM-IV были исключены термины «органическое» и «функциональное», которые использовались в ранних пересмотрах (2). Акцент был перемещен с анализа наличия или отсутствия значимой патологии головного мозга (которую часто трудно диагностировать даже при многих неврологических заболеваниях) на этиологию (известную, предполагаемую или неизвестную). В DSM-IV также существует разделение на психозы вторичные по отношению к соматическому заболеванию и на вторичные по отношению к употреблению психоактивных веществ.

В данной статье противопоставление первичных и вторичных психозов используется для более глубокого понимания природы психических расстройств, поскольку термин «первичный» имеет то преимущество, что он не исключает нейробиологическую основу психоза. Ниже мы описали не только многообразие вторичных психозов, но и то, как их изучение может помочь выявить нейробиологический субстрат, который лежит в основе первичных (идиопатических) психических расстройств. Мы стремились составить краткий обзор того, что известно в этой области в настоящее время и предложить подход к дифференциальной

диагностике между первичными и вторичными психотическими расстройствами.

## Расстройства, проявляющиеся вторичными психотическими симптомами

Практически любое психоактивное вещество, назначаемое лекарство или медицинское состояние могут оказывать влияние на функционирование нервной системы и приводить к развитию различной психопатологической симптоматики, в том числе психозов (табл. 1).

### Черепно-мозговая травма

Предполагается, что черепно-мозговая травма (ЧМТ) может быть фактором риска шизофреноподобных психозов, хотя систематических исследований взаимосвязи между этими состояниями недостаточно.

Fujii и Ahmed (3) провели обзор сообщений с описаниями в общей сложности 69 случаев, к которым они ретроспективно применили критерии DSM-IV. Они пришли к выводу, что ЧМТ может быть либо основной причиной психоза, либо может способствовать развитию психоза косвенно за счет судорожного синдрома, ставшего её результатом. Однако данная работа имеет значимый недостаток, связанный с гетерогенностью клинических случаев, включенных в анализ. В когортном исследовании 3552 финских ветеранов Великой Отечественной войны (4) сообщается о развитии психозов после ЧМТ в 8,9% случаев, но значительная доля открытых травм, возможное наличие сопутствующих заболеваний, а также отсутствие стандартных диагностических инструментов ставит под сомнение возможность распространить эти результаты на все случаи ЧМТ.

Данные других исследований, в том числе эпидемиологических исследований и исследований случай-контроль, указывают на то, что ЧМТ может лишь незначительно увеличивать риск психозов, хотя для людей с генетической предрасположенностью к развитию психоза повышение риска может быть большим (5-7). Считается, что риск развития психозов выше в

<b>Таблица 1. Возможные причины вторичных психозов</b>		
	<b>Примеры</b>	<b>Необходимые исследования</b>
Травма	Черепно-мозговая травма	КТ, МРТ
Аутоиммунные заболевания	Системная красная волчанка, анти-NMDA рецепторный энцефалит	Титры аутоиммунных антител
Генетические/наследственные заболевания	Велокардиофациальный синдром, агенез мозолистого тела	Кариотипирование, МРТ
Интоксикации и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	Фенциклидин, МДМА, ЛСД, каннабиноиды, алкоголь. Отравления свинцом, ртутью, мышьяком	Тщательные сбор анамнеза, экспресс тесты на содержание наркотических веществ в моче, обследование на содержание тяжелых металлов
Ятрогенные заболевания	Противомаларийные препараты, стероиды, изониазид	Тщательный сбор анамнеза в отношении используемых медикаментов
Цереброваскулярные заболевания	ОНМК, субдуральная гематома	КТ, МРТ
Объемные внутричерепные образования	Опухоли головного мозга	КТ, МРТ
Нарушения обмена веществ	Феохромоцитомы, метахроматическая лейкоцисторфия, болезнь Вильсона	Уровень катехоламинов в моче; уровни арилсульфатазы А, меди, церулоплазмينا
Нарушения питания	Пеллагра, дефицит витамина В12, витамина D	Уровни В12, фолиевой кислоты, D3
Инфекционные заболевания	Нейросифилис, токсоплазмоз, ВИЧ-инфекция	Исследования для исключения сифилиса, титры ВИЧ антител, глюкоза, белок спинномозговой жидкости
Нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания	Деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона, хорья Гентингтона, рассеянный склероз, атаксия Фридрейха	МРТ, КТ, ЭЭГ, вызванные потенциалы
Пароксизмальные расстройства	Комплексные парциальные припадки, височная эпилепсия	ЭЭГ, в т.ч. с депривацией сна, видео ЭЭГ-мониторирование
Эндокринные расстройства	Гипертиреозидизм, гипотиреозидизм, гиперпаратиреозидизм	Уровни кальция, гормонов щитовидной железы в крови

тех случаях, когда ЧМТ является тяжелой, диффузной, затрагивает лобные и височные доли и сопровождается патологическими находками на электроэнцефалограмме и при нейровизуализационных исследованиях (8-10). Когда шизофреноподобный психоз развивается как следствие ЧМТ, он обычно характеризуется преимущественно бредовыми идеями преследования и слуховыми галлюцинациями при относительной малой выраженности негативной симптоматики (3, 8). Учитывая эти данные, будут оправданы дальнейшие исследования взаимосвязей ЧМТ и генетических факторов риска развития шизофрении.

#### **Аутоиммунные заболевания**

При аутоиммунных заболеваниях психозы редки, хотя известно, что при системной красной волчанке (СКВ) их частота по разным оценкам варьирует в диапазоне от 1 до 11% (11-13). Ретроспективный анализ показывает, что при СКВ психозы чаще всего развиваются в начале заболевания. Примерно в 30-60% случаев психоз диагностируется одновременно с диагнозом СКВ, и до 80% психозов выявляется в течение первого года от постановки диагноза СКВ (13-15). Хотя психоз может быть первым симптомом при СКВ, обычно он возникает вместе с другими симптомами волчанки, чаще всего с поражениями кожи и артритом (13).

Симптоматически волчаночные психозы часто проявляются паранойей, слуховыми и зрительными галлюцинациями, бредом величия (14). Иммуносупрессивная терапия, включающая стероидные гормоны и противомаларийные препараты, обычно приводит к разрешению психотической симптоматики, хотя эти препараты сами по себе могут вызывать психозы, что создает дополнительные диагностические трудности (14).

Среди аутоиммунных заболеваний психозы могут развиваться не только при СКВ. Психозы могут возникать при рассеянном склерозе (16,17), они были описаны при болезни Хашимото (18,19).

#### **Наследственные/генетические заболевания**

Велокардиофациальный синдром (velocardiofacial syndrome, VCFS), который более детально будет обсуждаться ниже, обусловлен гетерозиготной делецией региона q11.2 двадцать второй хромосомы. При этом синдроме отмечается значимая, но пока не идентифицированная, взаимосвязь между генетикой и психозом. У 25-30% пациентов с VCFS развиваются симптомы, схожие с симптомами шизофрении (20-23).

VCFS представляет особый интерес, потому что результаты нейрокогнитивного тестирования, изменение структуры головного мозга, психотическая симптоматика и особенности ответа на лечение, наблюдаемые при этом расстройстве, схожи с теми, что выявляются при шизофрении (24).

Среди других генетических заболеваний, при которых могут возникать психозы, синдром Прадера-Вилли (при котором частота развития шизофреноподобных психозов составляет приблизительно 16%) (25,26), хорья Гентингтона (частота 5-16%) (27,28) и синдром Фара (29,30).

#### **Интоксикации и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ**

Лица, употребляющие психоактивные вещества, могут переносить психотическую симптоматику в различных ситуациях, в том числе при острой интоксикации, синдроме отмены, делирии (вызванном или интоксикацией, или отменой), вызванных употреблением психоактивных веществ расстройствах настроения с психотическими симптомами и психозах. Последние лучше всего охарактеризовать как психозы, при которых симптоматика начинается во время употребления психоактивных веществ, но сохраняется в течение нескольких дней или недель при отсутствии дальнейшего употребления вещества.

К веществам, в наибольшей степени способным приводить к развитию психозов, относят стимуляторы (амфетамин, кокаин) (31-33), каннабис (34,35) и пси-

хотомиметики (фенциклидин, кетамин) (36,37). Опиаты и никотин не продемонстрировали ясно способности вызывать психозы, тогда как алкоголь и бензодиазепины могут вызывать психозы только при состояниях отмены (33,38,39). Диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) и 3,4-метилendioкси-N-метамфетамин (МДМА) могут вызывать галлюцинации при острой интоксикации, но нет четких доказательств того, что они способны вызывать длительные психотические расстройства (40,41).

Сложные взаимосвязи наблюдаются между предрасположенностью к психотическим расстройствам и зависимостями от психоактивных веществ. Существуют доказательства как того, что генетическая предрасположенность к психозу в сочетании со злоупотреблением психоактивными веществами может приводить к развитию психозов, так и того, что люди с такой предрасположенностью могут быть более склонны к злоупотреблению психоактивными веществами.

Интоксикационные психозы могут также развиваться при отравлениях тяжелыми металлами, включая свинец (42), ртуть и мышьяк (43).

### **Ятрогенные психозы**

Интоксикационные психозы могут быть вызваны многочисленными лекарственными препаратами центрального действия и обычно характеризуются острым нарушением когнитивных функций в дополнение к психотическим симптомам.

По литературным данным показатели распространенности психозов у пациентов, получающих глюкокортикоиды, существенно различаются, хотя есть свидетельства, что при расстройствах настроения, вызванных приемом глюкокортикоидов, психотическая симптоматика наблюдается чаще, чем при первичных расстройствах настроения. Психозы обычно развиваются в начале приема глюкокортикоидов (от нескольких часов до нескольких недель после приема первой дозы глюкокортикоидов, хотя чаще всего это происходит в течение первых нескольких дней) (44).

Пожилые пациенты имеют особый риск развития интоксикационных психозов при приеме препаратов с антихолинергическими свойствами (45,46) и бензодиазепинов (47,48). Возникновение психотических симптомов после начала лечения изониазидом отмечается все чаще (49), неблагоприятное воздействие этого препарата относят к изменению уровня катехоламинов и серотонина в связи ингибированием моноаминоксидазы. Прием противомаларийных препаратов, в том числе хлорохина и мефлохина, приводит к повышению риска развития психозов, причем этот риск выше у пациентов с наличием психических расстройств в анамнезе (50,51). Некоторые другие классы лекарственных препаратов могут также способствовать развитию психотической симптоматики, особенно если их концентрации в крови оказываются токсическими, среди них антидепрессанты (52), антиконвульсанты (53), противорвотные (54), противопаркинсонические препараты (55), нейролептики (47), опиоиды (47), антагонисты гистамина (56), антибиотики (57).

### **Цереброваскулярные заболевания**

В постинсультном периоде психозы развиваются приблизительно у 3-4% пациентов (58,59). Хотя психотические симптомы могут возникать при поражениях любых областей мозга, наиболее часто они возникают при височно-теменно-затылочных поражениях (59). Клиническая картина психозов в постинсультном периоде отличается от шизофрении: чаще присутствуют зрительные, тактильные и обонятельные галлюцинации (60-62). Галлюцинации у больных, перенесших инсульт, разделяют на развернутые галлюцина-

ции и галлюциноз, отличием которого является эгодистонность и сохранение понимания того, что обманы восприятия не являются реальностью (63).

Хотя систематических исследований взаимосвязи между сосудистой деменцией и развитием психотических симптомов было недостаточно, тот факт, что психозы наблюдаются с одинаковой частотой как при сосудистой деменции, так и при болезни Альцгеймера, свидетельствует против того, что существует какой-либо специфичный механизм развития психозов при цереброваскулярных заболеваниях (64).

Исследования, в которых искали доказательства наличия цереброваскулярных нарушений у пациентов, у которых в позднем возрасте возникали психозы, дали противоречивые результаты (65). Основываясь на ограниченных данных, в настоящее время трудно сделать вывод, в какой степени цереброваскулярные заболевания предрасполагают к развитию психотических симптомов. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы подтвердить или опровергнуть данную взаимосвязь.

### **Объемные внутричерепные образования**

Опухоли мозга являются редкой, но важной причиной развития вторичных психозов, есть доказательства того, что распространенность внутричерепных опухолей у пациентов с психическими расстройствами повышена (66-68). Симптоматика психозов, вторичных по отношению к внутричерепным опухолям, может быть неотличима от шизофрении, хотя при них чаще отмечаются зрительные галлюцинации, несистематизированный бред и отсутствие формальных расстройств мышления (69-72).

Опухоли, локализованные в области височных долей или лимбических структур, чаще приводят к развитию психозов. В одном из исследований было продемонстрировано, что 20% опухолей в височной доле приводят к развитию психотической симптоматики (69, 73). При этом не было показано никаких связей между гистологическим типом опухоли и частотой психозов, хотя низкодифференцированные, медленно растущие опухоли чаще производят к развитию психотической симптоматики при отсутствии неврологических симптомов (74).

Нейровизуализация при помощи компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) рекомендуется для всех пожилых пациентов с впервые выявленным психозом и у пациентов, у которых выявляется локальная очаговая симптоматика при клиническом обследовании (75).

### **Нарушения обмена веществ**

Нарушенная нейрональная коннективность, которая является одним из предполагаемых патогенетических механизмов развития шизофрении, может также наблюдаться при метаболических расстройствах, приводя к нарушениям функционирования нейронов и к их гибели. Например, несмотря на то, что лизосомальные болезни накопления обычно приводят к раннему формированию тяжелого неврологического дефицита, а часто и к смерти, существуют подростковые и взрослые формы этих заболеваний, которые ассоциированы с вторичными психозами. Такие расстройства, как болезнь Ниманна-Пика типа С, болезнь Тея-Сакса и альфа маннозидоз, скорее всего, приводят к развитию психотических симптомов за счет действия патологического процесса на развитие нервной системы, в том числе синаптический прунинг, миелинизацию и изменения коннективности (76-78). Аналогичные нарушения нейрональной коннективности и развития нервной системы обнаруживаются при лейкодистрофиях, а форму метахроматической лейкодистрофии с поздним началом можно считать примером взаимосвязи

между этой группой заболеваний и вторичными психозами (76, 79).

По существующим данным психотическая симптоматика развивается у 50% пациентов с метахроматической лейкодистрофией с поздним началом и болезнью Ниманна-Пика типа С (76). Кроме того, были описаны случаи психозов у пациентов с митохондриальными заболеваниями. Считается, что к развитию психозов в этих случаях приводит лейкодистрофия, которая также может наблюдаться при митохондриальных заболеваниях (80-82).

Распространенность психозов при болезни Вильсона, при которой происходит аномальное накопление меди в тканях печени и головного мозга, составляет от 2 до 11% (83,84). Психозы при болезни Вильсона характеризуются не только типичными симптомами, такими как галлюцинации, бред, расстройства мышления, но и множеством дополнительных симптомов, включая эйфорию, сексуальную озабоченность, гебефрению и кататонию (85).

### **Нарушения питания**

Связь дефицита веществ, поступающих с пищей, и психопатологической симптоматики исследовалась и обсуждалась на протяжении десятилетий. Существуют доказательства того, что психические расстройства при дефиците витамина B12 могут возникать при отсутствии признаков гематологических или неврологических нарушений (86, 87). Описанные случаи психозов, вызванных дефицитом витамина B12, были представлены бредом преследования, слуховыми и зрительными галлюцинациями, дезорганизацией мышления и психомоторным возбуждением, при этом данная симптоматика не поддавалась лечению нейролептиками, но полностью разрешалась после парентерального введения витамина B12 (88-90). Дополнительным свидетельством существования подобной взаимосвязи являются данные о том, что у пациентов с психотической депрессией отмечаются значительно более низкие уровни B12, чем у пациентов с непсихотической депрессией (91).

Хотя возможность влияния дефицита фолиевой кислоты на развитие психозов является сомнительной, есть некоторые доказательства того, что назначение фолиевой кислоты больным шизофренией способствует улучшению состояния (92). Психотические симптомы, включающие слуховые галлюцинации, бред преследования и бред паразитарной инвазии, изредка развиваются при пеллагре (дефиците витамина PP), хотя это происходит почти исключительно у лиц хронически употребляющих алкоголь (93, 94).

### **Инфекционные заболевания**

Нейросифилис в прошлом часто приводил к госпитализациям в психиатрический стационар. В 1900 году 5% всех институционализированных психически больных имели диагноз прогрессивного паралича (95). Заболеваемость сифилисом снова возросла с появлением вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), и пациенты с психопатологическими симптомами нейросифилиса вновь стали попадать в поле зрения психиатров (96). Такие пациенты могут иметь как психотические, так и аффективные симптомы, которые трудноотличимы от первичных психических расстройств (97). Лечение нейросифилиса антибиотиками и, в случае необходимости, дополнительная антипсихотическая терапия, обычно останавливает прогрессирование заболевания, но не обращает его вспять, т.к. нарушение психического состояния связано с потерей нейронов (98), хотя есть сообщения о случаях значительного клинического улучшения (99-100).

По разным оценкам частота развития психозов, связанных с ВИЧ-инфекцией, колеблется в пределах от

0,23% до 15%, при этом психозы обычно возникают либо на поздних стадиях ВИЧ-инфекции или когда у пациентов формируется синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) (101, 102). Симптоматика психозов, вызванных ВИЧ-инфекцией, представлена бредом преследования, величия, ипохондрическим бредом, галлюцинации являются вторым важным кластером симптомов (103). Эффект воздействия высокоактивной антиретровирусной терапии на психотические симптомы остается неясными, и его оценка дополнительно осложняется тем, что побочные эффекты антиретровирусных препаратов включают галлюцинации (102). Хотя нейролептики, как правило, эффективны при данных психозах, пациенты с ВИЧ подвергаются повышенному риску развития экстрапирамидных расстройств и поздней дискинезии, особенно при использовании типичных антипсихотических препаратов (101, 104).

Предполагаются и другие инфекционные причины вторичных психозов, в том числе заражение *Toxoplasma gondii*. Такое предположение основано на том, что была выявлена повышенная распространенность антител к *Toxoplasma gondii* у пациентов с шизофренией (105, 106).

Наконец, появляется все больше доказательств, подтверждающих, что пренатальные инфекции являются факторами риска развития шизофрении. Хотя по-прежнему недостаточно доказательств, что такие пренатальные инфекции, как грипп, токсоплазмоз, краснуха, вирус простого герпеса или сифилис, могут быть связаны с развитием вторичных психозов (109-113).

### **Нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания**

Хотя данные о психозах при рассеянном склерозе (РС) были противоречивы, последние исследования свидетельствуют о том, что РС действительно увеличивает вероятность развития психозов (17). В крупном канадском популяционном исследовании были получены данные, что от 2 до 4% пациентов с РС переносят психоз (114). Бред является основным симптомом психозов при РС, в то время как галлюцинации и негативные симптомы встречаются редко (115). Данные о временной взаимосвязи между симптомами РС и психозами неоднозначны (74, 115). Психотические симптомы при РС могут быть связаны с поражением белого вещества перивентрикулярной области и височных рогов, однако их точный патогенез еще предстоит уточнить (116). Хронические психозы при РС кажутся редкостью.

Данные о распространенности психотических симптомов при болезни Альцгеймера (БА) значительно варьируют. В одной из работ проведен обзор 55 исследований, общая распространенность психозов составила 41%, при этом 36% пациентов имели бред и 18% галлюцинации (117). Первые три года от начала БА характеризуются ростом частоты новых случаев психотических симптомов, после чего, как представляется, эта частота не меняется (117, 118). Психозы при БА чаще всего представлены бредовыми идеями, обычно ущерба или отношения, ложными узнаваниями, зрительными галлюцинациями, которые встречаются чаще, чем слуховые (119). Эти симптомы, как правило, сочетаются с другими психопатологическими симптомами, включая агрессию, возбуждение, апатию и депрессию (120).

Считается, что при фронто-теменных деменциях психозы развиваются реже, примерно у 20% пациентов, при этом при некоторых подтипах частота выше (121, 122).

### **Эпилепсия**

Шизофреноподобные психозы при эпилепсии исследовались на протяжении столетия и накоплены

убедительные доказательства, что хронические психозы чаще встречаются у пациентов с эпилепсией, чем в общей популяции. Психотические синдромы при эпилепсии традиционно классифицируются в зависимости от их временной связи с эпилептическими припадками. Иктальные психозы представляют собой психотические симптомы, наблюдаемые во время бессудорожных припадков, как правило, они длятся от минут до нескольких часов и представлены галлюцинациями и параноидным бредом (65). Постиктальные психозы – краткие психотические эпизоды, которые обычно длятся от часов до нескольких дней, следуют после серии припадков, представлены бредом, галлюцинациями и аффективными симптомами, как правило, проходят в течение нескольких дней (123, 124). Хронические психозы при эпилепсии также хорошо известны, недавние исследования выявили относительный риск равный 2,48 (125, 126).

Феноменологически психозы, связанные с эпилепсией, трудно отличить от шизофрении, а предположение, что они характеризуются более доброкачественным течением и относительно малой выраженностью негативных симптомов, не подтверждается данными литературы (65, 125). Факторами риска развития вторичных психозов являются тяжелые формы эпилепсии с несколькими типами припадков (127), эпилептический статус в анамнезе (125), резистентность к лекарственной терапии (65). Ассоциация височной эпилепсии с развитием психотических симптомов обсуждается более подробно ниже.

### **Эндокринные болезни**

Хотя психотические симптомы, вызванные ненормальным функционированием щитовидной железы, встречаются не очень часто, имеются описания случаев психозов при тиреотоксикозе, гипотиреозе и при быстром изменении уровня тиреоидных гормонов. Психозы были описаны как симптомы тиреотоксикоза при болезни Грейвса (128), тиреотоксическом кризе (129), токсическом узловом зобе (130), подостром тиреоидите (131), немом тиреоидите (132). Гипотиреоз также связан с развитием психозов, в одном из исследований сообщается, что от 5-до 15% пациентов с микседемой имеют некоторые формы психотических симптомов (133-135).

Тиреоидные психозы не содержат характерных симптомов психотического кластера, таких как слуховые и зрительные галлюцинации, бред. Большинство пациентов имеют аффективные нарушения (130, 136). Лечение патологии щитовидной железы приводит к разрешению психоза, так что антипсихотики необходимы только при острых состояниях (128, 132, 136). При этом быстрая коррекция аномальных уровней гормонов щитовидной железы может как вызвать, так и усугубить течение имеющегося психоза (137, 138).

Связь гиперпаратиреоза и гиперкальциемии с психопатологической симптоматикой хорошо известна, хотя конкретная распространенность психозов у пациентов с гиперпаратиреозом остается неизвестной. Существуют описания клинических случаев пациентов со слуховыми и зрительными галлюцинациями, бредом преследования и дезорганизацией мышления при гиперкальциемии, вызванной гиперпаратиреозом (139, 140). Имеющиеся данные показывают, что коррекция гиперкальциемии, обычно за счет паратиреоидэктомии, приводит к разрешению психотических симптомов без последующих рецидивов (139 – 141).

Хотя такие случаи редки и мало исследованы, но существуют данные, что гиперпаратиреоз может также провоцировать развитие психоза. В обзоре 268 случаев гиперпаратиреоза, опубликованном в 1962 году, сообщалось, что 11% обследованных пациентов имели психотические симптомы, чаще при хирургически

индуцированном гиперпаратиреозе (142). Последующие сообщения подтвердили развитие психотических симптомов при гиперпаратиреозе и подчеркнули тот факт, что для симптоматического улучшения необходима нормализация магния и кальция в дополнение к лечению нейролептиками (141, 143).

### **Дифференциальный диагноз: вторичный психоз или шизофрения**

Выявление причинно-следственных связей между психозом и употреблением психоактивных веществ или соматической болезнью – непростая задача. Заподозрить скрытую первопричину психоза в виде соматического заболевания будет вполне оправданным с логической стороны первый шаг, если психоз встречается в общемедицинской сети. Сопутствующие соматические заболевания также весьма распространены у пациентов с психическими расстройствами, особенно среди пожилых людей. А вот заподозрить и выявить соматические болезни у молодых пациентов с психозами в условиях психиатрических учреждений можно считать более сложной задачей.

В процессе дифференциальной диагностики между первичными и вторичными психозами сперва важно установить наличие соматического заболевания. Следующий шаг – установление причинно-следственной связи между состоянием здоровья и психозом; выявить такую связь часто бывает трудно, но три ключевых признака могут оказать в этом помощь: атипичность клинической картины, связь во времени и биологическая обоснованность.

### **Является ли клиническая картина психоза атипичной?**

Поиск соматической первопричины психоза должен быть особенно интенсивным, если его клиническая картина является атипичной. Примером являются случаи более позднего дебюта: начало психоза в возрасте 70-ти лет должно вызвать подозрение о соматическом заболевании, как о его причине. При этом следует иметь в виду, что ни один отдельно взятый клинический признак или комбинация симптомов не может надежно различить первичные и вторичные психотические расстройства. Однако если определенная особенность преобладает, это должно привлечь наше внимание. Так, выраженная дезориентация или спутанность должна вызывать подозрение. Кататонические симптомы, симптомы нарушения сознания (например, спутанность или сновидное помрачение сознания) и зрительные галлюцинации чаще встречаются при вторичных психозах. Некоторые формы бреда, в частности связанные с ложным узнаванием (например, бред Капгра), считаются более распространенными при вторичных психозах, чем при шизофрении. Наличие сложных (комплексных) галлюцинаций (например, зрительные и тактильные) также повышает вероятность вторичного психотического расстройства.

Сопутствующие симптомы, несоразмерные тому, что можно ожидать при психотических расстройствах, также должны заставлять нас исключать основное медицинское заболевание. Например, значительная потеря веса, которая не может быть объяснена невыявленной депрессией у психотического пациента, может вызвать подозрение о соматическом заболевании.

Специфичные виды психотических симптомов могут также указывать на региональные изменения в функционировании мозга и вызвать подозрения в отношении наличия неврологического заболевания. Так, отрицание слепоты, которое может показаться бредовым, должно вызывать подозрение в отношении синдрома Антона (корковая слепота в связи с поражением зрительных отделов коры), а отрицание пареза делает необходимым исключить анозогнозию (вследствие поражения теменной коры недоминантного

полушария). Аналогично изолированные ложные узнавания (синдрома Капгра) и обонятельные галлюцинации указывают на возможное поражение височной доли.

### **Имеет ли медицинское состояние или употребление психоактивных веществ временную связь с психозом?**

Диагноз вторичного психоза вероятен, если психоз начинается после начала соматического заболевания, его симптоматика изменяется в зависимости от тяжести соматического заболевания и проходит когда соматическое состояние улучшается. Примером может служить появление бреда, когда пациент с гипотиреозом прекращает принимать гормональную терапию, и разрешение симптомов после возобновления лечения. Это правило, однако, имеет множество исключений. Например, психозы при височной эпилепсии могут появляться только через несколько лет после начала приступов. И наоборот, соматическое заболевание может вызвать рецидив или просто ухудшить состояние при шизофрении, не будучи непосредственной причиной болезни.

### **Не может ли психоз объясняться первичным психотическим расстройством или иным психическим расстройством?**

Сопутствующая соматическая патология очень распространена у пациентов с хроническими психотическими расстройствами, такими как шизофрения. В некоторых случаях, даже если сопутствующее соматическое заболевание может вызывать подозрение в отношении вторичного психоза, наличие семейного анамнеза шизофрении и преморбидные шизоидные черты будут говорить в пользу диагноза шизофрении. Так же, у пациентов с анамнезом аффективного расстройства, появление психотических симптомов, вероятно, связано аффективным расстройством, а не соматическим заболеванием.

### **Является ли психоз прямым физиологическим следствием соматического заболевания или употребления психоактивных веществ?**

Ответ на этот вопрос зависит в первую очередь от выявления основного заболевания или факта употребления психоактивных веществ, которые могли быть этиологическим агентом. Для этого требуется тщательный сбор анамнеза, физическое и неврологическое обследование наряду с соответствующими лабораторными исследованиями. Во-вторых, даже если такой причинный фактор существует, часто бывает трудно установить, являются ли симптомы психоза прямым физиологическим следствием этого фактора. Иногда такая взаимосвязь очевидна. Например, наличие вегетативной гиперактивности (расширение зрачков, тахикардия и пр.) вместе с психотической тревогой может свидетельствовать об употреблении симпатомиметических средств, таких как амфетамин и фенциклидин, или об опухоли надпочечников.

Для каждого пациента с первым эпизодом психоза очень важно собрать подробный анамнез и провести полное физическое, в том числе неврологическое обследование и лабораторные исследования, чтобы исключить общемедицинские заболевания (табл. 2). Дополнительные исследования, такие как сканирование мозга, спинномозговая пункция и электрофизиологические исследования могут быть необходимы, особенно при атипичной клинической картине, с тем, чтобы подтвердить диагноз первичного психоза.

Вопрос о необходимости на регулярной основе проводить сканирование мозга у пациентов с подозрением на шизофрению остается спорным. Когда сканирование структур мозга (МРТ или КТ) используют в клинике как часть обследования больного с психозом,

**Таблица 2. Обследование пациентов для исключения вторичных психозов**

*Обследования первой линии (должны рутинно применяться для всех пациентов с первым психотическим эпизодом)*

Детальный соматический и неврологический/психиатрический анамнез  
Физическое/неврологическое обследование  
Нейропсихологическое тестирование  
Лабораторные тесты: полный анализ крови, скорость оседания эритроцитов, глюкоза, электролиты, исследования функции щитовидной железы, печеночные ферменты, экспресс анализ мочи на содержание наркотических веществ

*Обследования второй линии (применяются, когда результаты обследований первой линии позволяют заподозрить определенную причину психоза)*

Лабораторные тесты: исключение сифилиса и ВИЧ-инфекции; концентрации тяжелых металлов в сыворотке крови, уровни меди и церулоплазмينا, уровень кальция в сыворотке, титры аутоантител (например, антиядерных антител для диагностики волчанки), уровень В12, фолиевой кислоты, арилсульфатазы  
Нейровизуализация: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография  
Электроэнцефалография, полисомнография, вызванные потенциалы  
Исследование спинномозговой жидкости: глюкоза, белок, посев, криптококковый антиген  
Кариотипирование

задача обычно в том, чтобы исключить объемное образование или порок развития мозга как потенциальную причину психоза. Хотя случайные находки при МРТ исследованиях больных с психозами были описаны (144), такие же находки встречаются и у психически здоровых людей (145), и в целом они редки. Таким образом, в связи с отсутствием возможности разграничения состояний на основе количественного анализа, без учета клинической картины рутинная визуализация мозга не может ничем помочь дифференциальной диагностике психозов (146).

### **Могут ли вторичные психозы помочь раскрыть патофизиологию шизофрении?**

Шизофрения – распространенное заболевание, часто приводящее к инвалидности, имеющее неясную этиологию и высокую гетерогенность; возможно, понятие шизофрении включает в себя несколько идиопатических психотических расстройств (147). Чтобы подойти к более глубокому пониманию патофизиологии этого заболевания, важно выделить однородные подгруппы больных. Один из подходов к решению этой задачи является изучение синдромов с известной этиологией, клинические проявления которых близки шизофрении, то есть фенокопий этой болезни.

Для определения подходящих для изучения фенокопий шизофрении необходимо определить, что мы знаем о патофизиологии шизофрении. На анатомическом уровне шизофрения характеризуется структурными аномалиями мозга в лобной, височной, теменной долях, базальных ганглиях, таламусе и лимбической системе (148). Функциональные нейровизуализационные исследования выявили нарушения функции префронтальной области (гипофронтальность) и нарушение межполушарных и внутримушарных взаимосвязей. На нейрохимическом уровне накопленные данные указывают на дофаминергическую, глутаматергическую и ГАМКергическую дисфункцию с гипотезой N-метил D-аспартата (NMDA) рецепторной гиподисфункции в качестве ведущей теории патогенеза шизофрении. Некоторые данные также указывают на изменения в иммунной системе и процессах окислительного стресса (149). С этиологической точки зре-

ния шизофрении, как полагают, высоко наследуемое заболевание (наследуемость > 70%), но некоторые факторы окружающей среды, включая вирусы, психоактивные вещества, травмы, акушерские осложнения, могут быть также вовлечены (150). Таким образом, вероятно, симптомы болезни возникают в результате комбинации генетической уязвимости и экологических стрессов.

Учитывая существенную неоднородность шизофрении, было бы трудно представить, чтобы какой-либо один вторичный психоз мог бы быть адекватной моделью, объясняющей все аспекты этого заболевания. Не удивительно, что ряд психотических расстройств, вытекающих из этиологических факторов, перечисленных в таблице 1, показывает лишь частичное сходство с тем, что мы клинически идентифицируем как шизофрению. Некоторые заболевания, однако, демонстрируют более выраженные клинические, патофизиологические или этиологические параллели с шизофренией; мы кратко обсудим их, поскольку они могут дать ключи для лучшего понимания этого заболевания.

### **Височная эпилепсия: анатомическая модель шизофрении**

По-видимому, психозы развиваются у 7-11% пациентов с эпилепсией, эта частота намного выше, чем среди населения в целом (151). Считается, что психозы, возникающие при височной эпилепсии, напоминают шизофрению, что описано Slater в классической ранней работе (125). Предрасполагающими факторами развития психозов при височной эпилепсии считают начало эпилепсии в возрасте до 20 лет, эпилепсию продолжительностью более 10 лет, комплексные парциальные припадки в анамнезе, левосторонний очаг (152).

Возникновение психозов при височной эпилепсии согласуется с сообщениями о структурных изменениях в медиальной височной коре при шизофрении (148). В частности, позитивные симптомы, такие как слуховые галлюцинации и формальные расстройства мышления, связывают со структурными изменениями в слуховой ассоциативной зоне в верхней височной извилине (148). Поразительная отчетливость позитивных симптомов при височной эпилепсии привела к вопросу о том, может ли быть сходство между височной эпилепсией и нейробиологическими моделями шизофрении. Ando с соавторами (153) исследовали изменения центральных дофаминергических систем в каинатных моделях височной эпилепсии с метамфетамином-индуцированной двигательной активностью в качестве индекса дофаминергической чувствительности у взрослых крыс. Они нашли доказательство дофаминергической гиперчувствительности, которая может четко объяснить механизмы, лежащие в основе эпилептических психозов, и может также указывать на похожие изменения при идиопатических психозах.

### **Велокардиофациальный синдром (VCFS): генетическая модель шизофрении**

В то время как этиология шизофрении остается достоверно неизвестной, существует общее мнение, что генетические факторы оказывают существенный вклад в развитии болезни, по некоторым оценкам влияние фактора наследственности больше, чем 70%. В настоящее время шизофрения считается полигенным и многофакторным заболеванием с небольшой долей случаев, обусловленных вариацией числа копий, таких как делеции или микродупликации хромосомных регионов. Большая часть генетической этиологии шизофрении остается неизвестной, что требует изучения дискретных генетических синдромов, которые представлены шизофреноподобными чертами.

VCFS характеризуется большой делецией в одной из хромосом 22 (участок содержит до 30 генов), которая

может быть обнаружена при генетическом тестировании. Это наиболее распространенная хромосомная делеция у людей, она характеризуется врожденными аномалиями сердца, дисморфизмом лица и когнитивными нарушениями в детском возрасте. У значительной части больных развиваются психические заболевания в подростковом или юношеском возрасте с расстройствами шизофренического спектра, возникающими у 25-30% людей с данным синдромом (20-23).

VCFS может быть предложен как модель взаимосвязи между генетической уязвимостью и риском проявлений симптоматики при шизофрении. Когнитивные нарушения при шизофрении были связаны с полиморфизмом гена, кодирующего катехол-О-метилтрансферазу (COMT), фермент, участвующий в деградации дофамина. Лица с Val/Val полиморфизмом имеют более низкий уровень префронтального дофамина из-за повышенной активности COMT, что, как результат, приводит к нарушению когнитивных функций (154). VCFS связан с когнитивными нарушениями, похожими на те, что отмечаются при шизофрении, в том числе с дефицитом контроля исполнительных функций, памяти и внимания. Лица с VCFS, гетерозиготные по COMT, с Val/Met генотипом имеют лучшие познавательные способности, связанные со снижением ферментативной деградации дофамина (154). Морфологические аномалии мозга, в том числе, потеря серого вещества в префронтальной и поясной областях, аналогичные тем, которые наблюдаются при шизофрении, наблюдаются также при VCFS, и эти нарушения, вероятно, связаны с когнитивными расстройствами (155). Лонгитюдные исследования показывают, что структурные изменения мозга при VCFS могут быть предикторами появления психотических симптомов (156), хотя необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить нейробиологические и генотипические профили пациентов с VCFS, у которых развиваются вторичные психозы. Исследования нейробиологической основы психозов при VCFS, возможно, будут полезны для выяснения патофизиологии по крайней мере некоторой подгруппы пациентов с шизофренией.

### **Анти-NMDA-рецепторный энцефалит: патофизиологические модель шизофрении**

Хотя был достигнут значительный прогресс в понимании патофизиологических механизмов шизофрении, основная, ядерная дисфункция остается предметом дискуссий. Ведущими в настоящее время являются теории о том, что глутаматергические и ГАМКергические нарушения могут лежать в основе патофизиологии психозов, возможно, через глутаматергическую гиподисфункцию NMDA-рецепторов (157, 158). Эта модель подтверждается клиническими наблюдениями психозов, напоминающих шизофрению, которые вызывает антагонист NMDA рецепторов фенциклидин, а также нарушением связывания и экспрессии NMDA рецепторов в посмертном мозге пациентов с шизофренией (159). NMDA-рецепторы, таким образом, обеспечивают естественную биологическую модель для дальнейшего изучения и могут дать представление о сложной патофизиологической гетерогенности шизофрении.

Глутаматергическая дисфункция может возникнуть в результате нарушения ГАМК-опосредованного регулирования преимущественно глутаматергических пирамидных нейронов. Эта теория подтверждается наблюдениями пониженного синтеза ГАМК, что отражается в снижении активности 67-кДа изоформы декарбоксилазы глутаминовой кислоты (GAD67) у пациентов с шизофренией (160). Некоторые данные также указывают на изменения иммунных механизмов при шизофрении (161). Существует необходимость в описании связей между моделью NMDA/ГАМК нарушений и тео-

рий изменений иммунной системы при шизофрении. Исследования соответствующих форм вторичных психозов могут быть одним из способов дальнейшей разработки этой модели.

Интригующая форма вторичного психоза, который приводит к состоянию гипофункционирования NMDA-рецепторов, может дать представление о патофизиологии шизофрении. С 2007 года было опубликовано много описаний клинических случаев особой формы энцефалита, в которой у пациентов с неврологическими и психиатрическими симптомами были обнаружены аутоантитела к NR1/NR2 гетеромерам NMDA рецепторов. Dalmau с коллегами (162, 163) исследовали 100 пациентов с анти-NMDA-рецепторным энцефалитом и показали, что 77% пациентов имели различные психиатрические симптомы, включая тревогу, бессонницу, страх, бред, гиперрелигиозность, манию.

Модель, которая объединяет анти-NMDA-рецепторный энцефалит с дисфункцией ГАМК/глутамата, основана на идее, что вызванное антителами снижение числа NMDA-рецепторов могут инактивировать ГАМК-Кергические нейроны, которые обычно служат для ингибирования внесклеточного глутамата. Без регулирующего присутствия ГАМК избыток глутамата может способствовать развитию или усилению психоза. Подобный механизм может присутствовать при шизофрении, хотя окончательных доказательств изменений глутаматергической нейротрансмиссии при этой болезни до сих пор нет. NMDA-рецептор дает представления о биологическом механизме развития психоза, что требует дальнейшего исследования, при этом вариации в особенностях дисфункции NMDA-рецепторов могут объяснять патофизиологическую гетерогенность шизофрении.

## ВЫВОДЫ

Историческое разделение психических расстройств на органические (структурные) и функциональные (чисто психологические) не давало развиваться систематическому исследованию расстройств, которые были признаны психологическими. Классификация на основе наличия или отсутствия идентифицируемых этиологических факторов оказалась клинически более важной.

Выявление у пациентов с психозами лежащих в основе их состояний соматических, ятрогенных причин, интоксикаций может быть сложной задачей. Тщательный сбор анамнеза, осмотр и разумное использование современных лабораторных и инструментальных методов диагностики, в сочетании с общемедицинской эрудицией, помогут врачу вовремя поставить верный диагноз и выбрать оптимальное вмешательство, которое может дать хороший результат.

В полной мере изучив причины вторичных психозов, врач-ученый также проникнет в загадочную патофизиологию и этиологию первичных психотических расстройств, таких как шизофрения.

## Библиография

1. Mendel LB. The American Physiological Society. Science 1907; 26:765.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Fujii D, Ahmed I. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury: an analysis of case studies in the literature. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2002;14:130-40.
4. Achte KA, Hillbom E, Aalberg V. Psychoses following war brain injuries. Acta Psychiatr Scand 1969;45:1-18.
5. Silver JM, Kramer R, Greenwald S et al. The association between head injuries and psychiatric disorders: findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. Brain Inj 2001;15:935-45.
6. Harrison G, Whitley E, Rasmussen F et al. Risk of schizophrenia and other non-affective psychosis among individuals exposed to head injury: case control study. Schizophr Res 2006;88:119-26.
7. David AS, Prince M. Psychosis following head injury: a critical review. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76 (Suppl. 1): i53-60.
8. Sachdev P, Smith JS, Cathcart S. Schizophrenia-like psychosis following traumatic brain injury: a chart-based descriptive and case-control study. Psychol Med 2001;31:231-9.
9. Cutting J. The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia. Br J Psychiatry 1987;151:324-32.
10. Miller BL, Benson DF, Cummings JL et al. Late-life paraphrenia: an organic delusional syndrome. J Clin Psychiatry 1986;47:204-7.
11. Sibley JT, Olszynski WP, Decoteau WE et al. The incidence and prognosis of central nervous system disease in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 1992;19:47-52.
12. Stojanovich L, Zandman-Goddard G, Pavlovich S et al. Psychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus. Autoimmun Rev 2007;6:421-6.
13. Pego-Reigosa JM, Isenberg DA. Psychosis due to systemic lupus erythematosus: characteristics and long-term outcome of this rare manifestation of the disease. Rheumatology 2008;47:1498-502.
14. Appenzeller S, Cendes F, Costallat LTL. Acute psychosis in systemic lupus erythematosus. Rheumatol Int 2008;28:237-43.
15. Ward MM, Studenski S. The time course of acute psychiatric episodes in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 1991;18:535-9.
16. Carrieri PB, Montella S, Petracca M. Psychiatric onset of multiple sclerosis: description of two cases. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2011;23:E6.
17. Kosmidis MH, Giannakou M, Messinis L et al. Psychotic features associated with multiple sclerosis. Int Rev Psychiatry 2010;22: 55-66.
18. Lee M-J, Lee H-S, Hwang J-S et al. A case of Hashimoto's encephalopathy presenting with seizures and psychosis. Korean J Pediatr 2012;55:111-3.
19. de Holanda N, de Lima D. Hashimoto's encephalopathy: systematic review of the literature and an additional case. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2011;23:384-90.
20. Shprintzen RJ, Goldberg R, Golding-Kushner KJ et al. Late-onset psychosis in the velo-cardio-facial syndrome. Am J Med Genet 1992;42:141-2.
21. Pulver AE, Nestadt G, Goldberg R et al. Psychotic illness in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome and their relatives. J Nerv Ment Dis 1994;182:476-8.
22. Papolos DF, Faedda GL, Veit S et al. Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: does a hemizygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorder? Am J Psychiatry 1996;153:1541-7.
23. Murphy KC, Jones LA, Owen MJ. High rates of schizophrenia in adults with velo-cardio-facial syndrome. Arch Gen Psychiatry 1999;56:940-5.
24. Chow EWC, Watson M, Young DA et al. Neurocognitive profile in 22q11 deletion syndrome and schizophrenia. Schizophr Res 2006;87:270-8.
25. Vogels A, Matthijs G, Legius E et al. Chromosome 15 maternal uniparental disomy and psychosis in Prader-Willi syndrome. J Med Genet 2003;40:72-3.
26. Vogels A, De Hert M, Descheemaeker MJ et al. Psychotic disorders in Prader-Willi syndrome. Am J Med Genet A 2004;15: 127A:238-43.
27. Folstein SE, Chase GA, Wahl WE et al. Huntington disease in Maryland: clinical aspects of racial variation. Am J Hum Genet 1987;41:168-79.
28. Shiwach R. Psychopathology in Huntington's disease patients. Acta Psychiatr Scand 1994;90:241-6.
29. Bourgeois JA. Fahr's disease — a model of neuropsychiatric illness with cognitive and psychotic symptoms. Acta Psychiatr Scand 2010;121:78.

30. Shakibai SV, Johnson JP, Bourgeois JA. Paranoid delusions and cognitive impairment suggesting Fahr's disease. *Psychosomatics* 2005;46:569-72.
31. Curran C, Byrappa N, McBride A. Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2004;185:196-204.
32. Post RM. Cocaine psychoses: a continuum model. *Am J Psychiatry* 1975;132:225-31.
33. Thirthalli J, Benegal V. Psychosis among substance users. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:239-45.
34. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003;33:15-21.
35. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction* 2005;100:354-66.
36. Erard R, Luisada PV, Peele R. The PCP psychosis: prolonged-intoxication or drug-precipitated functional illness? *J Psychedelic Drugs* 1980;12:235-51.
37. Jansen KL. A review of the nonmedical use of ketamine: use, users and consequences. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32: 419-33.
38. Hambrecht M, Häfner H. Do alcohol or drug abuse induce schizophrenia? *Nervenarzt* 1996;67:36-45.
39. Dalmau A, Bergman B, Brismar B. Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *Eur Psychiatry* 1999;14:366-71.
40. Cami J, Farré M, Mas M et al. Human pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"): psychomotor performance and subjective effects. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:455-66.
41. Cole JC, Sumnall HR. Altered states: the clinical effects of Ecstasy. *Pharmacol Ther* 2003;98:35-58.
42. Kahan VL. Paranoid states occurring in leaded-petrol handlers. *J Ment Sci* 1950;96:1043-7.
43. Schenk VW, Stolk PJ. Psychosis following arsenic (possibly thallium) poisoning. A clinical-neuropathological report. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1967;70:31-7.
44. Dubovsky AN, Arvikar S, Stern TA et al. The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited. *Psychosomatics* 2012;53:103-15.
45. Feinberg M. The problems of anticholinergic adverse effects in older patients. *Drugs Aging* 1993;3:335-48.
46. Peters NL. Snipping the thread of life. Antimuscarinic side effects of medications in the elderly. *Arch Intern Med* 1989;149:2414-20.
47. Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992;267:827-31.
48. Marcantonio ER, Juarez G, Goldman L et al. The relationship of postoperative delirium with psychoactive medications. *JAMA* 1994;272:1518-22.
49. Schrestha S, Alao A. Isoniazid-induced psychosis. *Psychosomatics* 2009;50:640-1.
50. Tran TM, Browning J, Dell ML. Psychosis with paranoid delusions after a therapeutic dose of mefloquine: a case report. *Malar J* 2006;5:74.
51. Alisky JM, Chertkova EL, Iczkowski KA. Drug interactions and pharmacogenetic reactions are the basis for chloroquine and mefloquine-induced psychosis. *Med Hypotheses* 2006;67:1090-4.
52. Gustafson Y, Berggren D, Brännström B et al. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:525-30.
53. Meador KJ. Cognitive side effects of antiepileptic drugs. *Can J Neurol Sci* 1994;21:S12-6.
54. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 1996;275:852-7.
55. Bowen JD, Larson EB. Drug-induced cognitive impairment. Defining the problem and finding solutions. *Drugs Aging* 1993;3:349-57.
56. Martin NJ, Stones MJ, Young JE et al. Development of delirium: a prospective cohort study in a community hospital. *Int Psychogeriatr* 2000;12:117-27.
57. Snavely S. The neurotoxicity of antibacterial agents. *Ann Intern Med* 1984;101:92-104.
58. Almeida OP, Xiao J. Mortality associated with incident mental health disorders after stroke. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:274-81.
59. Kumral E, Oztürk O. Delusional state following acute stroke. *Neurology* 2004;62:110-3.
60. Nagaratnam N, O'Neile L. Delusional parasitosis following occipito-temporal cerebral infarction. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:129-32.
61. Beniczky S, Kéri S, Vörös E et al. Complex hallucinations following occipital lobe damage. *Eur J Neurol* 2002;9: 175-6.
62. Nye E, Arendts G. Intracerebral haemorrhage presenting as olfactory hallucinations. *Emerg Med* 2002;14:447-9.
63. Starkstein S, Robinson R. Post-stroke hallucinatory delusional syndromes. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1992;5:114-8.
64. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000;157:708-14.
65. Sachdev PS, Keshavan MS. Secondary schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
66. Waggoner RW, Bagchi BK. Initial masking of organic brain changes by psychic symptoms: clinical and electroencephalographic studies. *Am J Psychiatry* 1954;110:904-10.
67. Klotz M. Incidence of brain tumors in patients hospitalized for chronic mental disorders. *Psychiatr Q* 1957;31:669-80.
68. Larson C. Intracranial tumors in mental hospital patients a statistical study. *Am J Psychiatry* 1940;97:49-58.
69. Mulder DW, Daly D. Psychiatric symptoms associated with lesions of temporal lobe. *JAMA* 1952;150:173-6.
70. Selecki BR. Intracranial space-occupying lesions among patients admitted to mental hospitals. *Med J Aust* 1965;1:383-90.
71. Malamud N. Psychiatric disorder with intracranial tumors of limbic system. *Arch Neurol* 1967;17:113-23.
72. Galasko D, Kwo-On-Yuen PF, Thal L. Intracranial mass lesions associated with late-onset psychosis and depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11:151-66.
73. Edwards-Lee T. Focal lesions and psychosis. In: Bogoslavsky J, Cummings JL (eds). *Behavior and mood disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000:419-36.
74. Davison K, Bagley CR. Schizophrenia-like psychoses associated with organic disorder of the central nervous system: a review of the literature. In: Herrington RN (ed). *Current problems in neuropsychiatry*. Ashford: Headley Brothers, 1969:1-45.
75. Hollister LE, Boutros N. Clinical use of CT and MR scans in psychiatric patients. *J Psychiatry Neurosci* 1991;16:194-8.
76. Benes F. Why does psychosis develop during adolescence and early adulthood? *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:317-9.
77. Feinberg I. Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *J Psychiatr Res* 1982; 17:319-34.
78. Benes FM. Myelination of cortical-hippocampal relays during late adolescence. *Schizophr Bull* 1989;15:585-93.
79. Weinberger DR, Lipska BK. Cortical maldevelopment, antipsychotic drugs, and schizophrenia: a search for common ground. *Schizophr Res* 1995;16:87-110.
80. Mizukami K, Sasaki M, Suzuki T et al. Central nervous system changes in mitochondrial encephalomyopathy: light and electron microscopic study. *Acta Neuropathol* 1992;83:449-52.
81. Suzuki T, Koizumi J, Shiraishi H et al. Psychiatric disturbance in mitochondrial encephalomyopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989;52:920-2.
82. Amemiya S, Hamamoto M, Goto Y et al. Psychosis and progressing dementia: presenting features of a mitochondrialopathy. *Neurology* 2000;55:600-1.
83. Huang CC, Chu NS. Wilson's disease: clinical analysis of 71 cases and comparison with previous Chinese series. *J Formos Med Assoc* 1992;91:502-7.

84. Rathbun J. Neuropsychological aspects of Wilson's disease. *Int J Neurosci* 1996;85:221-9.
85. Wilson S. Progressive lenticular degeneration. *BMJ* 1912; 2:1645-4.
86. Lindenbaum J, Healton EB, Savage DG et al. Neuropsychiatric disorders caused by cobalamin deficiency in the absence of anemia or macrocytosis. *N Engl J Med* 1988;318:1720-8.
87. Hutto BR. Folate and cobalamin in psychiatric illness. *Compr Psychiatry* 1997;38:305-14.
88. Evans DL, Edelson GA, Golden RN. Organic psychosis without anemia or spinal cord symptoms in patients with vitamin B12 deficiency. *Am J Psychiatry* 1983;140:218-21.
89. Masalha R, Chudakov B, Muhamad M et al. Cobalamin-responsive psychosis as the sole manifestation of vitamin B12 deficiency. *Isr Med Assoc J* 2001;3:701-3.
90. Payinda G, Hansen T. Vitamin B(12) deficiency manifested as psychosis without anemia. *Am J Psychiatry* 2000;157:660-1.
91. Levitt AJ, Joffe RT. Vitamin B12 in psychotic depression. *Br J Psychiatry* 1988;153:266-7.
92. Godfrey PS, Toone BK, Carney M et al. Enhancement of recovery from psychiatric illness by methylfolate. *Lancet* 1990;336:392-5.
93. Prakash R, Gandotra S, Singh LK et al. Rapid resolution of delusional parasitosis in pellagra with niacin augmentation therapy. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:581-4.
94. Rudin DO. The major psychoses and neuroses as omega-3 essential fatty acid deficiency syndrome: substrate pellagra. *Biol Psychiatry* 1981;16:837-50.
95. Hare EH. The origin and spread of dementia paralytica. *J Ment Sci* 1959;105:594-626.
96. Sobhan T, Rowe HM, Ryan WG et al. Unusual case report: three cases of psychiatric manifestations of neurosyphilis. *Psychiatr Serv* 2004;55:830-2.
97. Klaus MV, Amarante L, Beam TR. Routine screening for syphilis is justified in patients admitted to psychiatric, alcohol, and drug rehabilitation wards of the Veterans Administration Medical Center. *Arch Dermatol* 1989;125:1644-6.
98. Hutto B. Syphilis in clinical psychiatry: a review. *Psychosomatics* 2001;42:453-60.
99. Taycan O, Ugur M, Ozmen M. Quetiapine vs. risperidone in treating psychosis in neurosyphilis: a case report. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:359-61.
100. Güler E, Leyhe T. A late form of neurosyphilis manifesting with psychotic symptoms in old age and good response to ceftriaxone therapy. *Int Psychogeriatr* 2011;23:666-9.
101. Sewell DD. Schizophrenia and HIV. *Schizophr Bull* 1996; 22:465-73.
102. Dolder CR, Patterson TL, Jeste DV. HIV, psychosis and aging: past, present and future. *AIDS* 2004;18 (Suppl. 1):S35-42.
103. Harris MJ, Jeste DV, Gleghorn A et al. New-onset psychosis in HIV-infected patients. *J Clin Psychiatry* 1991;52:369-76.
104. Shedlack KJ, Soldato-Couture C, Swanson CL. Rapidly progressive tardive dyskinesia in AIDS. *Biol Psychiatry* 1994;35:147-8.
105. Yolken RH, Dickerson FB, Fuller Torrey E. Toxoplasma and schizophrenia. *Parasite Immunol* 2009;31:706-15.
106. Torrey EF, Yolken RH. Schizophrenia and toxoplasmosis. *Schizophr Bull* 2007;33:727-8.
107. Kramer W. Frontiers of neurological diagnosis in acquired toxoplasmosis. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1966;69:43-64.
108. Freytag HW, Haas H. Psychiatric aspects of acquired toxoplasmosis. A case report. *Nervenarzt* 1979;50:128-31.
109. Brown AS. Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism. *Dev Neurobiol* (in press).
110. Brown AS, Begg MD, Gravenstein S et al. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:774-80.
111. Mortensen PB, Nørgaard-Pedersen B, Waltoft BL et al. Toxoplasma gondii as a risk factor for early-onset schizophrenia: analysis of filter paper blood samples obtained at birth. *Biol Psychiatry* 2007;61:688-93.
112. Babulas V, Factor-Litvak P, Goetz R et al. Prenatal exposure to maternal genital and reproductive infections and adult schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:927-9.
113. Brown AS, Cohen P, Harkavy-Friedman J et al. Prenatal rubella, premorbid abnormalities, and adult schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;49:473-86.
114. Patten SB, Svenson LW, Metz LM. Psychotic disorders in MS: population-based evidence of an association. *Neurology* 2005; 65:1123-5.
115. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can J Psychiatry* 2004;49:157-63.
116. Feinstein A, Boulay du G, Ron MA. Psychotic illness in multiple sclerosis. A clinical and magnetic resonance imaging study. *Br J Psychiatry* 1992;161:680-5.
117. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005;162:2022-30.
118. Paulsen JS, Ready RE, Stout JC et al. Neurobehaviors and psychotic symptoms in Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc* 2000;6:815-20.
119. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:29-34.
120. Rapoport MJ, van Reekum R, Freedman M et al. Relationship of psychosis to aggression, apathy and function in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:123-30.
121. Gustafson L, Brun A, Passant U. Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type. *Baillieres Clin Neurol* 1992;1:559-82.
122. Edwards-Lee T, Miller BL, Benson DF et al. The temporal variant of frontotemporal dementia. *Brain* 1997;120 (Pt 6):1027-40.
123. Logsdail SJ, Toone BK. Post-ictal psychoses. A clinical and phenomenological description. *Br J Psychiatry* 1988;152: 246-52.
124. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P et al. Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol* 1996;53:258-63.
125. Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy. *Br J Psychiatry* 1963;109:95-150.
126. Qin P, Xu H, Laursen TM et al. Risk for schizophrenia and schizophrenia-like psychosis among patients with epilepsy: population based cohort study. *BMJ* 2005; 331:23.
127. Standage KF, Fenton GW. Psychiatric symptom profiles of patients with epilepsy: a controlled investigation. *Psychol Med* 1975;5:152-60.
128. Katsigiannopoulos K, Georgiadou E, Pazarlis P et al. Psychotic disorder as a manifestation of Graves' disease. *Psychosomatics* 2010;51:449-50.
129. Chen T-S, Wen M-J, Hung Y-J et al. A rare storm in a psychiatric ward: thyroid storm. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:210.e1-4.
130. Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW et al. Psychoses associated with thyrotoxicosis — "thyrotoxic psychosis". A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol* 2000;142:438-44.
131. Rizvi AA. "Thyrotoxic psychosis" associated with subacute thyroiditis. *South Med J* 2007;100:837-40.
132. Kobayashi N, Tajiri J, Takano M. Transient psychosis due to painless thyroiditis in a patient with anxiety disorder: a case report. *J Med Case Reports* 2011;5:534.
133. Sathya A, Radhika R, Mahadevan S et al. Mania as a presentation of primary hypothyroidism. *Singapore Med J* 2009;50:65-7.
134. Tor PC, Lee HY, Fones CSL. Late-onset mania with psychosis associated with hypothyroidism in an elderly Chinese lady. *Singapore Med J* 2007;48:354-7.
135. Hall R. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosomatics* 1983;24:7-11.
136. Heinrich TW, Graham G. Hypothyroidism presenting as psychosis: myxedema madness revisited. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5:260-6.

137. Irwin R, Ellis PM, Delahunt J. Psychosis following acute alteration of thyroid status. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:762-4.
138. Schofield A, Bracken P. Thyroid-induced psychosis in myxoedema. *Ir Med J* 1983;76:495-6.
139. Papa A, Bononi F, Sciubba S et al. Primary hyperparathyroidism: acute paranoid psychosis. *Am J Emerg Med* 2003;21:250-1.
140. Watson LC, Marx CE. New onset of neuropsychiatric symptoms in the elderly: possible primary hyperparathyroidism. *Psychosomatics* 2002;43:413-7.
141. Velasco PJ, Manshadi M, Breen K et al. Psychiatric aspects of parathyroid disease. *Psychosomatics* 1999;40:486-90.
142. Denko JD, Kaelbling R. The psychiatric aspects of hypoparathyroidism. *Acta Psychiatr Scand* 1962;38 (Suppl. 164):1-70.
143. Ang AW, Ko SM, Tan CH. Calcium, magnesium, and psychotic symptoms in a girl with idiopathic hypoparathyroidism. *Psychosom Med* 1995;57:299-302.
144. Lisanby S, Kohler C, Swanson C. Psychosis secondary to brain tumor. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1998;3:12-22.
145. Illes J, Kirschen M, Edwards E et al. Incidental findings in brain imaging research: what should happen when a researcher sees a potential health problem in a brain scan from a research subject? *Science* 2006;311:783-84.
146. Lawrie SM, Abukmeil SS, Chiswick A et al. Qualitative cerebral morphology in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study and systematic literature review. *Schizophr Res* 1997; 24;25:155-66.
147. Keshavan MS, DeLisi LE, Seidman LJ. Early and broadly defined psychosis risk mental states. *Schizophr Res* 2011;126:1-10.
148. Shenton ME, Whitford TJ, Kubicki M. Structural neuroimaging in schizophrenia: from methods to insights to treatments. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12:317-32.
149. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN et al. Schizophrenia, "just the facts": what we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophr Res* 2008;106:89-107.
150. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts": what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.
151. Trimble M. The psychoses of epilepsy. New York: Raven, 1991.
152. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999;40 (Suppl. 10):S2-20.
153. Ando N, Morimoto K, Watanabe T et al. Enhancement of central dopaminergic activity in the kainate model of temporal lobe epilepsy: implication for the mechanism of epileptic psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29:1251-8.
154. Shashi V, Keshavan MS, Howard TD et al. Cognitive correlates of a functional COMT polymorphism in children with 22q11.2 deletion syndrome. *Clin Genet* 2006;69:234-8.
155. Shashi V, Kwapil TR, Kaczorowski J et al. Evidence of gray matter reduction and dysfunction in chromosome 22q11.2 deletion syndrome. *Psychiatry Res* 2010;181:1-8.
156. Kates WR, Antshel KM, Faraone SV et al. Neuroanatomic predictors to prodromal psychosis in velocardiofacial syndrome (22q11.2 deletion syndrome): a longitudinal study. *Biol Psychiatry* 2011;69:945-52.
157. Olney JW, Farber NB. Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:998-1007.
158. Moghaddam B. Bringing order to the glutamate chaos in schizophrenia. *Neuron* 2003;40:881-4.
159. Harrison PJ, Law AJ, Eastwood SL. Glutamate receptors and transporters in the hippocampus in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1003:94-101.
160. González-Burgos G, Hashimoto T, Lewis DA. Alterations of cortical GABA neurons and network oscillations in schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:335-44.
161. Potvin S, Stip E, Sepehry AA et al. Inflammatory cytokine alterations in schizophrenia: a systematic quantitative review. *Biol Psychiatry* 2008;63:801-8.
162. Dalmau J, Tüzün E, Wu H-Y et al. Paraneoplastic anti N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007;61:25-36.
163. Dalmau J, Rosenfeld MR. Paraneoplastic syndromes of the CNS. *Lancet Neurol* 2008;7:327-40.

DOI 10.1002/wps.20001

# Дело Брейвика и уроки, которые могут извлечь из него психиатры

Ingrid Melle

K.G. Jepsen Centre for Psychosis Research, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo and Oslo University Hospital, Nydalen, 0424 Oslo, Norway (Норвегия)

Перевод: Медведев В.Э.  
Редактура: Бакунина Н.С.

*Днем 22 Июля 2011 года норвежец Андерс Беринг Брейвик в двух терактах убил 77 человек, большинство из которых были детьми и подростками. 24 августа 2012 года он был приговорен к 21 году тюремного заключения. Брейвик прошел через две судебно-психиатрические экспертизы: заключение первой свидетельствовало о наличии у него психического расстройства, освобождая его, таким образом, от юридической ответственности, тогда как вторая экспертиза выявила у него лишь расстройство личности, привлекая его к юридической ответственности за содеянное. В этой статье изложено описание истории жизни Брейвика и его преступлений. Также здесь представлен обзор двух судебно-психиатрических экспертиз, методы их проведения, содержание и возникшие разногласия в ходе экспертиз, рассматриваются, как эти вопросы решались судом при вынесении приговора. И, наконец, в статье пойдет речь о некоторых уроках, которые могут быть извлечены психиатрами из этого случая.*

**Ключевые слова:** дело Брейвика, судебная психиатрия, психиатрический диагноз, психиатрия и СМИ.

*(World Psychiatry 2013;12:16–21)*

22 июля 2011 года в Осло был тихий, серый и влажный день. В эту пятницу в середине норвежских летних отпусков как обычно все офисы закрылись рано, и местные жители покинули город, оставив его туристам. В 15:25 Андерс Беринг Брейвик взорвал изготовленную из удобрения и размещенную в припаркованном в центре правительственного квартала автомобиле 950 килограммовую бомбу, убив восемь человек и девять серьезно ранив. В это время только около 200 человек из обычных 1900 все еще оставались на работе, но небольшое количество пострадавших, чем изначально опасались было лишь временным утешением. Однако, спустя два часа, «посыпались» сообщения о выстрелах в летнем лагере молодежной организации норвежской рабочей партии. Переодевшись в офицера полиции Брейвик приплыл на пароме прямо с места взрыва на небольшой остров Утойя. Практически сразу он начал стрелять по 600 людям, оказавшимся в ловушке на острове и убил 69 человек. 59 из них родились не позже 1990 года. Использование экспансивных пуль привело к тяжелым, обезображивающим ранениям. Выжившие рассказали, что он возвращался к предыдущим жертвам, стреляя в них повторно, и несколько раз убеждал спрятавшихся выйти из укрытия, говоря им, что он полицейский. Также выжившие сообщили, что он время от времени смеялся и кричал во время стрельбы.

Спустя 50 минут Брейвик позвонил в полицию и сказал: «Здравствуйте, меня зовут Командор Андерс Беринг Брейвик из норвежского антикоммунистического движения сопротивления. Я нахожусь на острове Утойя. Я хочу сдаться». Столкнувшись с последовавшими стандартными вопросами о том, откуда он звонит, он прервал связь и вернулся к стрельбе. Спустя двадцать минут он сдался с поднятыми руками вооруженному отряду полиции. В своем первом допросе на Утойе Брейвик вновь представился как командор Ордена Тамплиеров Норвегии. По его утверждению, эта организация на 2008 год насчитывала от 15 до 80 «рыцарей» по всей Европе, а сам он возглавлял норвежский орден. Кроме того, он рассказал полиции, что его действия в тот день были «частью плана В», и «несчастье

произошедшего было в том, что люди на острове были предателями категории С». Согласно представлениям организации существовало три категории предателей: А, В, С. Он «имел право на убийство предателей категории А и В, но не категории С».

## Предьстория

Брейвик родился в Осло в 1979 году. У обоих родителей были дети от предыдущих браков. Они поженились незадолго до его рождения и уехали за границу, где его отец работал в норвежском иностранном ведомстве. Родители развелись в 1980 году, и он рос с матерью и сводной сестрой в Осло. По решению суда он мог видеться с отцом по выходным. Его мать дважды обращалась за помощью в службу по защите детей, потому что она считала его трудным ребенком. В 1983 году Брейвик был обследован в детской психиатрической службе. Ситуацию, в которой воспитывался Брейвик расценили настолько сложной, что из-за высокой вероятности развития более серьезной психопатологии рекомендовали патронатное воспитание. Тем не менее, служба по защите детей решила иначе, и после короткого периода наблюдения в 1984 году они закрыли дело.

Брейвик пошел в школу в богатом районе, где он общался со сверстниками, которые позже описывали его как немного застенчивого, но общительного и послушного ребенка. В подростковом возрасте он был обеспокоен своей внешностью, часто занимался в спорт-зале, использовал анаболические стероидные препараты и в возрасте около 20 лет сделал себе операцию по пластике носа. Хотя Андрес был хорошо интеллектуально развит, он выбыл из средней школы до выпускных экзаменов. Несколько раз он пытался начать свое дело, в том числе продавать поддельные дипломы через интернет. В этот период Брейвик позиционировал себя как успешного бизнесмена, утверждая, что он заработал миллионы, тогда как по оценкам полиции он получил 4,5 миллиона норвежских крон (около 600 000 Евро) за фальшивые дипломы и игру на фондовой бирже.

В 2006 году он был объявлен банкротом и вернулся жить к своей матери. Его друзья заметили изменения в его поведении с этого времени. Он становился все более замкнутым, используя большую часть своего времени для онлайн игры World of Warcraft, прекратил общаться с друзьями, которые опасались, что он страдает от игровой зависимости. В 2009 году он основал сельскохозяйственную компанию и весной 2011 года арендовал ферму в окрестностях Осло, что позволило ему, не привлекая внимания купить большое количество удобрений. Эта информация отличается от предоставленной Брейвиком в документе, размещенном им в интернете 22 июля 2011 года под названием Манифест. По общему мнению большая часть этого 1500 страничного текста состоит из вырезанных фрагментов, заимствованных из таких источников как экстремистские и праворадикальные группировки, а также Карла Маркса, Тони Блэра, Осамы бен Ладана, Джорджа Буша. В дополнение к изложению его крайних взглядов на мультикультурные общества, ислам и марксизм, Брейвик представил здесь отредактированную версию собственного развития. Однако, по другим данным есть большие сомнения по поводу правдивости приведенных им данных. Сомнения касаются самого существования организации Рыцарей Тамплиеров, которая по неоднократным заявлениям Брейвика являлась инициатором его атаки. Другие правоцентристские группировки, якобы причастные к этому инциденту, отрицают любую информацию на этот счет. Также расследование норвежских и других сил полиции не обнаружило никаких признаков существования этой организации.

### Психиатрическая экспертиза Брейвика

Текущий уголовный кодекс Норвегии предусматривает максимальное наказание в виде 21 года лишения свободы, без увеличения срока заключения в случае если пострадало несколько жертв. В особо тяжких случаях преступник может быть приговорен к дополнительному сроку содержания под стражей. Преступник признанный «не несущим юридической ответственности» приговаривается к принудительному лечению. Суд обязан определить несет ли обвиняемый юридическую ответственность и назначить, как правило, две экспертизы, чтобы дать психиатрическую оценку его действий. Соответствие результатов установленным требованиям экспертизы оценивается норвежским советом по судебной медицине, который в свою очередь является частью норвежского ведомства по гражданским делам. Результаты экспертизы представляются суду, который принимает решение следовать совету экспертов или нет. До этого момента доклад не подлежит разглашению в соответствии с Уголовно-процессуальным кодексом, и несоблюдение этого требования влечет за собой наказание. Законодательные нормы опираются на правовые традиции, начинающиеся с принятия в 1274 году первого норвежского единого национального кодекса законов, согласно которому преступники с тяжелыми психическими расстройствами не несли юридической ответственности за свои действия и не должны были подвергаться наказанию. Согласно текущему определению невменяемости, принятому в 1929 году и последний раз пересмотренному в 2002 году, человек не несет уголовной ответственности в случаях, если в момент совершения преступления он находился в психотическом, бессознательном состоянии или в состоянии тяжелой умственной отсталости. «Психотическое» здесь определяется просто как «состояние отвечающее критериям текущих диагностических руководств». Таким образом, норвежское законодательство не соответствует строгим правилам МакНайтена (McNaghtenrules), применяемым во многих других странах. В соответствии с этим правилом

человек признается не несущим юридической ответственности в случае имеющегося «расстройства психики, не позволяющего осознать природу и суть совершаемого им действия; или если он осознавал что делает, но не осознавал, что это неправильно» (2).

Первая пара назначенных судом психиатров провела с Брейвиком 13 интервью общей продолжительностью 36 часов, помимо просмотра и прослушивания всех полицейских допросов и интервью с его матерью. Они объединили неструктурированный опрос и структурированные диагностические интервью, включая MINI – Международное Нейропсихиатрическое интервью, структурированное клиническое интервью для DSM-IV Оси I расстройств (SCID-I) и шкалу оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS). Первое интервью состоялось 10 августа, в то время когда Брейвик был в полной изоляции. Сначала психиатров просили проводить интервью через стеклянную перегородку из соображений безопасности, но отказались от этой идеи. Соблюдение мер предосторожности при беседе с Брейвиком лицом к лицу отнимало слишком много времени, поэтому оба психиатра присутствовали в течение интервью, даже если рекомендовался индивидуальный опрос.

29 ноября 2011 года психиатры сообщили суду, что Брейвик находился в психотическом состоянии при планировании и осуществлении своих действий, а также в момент проведения экспертизы. Как позже было объяснено в ходе судебного разбирательства этот вывод был основан на ключевых особенностях мышления Брейвика. При опросе он сказал им, что он «прежде всего идеологический лидер организации Рыцарей Тамплиеров, с полномочиями, являющимися одновременно и военным приказом, олицетворять одновременно мученика организации, военный трибунал, судью, присяжных и палача». Он думал, что является пионером в Европейской гражданской войне и сравнивал свою ситуацию с российским царем Николаем и испанской королевой Изабеллой. Он считал, что скорее всего может стать новым регентом в Норвегии после государственного переворота. Он сказал, что решил кто должен жить и кто должен умереть в Норвегии. Эта ответственность воспринималась им как реальная, в то же время являлась тяжелым бременем. Он полагал, что значительная часть населения Норвегии (несколько сотен тысяч) поддержали его дела. Если бы он стал новым регентом, то взял бы имя Сигурд Второй Крестоносец (Сигурд Крестоносец – норвежский средневековый король, который вернул земли Португалии из-под мусульманского владычества). Он утверждал, что выделил 5 миллионов норвежских крон на борьбу. Считал, что на него будет возложена ответственность за депортацию нескольких сотен тысяч мусульман в Северную Африку. Полагал, что в Норвегии проводятся регулярные этнические чистки и опасался за свою жизнь. Он думал, что события, частью которых являлся могут привести к третьей атомной мировой войне. Он разрабатывал идеи по улучшению этнического генофонда Норвегии, исчезновению болезней, снижению процента разводов. Он обдумывал организацию резерваций для коренных норвежцев, тестах ДНК и заводах для массового производства детей. Он полагал, что дом Гласбургов (действующий норвежский королевский дом) будет свержен посредством революции в 2020 году. В качестве альтернативы выбору нового регента, который возглавит Рыцарей Тамплиеров, можно было сделать анализ ДНК останков Короля Олава Святого (Короля викингов, кто ввел христианство в Норвегии), чтобы затем выбрать одного человека с наиболее похожим генетическим кодом и сделать его королем.

Психиатры расценили это как грандиозный бред с вычурными и параноидными особенностями, которые выходят далеко за рамки теорий заговора об исламист-

ском захвате Европы. Таким образом, они расценили его состояние как психотическое не потому, что ошибочно истолковали его экстремизм, расизм и праворадикальные взгляды как бредовые, а потому, что полагали, он имел грандиозные бредовые идеи относительно его собственной роли в этой экстремистской вселенной. Хотя его политические взгляды, к сожалению, разделяют и другие, он находился в одиночестве в своем мнении относительно собственной особой роли в упомянутой организации Рыцарей Тамплиеров, или даже во мнении о самом существовании этой организации. Кроме того, Брейвик заявил, о наличии у себя исключительных способностей, например, знания о том, что другие люди, включая его интервьюеров, думают, не до конца объясняя им как ему это удастся.

Оба психиатра восприняли его лексику как высокопарную и техническую, он использовал общие слова в новых контекстах, смешивая с необычными словами, которые принадлежали ему самому, что расценивалось как неологизмы. В остальном не было выявлено признаков грубо нарушенной речи и поведения. Обычно он демонстрировал сдержанность, но иногда выявлялся неадекватный аффект, говоря о своих убийствах, которые он называл «казнь предателей». Он оживлялся когда говорил о своей яростной стрельбе и о своем манифесте. Психиатры расценивали это, как пример эмоционального уплощения с периодами инконгруэнтного аффекта. Никаких внешних признаков депрессии, мании, слуховых галлюцинаций или идей отношения, явлений воздействия или идей, что мысли кем-то вложены выявлено не было. Он принимал анаболические стероидные препараты в течение нескольких периодов вплоть до 22 июля в сочетании с большими дозами эфедрина, кофеина и аспирина. Образцы крови, взятые у него при аресте, выявили все эти вещества в количествах, которые, могли скорее привести к экстазациии, нежели напрямую вызвать психические симптомы. На основании симптоматики Брейвика, в частности, наличия вычурного грандиозного бреда, психиатры заключили, что он страдает параноидной формой шизофрении.

Тем не менее, они должны были ждать более 6 месяцев прежде, чем смогли обосновать свои выводы. Между тем, мнение, что Брейвик не может нести юридическую ответственность за свои действия привело к широкому общественному резонансу (3). Часть людей была недовольна, потому что они чувствовали себя обманутыми из-за такого наказания и беспокоились, что он может получить свободу слишком рано. Многие столкнулись с трудностями понимания концепции, — освобождения от юридической ответственности — задаваясь вопросом, как он мог быть «не виновен»? Благодаря утечке информации от одного из сотрудников, оказывающих помощь жертвам, вскоре общи положения доклада стали доступны на сайтах норвежских газет. что вызвало новую волну обсуждений. Хотя некоторые психиатры видели конфиденциальный доклад и старались его не комментировать до расследования, другие стали анализировать и критиковать выдержки из заключения. Специалисты отмечали, что диагноз шизофрении может быть опровергнут на основе отсутствия патогномических симптомов, в данном случае отсутствия шнайдеровских симптомов шизофрении первого ранга, бреда или слуховых галлюцинаций. Отсутствие у Брейвика выраженных нарушений поведения и его хорошая способность к планированию также были расценены в качестве контраргументов для диагностики шизофрении. (4)

Дискуссия этого случая была связана с широким освещением в СМИ, с многократными просьбами крупных газет и политиков, включая главу парламентского комитета по вопросам правосудия о повторной экспертизе. Не утихал спор вокруг официального отчета

норвежского совета по судебной медицине. Напротив, появился шквал теорий заговора от заявлений о коллегияльном «укрывательстве», до прямых обвинений норвежских властей в заинтересованности сохранения тайны относительно существования в стране правых экстремистов. Тогда как адвокат Брейвика первоначально заявил, что выводы первой экспертизы его не удивляют, самый непреклонный протест пришел от самого Брейвика. Он не хотел «безумия защиты» и не собирался уклоняться от ответственности или избегать судебного разбирательства. Напротив, совершенное им массовой убийство было сделано с явным намерением добиться широкого освещения в СМИ. Подготовка к судебному процессу ознаменовалась для него усилиями быть объявленным вменяемым, заявив, что он предпочитает смертную казнь принудительному лечению.

В январе 2012 года районный суд Осло назначил вторую пару психиатров для повторной экспертизы. Экспертиза была проведена в конце февраля начале марта, т.е. через 6 месяцев после первой. К этому моменту Брейвика еженедельно консультировала тюремная бригада психиатров. Он больше не был в изоляции и имел доступ к отчету первой психиатрической экспертизы и подробностям его обсуждения. Основная часть новой экспертизы была основана на тех же методах, что и предыдущая, за исключением отдельных бесед с Брейвиком каждого психиатра. Стационарное наблюдение было проведено в тюрьме квалифицированным психиатрическим персоналом.

Как и в первый раз ни психиатры, ни наблюдавший его персонал не заметили каких-либо признаков грубых нарушений поведения или объективных признаков слуховых галлюцинаций. Они также согласились с мнением первой пары психиатров, что перед ними был человек с патологическими идеями грандиозности собственной личности. Основным отличием было то, что Брейвик на этот раз уменьшил важность Рыцарей Тамплиеров, описав себя как «пехотинца», выполняющего свой долг и отметил, что ранее им была преувеличена его собственная роль. Психиатры заявили, что у него «идеи повышенной самооценки, силы и знания, которые могут напоминать, таковые в случае бредового расстройств». «Не в последнюю очередь появляются своеобразные идеи, касающиеся Рыцарей Тамплиеров. Он, однако, рационализировал их и представил как собственные сознательные мысли». Что касается негативных симптомов, то они сосредоточены на его социальной отгороженности, что интерпретировалось как естественное следствие подготовки террористического акта. Вопрос относительно степени равнодушия Брейвика к своим жертвам, а иногда и парадоксальность аффекта, которые могут свидетельствовать об аффективных нарушениях не обсуждался. Исходя из этого, психиатры заключили, что симптомы Брейвика обусловлены тяжелым нарциссическими расстройством личности в сочетании с патологическим фантазированием (патологическая ложь) (6), и что он не находился в психотическом состоянии ни во время проведения экспертиз, ни во время совершения преступления, делая его, таким образом, юридически ответственным за свои действия.

Таким образом, основная разница между этими двумя экспертизами в том, что спустя 9 месяцев после терактов, Брейвик получил больше альтернативных объяснений, относительно его собственной роли в произошедшем, что привело к трактовке его грандиозных утверждений, как менее выраженных нарушений.

### Судебное разбирательство и приговор.

Судебное разбирательство проходило с 16 апреля по 22 июня 2012 года в районном суде Осло. Многие телеканалы и газеты использовали «комментарии экспер-

тов», уделяя особое внимание психическому состоянию Брейвика в течении процесса, пытаясь иногда поставить диагноз на основании его поведения в суде. В дополнение к назначенным судом психиатрам, командой защиты Брейвика или в координационными советами по освидетельствованию жертв были призваны другие психиатры и психологи. Это был тюремный психиатр Брейвика и еще несколько наиболее активных в СМИ критиков первой экспертизы. Процесс закончился обвинительным заключением, рекомендуя ограничиться психиатрической помощью и доводами защиты, согласно которым Брейвика следует считать вменяемым, но он должен быть оправдан, т.к. его действия носили характер самообороны.

Вердикт был вынесен 24 августа и, что необычно для первого судебного разбирательства, не был обжалован. Суд признал Брейвика вменяемым и приговорил его к 21 году содержания под стражей с минимальным сроком в 10 лет.

За основу приговора суд взял материалы второй психиатрической экспертизы, а также оценки других профессионалов в области психического здоровья, включая свидетелей, которых вызывал сам Брейвик. Решение суда начинает обсуждаться в контексте возможных диагнозов Брейвика. Дискуссия сфокусировалась на поставленном первой группой психиатров диагнозе шизофрении на основании наличия вычурных бредовых идей. Здесь суд руководствовался определением МКБ-10 («стойкий бред других видов, который является необоснованным культуральными особенностями и совершенно невероятным, например, возможность контролировать погоду, или связываться с пришельцами из других миров»), и ссылался на конкретные характеристики вычурности полученные от второй пары психиатров («бред включающий явления, лежащие за гранью естественных наук»). Таким образом, они приходят к выводу, что абсурдно-грандиозные идеи Брейвика не являются вычурными и по заявлению экспертов в области право-радикальной идеологии, с которыми должны были проводиться консультации до принятия решения, его представления о величии были культурно неправдоподобными. Суд следует за серией разумных альтернативных объяснений, высказываний и поступков Брейвика. Его заявление, что он знал о чем другие люди могли думать, скорее всего, основано на его личном опыте, полученном в качестве продавца по телефону; его социальная отгороженность и подозрительность может быть следствием его террористических планов; его странный выбор слов может быть объяснен увлечением военными онлайн играми или право-радикальными культурными предположениями. Решение суда принимает во внимание эмоциональную уплощенность Брейвика, но утверждает, что его аффективные вспышки такие как плач в суде над его собственным пропагандистским фильмом, свидетельствует против аффективных нарушений, пренебрегая клиническим знанием, что уплощенный и неадекватный аффект не являются взаимоисключающими. Таким образом, суд приходит к выводу, что Брейвик не отвечает критериям для шизофрении (МКБ-10), по-видимому не подзрвая, что он по-прежнему подходит под критерии DSM-IV.

На следующем этапе обсуждения бредового расстройства, суд руководствовался результатами второй экспертизы, которая установила, что способность Брейвика к рассуждению, точному формулированию и коррекции собственных высказываний, в сочетании со способностью держать свои планы в секрете, свидетельствует против бредового расстройства. По мнению суда основанием для этого, является то, что человек с идеями психотического характера будет воспринимать происходящее как сильную несправедливость и не сможет поддерживать контроль над собой в течение

интервью. Также, маловероятно, что человек с психотическими нарушениями способен к диссимуляции. Суд находит подтверждение своих выводов о том, что Брейвик не находится в состоянии психоза в докладах его лечащего психиатра и советника по психиатрии начальника тюрьмы, которые оба наблюдали его и оценивали его состояние как проявление расстройства личности с довольно своеобразными грандиозными убеждениями, объясняя их проявления примитивными защитными механизмами. Суд особенно подчеркивает трехнедельный период наблюдения персоналом больницы, в течении которого Брейвика привлекали к незначительным диалогам, приготовлению пищи или игре в собирание пазлов. Однако, наблюдатели никогда не оспаривали грандиозные представления Брейвика о себе или факт существования такой организации как рыцари тамплиеры, они считали эту задачу частью работы полиции.

Детали диагноза нарциссическое расстройство личности, вынесенного второй парой психиатров судом не обсуждались. Однако, их комментарии относительно отсутствия необходимости в оценке по таким критериям DSM-IV как общая продолжительность и степень тяжести состояния, возможно, означает упущение, что расстройство личности не мульти осевой диагноз.

### **Какой урок психиатры могут извлечь из случая Брейвика?**

Дело Брейвика получило значительную международную огласку (7,8), и некоторые его особенности имеют отношение к психиатрам.

Наиболее непонятным аспектом приговора является пренебрежительное отношение к роли Брейвика в формировании впечатлений у других. Показания свидетелей, поддерживающих не психотический характер поведения Брейвика, включающие в себя неоднократные описания его вежливости, внимания, навыков в игре по собиранию пазлов и использованию смеха в качестве «копинг стратегии» достаточно не конкретны. Вместе с разумным объяснением необычного поведения Брейвика приговор передает картину, которая очень трудно соотносится с описанием, полученным при первой экспертизе. Кроме того, картина очень трудно соотносится с описанием выживших об убивающемся убийце молодых людей, вне зависимости от его мотивов, основанных либо на бреде, либо на нарциссическом бешенстве или злости.

Решение суда наглядно иллюстрирует странный эффект Брейвика, присутствующий на всех его экспертизах, включая первую, проявляющийся в создании нежелания исследовать то, что может лежать в основе некоторых из его странных высказываний. Например, на вопрос, были ли у Вас когда-нибудь какие-либо сомнения относительно вменяемости Брейвика, один из свидетелей сказал, что однажды таковые были, когда Брейвик в разговоре предположил, что в будущем человеческий мозг будет напрямую связан с компьютером, обходя, таким образом необходимость в дорогостоящем образовании. Вместо того что бы попросить его пояснить что он имеет ввиду, свидетель заявил что он «быстро сказал себе, что это было не психотическое заявление а скорее видение будущего».

Дело Брейвика свидетельствует о важности контекста в котором проводится психиатрическая экспертиза. На самом деле суд интерпретировал диагностические разногласия, в частности, относительно наличия вычурного бреда, как «различные толкования подобных наблюдений», игнорируя разницу во времени между двумя наблюдениями и различные ситуации, в которых они имели место быть. Также подчеркивается, что источником путаницы, могут являться некоторые тонкие, но значимые различия в МКБ-10 и DSM-IV, а

также тот факт, что МКБ-10 часто принимается за диагностическую систему, а структурированное клиническое интервью (SCID), основанное на DSM-IV используется для диагностических оценок. Кроме того, подчеркивается, что диагностические критерии не должны рассматриваться как законодательные нормы, а должны использоваться в качестве практических определений, предназначенных для выявления центральных симптомов и синдромов болезни и, что их использование требует знаний о болезни и понимания лежащих в их основе клинических явлений (9).

Важный урок из дела Брейвика состоит в том, что сложности судебной экспертизы должны показать профессионалам как важно быть осторожными, когда они выражают свою позицию публично. В данном случае диагностические разногласия были на первых полосах новостных лент. Этот конфликт является дополнительным поводом для СМИ, активно поддерживаемых людьми или организациями с антипсихиатрическими взглядами, заявить о неудачах психиатрии. Тем не менее, социальный опрос показал, что случай Брейвика не изменил отношения к норвежской судебной психиатрии, возможно, отражая их понимание сложностей в судебной экспертизе. Вопрос, занимавший умы большинства людей, не касался особенностей диагностики, а звучал как «действительно ли не наступает юридической ответственности если у человека есть психическое расстройство». Этот вопрос является лишь малой частью основной дилеммы, занимающей умы многих юристов, философов и психиатров в течение длительного времени, и здесь нет простых решений. Оценка того, что происходит в мыслях человека во время совершения преступления будет, несмотря на технические инновации, в конечном счете полагаться на личные суждения и интерпретации.

Психиатрам, вовлеченным в громкие дела следует ожидать значительного общественного резонанса и давления со стороны СМИ. Все психиатры, участвовавшие в деле Брейвика были в различной степени охвачены СМИ, начиная от круглосуточных телефонных звонков, когда журналисты связывались с членами их семей, заканчивая присутствием на закрытых заседаниях. Несколько крупных норвежских газет и государственных норвежской телерадиокомпаний были настроены крайне критично к содержанию и принятию первого заключения экспертов, тех, кто нес ответственность подвергали жесткой критике, в том числе обвиняя в некомпетентности, предвзятости и паранойе. Однако, несмотря на заявления, сделанные в СМИ норвежские психиатры не были единогласно критически настроены в отношении результатов первой экспертизы. Исходя из количества специалистов, отказавшихся от комментариев относительно результатов досудебного разбирательства очевидно, что многие были ограничены вопросами конфиденциальности. Также, хотя большая часть критики приходила от людей, которые активно не занимались вопросами лечения или исследованиями психических расстройств, основная поддержка результатов первой экспертизы была от специалистов, работающих с острыми психотическими расстройствами, знакомых с трудностями в оценке пациентов, отказывающихся от сотрудничества, разнообразием и нестойкостью кли-

нических проявлений. Особенно исследователи, знакомые с использованием обоих диагностических руководств и МКБ-10 и DSM-IV, были весьма удивлены большим упором на МКБ-10 при описании результатов, тогда как в качестве основного диагностического инструмента использовалось структурированное клиническое интервью (SCID).

Другим важным уроком из случая Брейвика является то, что психиатрам участвующим в публичных дебатах о психических расстройствах следует помнить, что эти разговоры приведут к значительному интересу среди лиц с подобными нарушениями. Одним из наиболее проблематичных аспектов дела Брейвика является понимание шизофрении, транслируемое участвующими специалистами. Например, заявление, что Брейвик не может быть в состоянии психоза, потому что он не имеет нарушений поведения, отражает мнение психиатров, что шизофрения всегда будет заметна по поведению человека. Еще большей провокацией для хорошо адаптированных лиц с этим расстройством, работающих на высококвалифицированных работах является неоднократные заявления профессионалов относительно отсутствия у Брейвика шизофрении, так как он демонстрирует хорошие когнитивные способности.

Действия Брейвика оказали существенное влияние на норвежское общество. Лагерь был местом встречи для молодежи из всех уголков страны, и каждый знает кого-то, кто пострадал от этих событий. Таким образом, все норвежцы рады, что дело не было обжаловано, и пострадавшие были избавлены от еще одного раунда разбирательств с Брейвиком, изображенным на всех досках объявлений, давая ему еще больше публичности, которой он жаждал. Тем не менее, за этим делом несомненно последует частичный пересмотр норвежского уголовного кодекса. Мы будем надеяться, что те, кому предстоит этим заниматься будут помнить, что «громкие дела, подобно сложным делам создают плохие законы».

#### Библиография

1. Grondahl P. Scandinavian forensic psychiatric practices — an overview and evaluation. *Nordic J Psychiatry* 2005;59:92-102.
2. Syse A. Punishment, treatment and fair retribution. *TidsskrNorLaegeforen* 2012;132:841-3.
3. BBC News Europe. Anders Behring Breivik trial: day by day. [www.bbc.co.uk](http://www.bbc.co.uk).
4. Spiegel Online International. Experts disagree on psychological state of Norwegian killer. [www.spiegel.de](http://www.spiegel.de).
5. BBC News World. Norway massacre: Breivik declared insane. [www.bbc.co.uk](http://www.bbc.co.uk).
6. Newmark N, Adityanjee KJ. Pseudologiafantastica and factitious disorder: review of the literature and a case report. *ComprPsychiatry* 1999;40:89-95.
7. Wessely S. Anders Breivik, the public, and psychiatry. *Lancet* 2012;379:1563-4.
8. Lockey DJ. The shootings in Oslo and Utoya island July 22, 2011: lessons for the International EMS community. *Scand J TraumaResuscEmergMed* 2012;20:4.
9. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *WorldPsychiatry* 2012;11:181-5.

# Случай Брейвика и “*conditio psychiatrica*”

**Josef Parnas**

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark (Дания)

Перевод: Медведев В.Э.  
Редактура: Бакунина Н.С.

В Дании, скандинавской стране лингвистически близкой Норвегии, случай Брейвика (СБ) также всколыхнул в СМИ диагностические дискуссии с вовлечением широкой общественности, психиатров и других специалистов. СБ заслуживает комментария не связанного с судом/судебной спецификой, но в отношении текущего состояния и проблем психиатрической диагностики и профессии на чей счет этот случай так многозначительно относят.

Более 30 лет назад, психиатрия, пытаясь соответствовать соматической медицине в ее научных стремлениях, прошла «операциональную революцию», представляющую из себя диагностику, основанную на критериях и «операциональных определениях» таких критериев. СБ довольно резко показывает как такие критерии не являются по сути операциональными в первоначальном смысле этого понятия, а именно в качестве уточняющих действующих правил (2), предназначенных для связи психиатрических понятий с их аналогами в реальности (например, симптом X тяжелее, чем Y, потому что X может усугубить Y, но не наоборот). Ни один из спорных вопросов в СБ, не был решен при помощи операциональных действующих правил. В действительности «операциональные» критерии не более чем просто языковое описание симптомов и признаков. Кроме того, операциональный проект имеет свою цену. Это радикально сокращенный, упрощенный и сжатый существующий набор клинических знаний, содержащихся в диагностических пособиях и доступных широкой публике, потому что изложены простым языком и лишены теоретического и психопатологического отражения. Эти руководства долгое время были основным источником клинических знаний для психиатра (3) и они ошибочно предполагали (4,5), что структурированное интервью, состоящее из готовых вопросов в установленной последовательно-

сти, является адекватной методологией для получения психодиагностической информации, даже в ситуациях, когда от пациента ожидают диссимуляции (1). Эта «смерть» психопатологии (3) создала интеллектуальный участок гипозохогенности, размывая тем самым границы профессиональной психиатрии приветствуя любое мнение, как голос априори достойный внимания, равный и достоверный. К сожалению операциональная революция также не выполнила свои обещания относительно надежды на прорыв в области применимого этиологического знания. Широко признан «зияющий разрыв», содержащийся в руководствах по диагностике и лечению психических расстройств между впечатляющим прогрессом генетики и нейронаук и «почти полным провалом», в области выявления причин заболеваний. (6,7).

Как показывает СБ психиатрия будет и дальше в значительной степени зависеть от различий в области феноменологии, то есть в сфере опыта, мнений, поведения, рациональности и так далее. Однако в то же время СБ показывает важность существующей проблемы. Обсуждение возможного психоза/брёда у Брейвика возвращается, по-видимому вокруг взаимозависимых вопросов (например, широты его реальных взглядов, как расценивать его аффект и социальную отгороженность, как рассматривать обороты его речи; является ли наблюдение за поведением адекватной заменой для познания его внутреннего мира и так далее). Похоже было упущено, что ложность содержания мысли не определяющая черта бреда. Ясперс подчеркивал свою триаду: ошибочность, убежденность и некорректируемость (триада включена в текущие диагностические критерии), которая не была определяющей, а лишь указывала на бред (8). Бред обычно включает в себя изменения в субъективных рамках пациента с его внутренними связями между им самим, окружающим миром и другими людьми (8,9). Поэтому бред как правило определяется в больших временных ситуационных и экспериментальных рамках. В этой связи наличие различной информации влечет за собой соображения о «двойной бухгалтерии», способности к диссимуляции, и (ир)рациональному переходу между верой и действием.

Обсуждение СБ показывает скрытое эпистемологическое напряжение относительно самой концепции психиатрического диагноза, напряженность, по-видимому, только смутно осознавалась спорящими сторонами и редко открыто проявлялась в литературе. Это напряжение между операциональным, мультиосевым подходом «подсчета симптомов», без направляющей иерархии и понятных принципов (10), и более перспективным прототипом, который сформулирован как психопатологический Гештальт, возникающий в результате взаимодействия целого и их взаимно усиливающихся аспектов (11,12). СБ также иллюстрирует универсальные межличностные человеческие взаимоотношения, часто мешающие клиническим задачам, так называемый «принцип благотворительности» (13). Это подсознательное, автоматическое, компенсирующие стремление сделать своего собеседника более рациональным чем он есть на самом деле, например, за счет сглаживания острых углов его рассуждений, заполнение брешей в его логике, стремление к нормализации в случаях грубой иррациональности.

Стоит напомнить, что обсуждение СБ не является уникальным для нашего времени. В 1835 году Фуко провел похожий семинар, посвященный общественному обсуждению психиатрического диагноза. Он касался вероятного безумия Пьера Ривьера, грамотного крестьянина, который убил мать, сестру и брата и представил в свою защиту 100 страничный отчет о своей жизни и мотивации.

Психиатрия была есть и будет объектом для пристального внимания со стороны общества и вне-научного давления. Только наличие строгих психопатологических стандартов даст возможность психиатрии выполнять свое клиническое предназначение и сопротивляться или модифицировать давление извне.

## Библиография

1. Melle I. The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. *World Psychiatry* 2013;12:16-21.
2. Hempel CG. Explanation and other essays in the philosophy of science. New York: Free Press, 1965.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33: 108-12.

4. Nordgaard J, Revsbech R, Saebye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5.
5. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci* (in press).
6. Frances AJ, Widiger T. The psychiatric diagnosis: lessons from DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *AnnuRevClinPsychol* 2012; 8:109-30.
7. Hyman SE. Psychiatric drug discovery: revolution stalled. *SciTranslMed* 2012;155:1-5.
8. Jaspers K. *General psychopathology*. London: John Hopkins University Press, 1963.
9. Spitzer M. On defining delusions. *ComprPsychiatry* 1990;31:377-97.
10. McHugh PR. Rendering mental disorders intelligible: addressing psychiatry's urgent challenge. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: OxfordUniversityPress, 2012:42-53.
11. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
12. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* (in press).
13. Davidson D. *Inquiries into truth and interpretation*. Oxford: Clarendon Press, 1974.
14. Foucault M. *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère. Un cas de parricide au XIX siècle*. Paris: Gallimard, 1973.

DOI 10.1002/wps.20003

# Следует ли рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга?

## Научные взгляды XXI века и их значение

### для исследовательской и образовательной деятельности

**Derek Bolton**

Institute of Psychiatry and Centre for the Humanities and Health, King's College London, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK  
(Великобритания)

Перевод: Сюняков Т.С.

Редактура: Алфимов П.В.

Недавно появились 2 публикации: одна из них за авторством Insel et al (1), другая – White et al (2), – которые привлекают наше внимание к последним достижениям науки в области психиатрии и их значению для, соответственно, исследовательского процесса и психиатрии в целом как профессии. Оба коллектива авторов указывают на классификационные проблемы и одновременно предлагают рассматривать психические расстройства в качестве заболеваний головного мозга. И, хотя эти призывы звучат не в первый раз (3,4), поражает то, что в этих последних работах они обоснованы и лишены редуционизма. Имеется ввиду, что они не сводят психические расстройства лишь к дисфункции нервной системы, но признают достижения психиатрии как науки, демонстрируя, что причинные факторы или факторы риска психической патологии могут подключаться на многих уровнях: генетическом, нейрональном или средовом, вовлекая индивидуальные особенности, а также семейный и социальный контекст. При этом первостепенное значение приобретает факт, что подобное понимание мультифакториальной и многоуровневой природы (или уязвимости) вмещает в себя представления о том, что воздействия на каждом из этих разных уровней могут повлиять на начало и течение заболевания, а следовательно должны учитываться при первичной профилактике и последующей терапии. Это один из аспектов научных достижений в области психического здоровья, затронутый в обеих статьях. Другой, и на нем делается акцент, – это колоссальный прогресс генетики и нейронаук.

Тем не менее, существуют некоторые противоречия между этими 2 аспектами новых научных взглядов на психиатрию. С одной стороны, значимость генетики и нейронаучного направления предполагает, что важные причинно-следственные связи проходят внутри организма, в частности, локализованы в головном мозге, и это является тем упрощением, которое дает благоприятную почву для интерпретации психических расстройств в качестве заболеваний головного мозга. С другой стороны, если причинно-следственные связи расположены на разных уровнях биопсихосоциальной системы, находясь то в пределах, то за пределами организма, тогда мозг – всего лишь часть всей вовлеченной системы (при этом надо отметить, что это же должно касаться и психической жизни больных, и окружающих их жизненных обстоятельств). Но такой нередуционистский взгляд с трудом состыкуется с предположением о том, что психические расстройства являются заболеваниями головного мозга.

Одним из способов проверить данные очевидные противоречия является рассмотрение “биопсихосоциальной модели” в контексте новых наук. Недавно эта модель в ее оригинальной версии, предложенной Engel, стала объектом критики со стороны Ghaemi (5), указавшего, что высказанное в ней предположение: “все три уровня – биологический, психологический и

социальный – должны учитываться при решении любой медицинской задачи” (6), – подразумевает, что все эти уровни “вносят примерно одинаковый вклад, независимо от времени и ситуации”. Ghaemi отвергает биопсихосоциальную модель в такой формулировке, но не приемлет и традиционные противоположные взгляды биологического редуционизма, предлагая искать компромисс между этими двумя крайними точками. Касательно краткой характеристики новых научных разработок в области психического здоровья, о которых упоминалось выше, имелось ввиду, что причинно-следственные связи, а, следовательно, и вмешательства могут затрагивать все три «уровня» – биологический, психологический и социальный, – но это не означает, что все они обязательно должны быть вовлечены, и, конечно же, об их «равноценном» вкладе не может быть и речи.

Система Research Domain Criteria (RDoC), предложенная Insel et al. (1), представляет собой матрицу, в столбцы которой вносится информация об особенностях на генетическом, молекулярном и клеточном уровнях, на уровне нейрональных систем, а также об индивидуальном, семейном и социальном контексте; в рядах же приведены состояния, имеющие диагностическое или трансдиагностическое значение. Авторы говорят (1, p. 749): “Важно, что все эти уровни [перечисленные в столбцах] затрагивают и биологические, и психологические аспекты психических заболеваний. При проведении статистического анализа с использованием системы RDoC в качестве независимой классифицирующей переменной может быть задана переменная, принадлежащая любому из этих уровней, а в качестве зависимых – переменные из одного или более других столбцов”. При этом не подразумевается, что каждый из этих уровней обязательно должен выступать в качестве причинного фактора, и тем более речь не идет о равнозначности их как каузальных факторов, независимо от указанного в рядах матрицы состояния. К примеру, в зависимости от состояния, большее или меньшее значение может иметь генетическая уязвимость, а может иметься потенциал для психотерапевтической коррекции или возможность эффективного воздействия на «причинные» социальные факторы. Приведем пример крайней ситуации. Для некоторых состояний, указываемых в столбцах матрицы RDoC, в частности, для хореи Гентингтона или сотрясения головного мозга, ячейки, указывающие на казуальное значение других, кроме генетических или неврологических, факторов останутся незаполненными, свидетельствуя таким образом, что психологические или социальные факторы при этих состояниях роли не играют. Следует отметить, что редуционистский подход в некоторых случаях может точно описывать суть явлений (а в некоторых – доподлинно известно, что точно описывает); в других же ситуациях, наоборот, ключевую роль могут играть психосоциальные факторы, отвечающие за

большинство показателей возникновения или исхода болезни. То есть новые научные подходы, с применением которых создана система RDoC, позволяют разграничить состояния в этом отношении.

Связанный с рассмотрением причинных факторов аспект новых научных разработок заключается в том, что они подчеркивают взаимодействие между внутренними биологическими, внешними средовыми факторами и индивидуальными различиями. Причинные взаимоотношения возникают в ходе нормального развития, в ходе развития и течения состояния здоровья, при психических расстройствах и при некоторых общемедицинских состояниях (например, при сердечно-сосудистых заболеваниях). Новые данные по генетике и генетико-средовым взаимодействиям, наблюдающимся в течение жизни должны еще более подогреть интерес к такого рода взаимодействиям, а следовательно исследования должны быть направлены не только на изучение генетического аппарата и головного мозга, но и средовых факторов, а также оценки их места по отношению ко внутренним процессам. В этом контексте научные исследования должны охватить биологический, психологический/поведенческий и экологический/социальный аспекты состояний, а также их взаимодействия, а не ограничиваться “наукой о головном мозге”, изучая только содержимое черепной коробки.

Вопрос важности биологических факторов при психических расстройствах и, особенно, предположения, что последние должны рассматриваться и классифицироваться как заболевания мозга, часто сопряжен с другими трудностями, стоящими перед психиатрической профессией (например, 2,4). К этим проблемам (в том числе к проблеме прояснения особых задач медицинской психиатрии в рамках предоставления многопрофессиональной психиатрической помощи, а также к вопросам повышения отбора выпускников медицинских ВУЗов в психиатрию) адресуются многие публикации последнего времени, предназначенные в первую очередь для психиатров (2,4,7-10). Новые научные направления, в целом, заново утверждают позиции психиатрии в качестве медицинской специальности, размывая границы между психическими и физическими заболеваниями, поскольку и там, и там отмечается многофакторность путей развития заболеваний. Тем не менее, несмотря на верность сказанного выше, бытует мнение, что психиатрические состояния обусловлены множеством психосоциальных факторов, на что указывает, например, масштабная полемика, возникшая на страницах BMJ (см. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)) после публикации аналитической работы White (2). Система RDoC (1) предоставляет нам реальную возможность сравнивать психиатрические состояния и, готов поспорить, что если взять 10 обычных физических заболеваний и внести их в первые 10 рядов матрицы, а в следующие 10 рядов внести 10 типичных психиатрических состояний, а затем заполнить ячейки во всех столбцах, касающихся процессов, представляющих собой причинные факторы и ответственных за эффективные при этих состояниях вмешательства, тогда плотность отметок в матрице окажется выше в верхнем левом и нижнем правом квадрантах. После начала соматических болезней при их терапии более рациональны влияния на внутренние процессы, а не на психосоциальные механизмы, притом что воздействия на последние более уместны при психиатрических состояниях. Единственным оправданием того, что я слишком вольно прошелся по данному вопросу, не вдаваясь в его глубокое изучение, является то, что, по крайней мере, данное заявление отражает всеобщее мнение. В любом случае, даже если в строках матрицы рассматривать “первичную профилактику состояний”, по-прежнему сохранится разная картина распределения плотности отметок в ячейках. Аналогичная же картина нас ожида-

ет, если мы рассмотрим и такие параметры как “отношение к собственной болезни” или “отношение к рискам” или “адаптацию к болезни/качество жизни”, то есть, факторы, соотносящиеся с качественным здравоохранением.

Тем, что особенностью психиатрии является то, что она сталкивается и с психосоциальными, и с внутренними биологическими факторами, она отличается от остальной медицины, и, в частности, от большинства внутренних болезней. И это же, возможно, составляет одну из причин того, что психиатрия занимает особое положение среди других психосоциальных профессий (клинической психологии и социальной работы), в том числе по отбору выпускников медицинских учебных учреждений в профессию. Однако – и на этом я хочу особенно остановиться в этой связи – распределение по профессиональным направлениям и стоящие за ним традиции образования, теряют смысл с точки зрения новых научных направлений в психиатрии. Эти новые науки не имеют ничего общего с идеологическими баталиями между биологическими, психологическими и социальными направлениями, существовавшими ранее в параллельных плоскостях практически без точек соприкосновения, вместо этого они рассматривают все разнообразие этих факторов со всем богатством взаимодействий между ними.

Вопрос о соответствии (в широком и узком смыслах) имеющихся на сегодняшний день профессиональных границ и особенностей обучения требованиям адаптации, ассимиляции и применения новых научных направлений остается открытым. Но я глубоко убежден, что в будущем нам будет необходимо сопоставить научные данные с работой психиатрических служб. И в XXI веке мы должны с нетерпением ожидать – и я поднимаю эту проблему как клинический психолог, а не психиатр – не столько становления психиатрии как медицинской специальности, заново поднимаю проблемы 100-летней давности, сколько объединения генетических, нейробиологических, психологических и социальных детерминант здоровья в новую консультативную профессию, занимающуюся психическим здоровьем. Это позволит улучшить качество помощи нашим пациентам, оптимизировать расходы и решить проблему отбора специалистов.

#### Библиография:

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
2. White PD, Rickards H, Zeman AZJ. Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. *BMJ* 2012;344:e3454.
3. Bucknill JC. The diagnosis of insanity. *Br J Psychiatry* 1856;2:229-45.
4. Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001;322:937.
5. Ghaemi N. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009;195:3-4.
6. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci* 1978;310:169-87.
7. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al. Wake-up call for British Psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
8. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:17-27.
9. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010; 9:21-8.
10. Ghaemi N. Taking disease seriously: beyond “pragmatic” nosology. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry. II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:42-52.

# Понимание религии и обращение к ней лиц, страдающих психическими заболеваниями

Kenneth I. Pargament<sup>1,2</sup>, James W. Lomax<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institute for Spirituality and Health at the Texas Medical Center, Houston, TX (США);

<sup>2</sup> Department of Psychology, Bowling Green State University, OH 43403-0228 (США);

<sup>3</sup> Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA (США)

Перевод: Борисова А.С.

Редактура: Борисова О.А.

*Эта статья рассматривает недавние достижения в изучении взаимоотношений между психиатрией и религией, выдвигающие на первый план обособленную возможность религии приносить как пользу, так и вред здоровью и психическому благополучию психиатрических пациентов. Результаты большого количества исследований ставят под сомнение стереотипное представление о религии просто как о механизме защиты или пассивных копинг-стратегиях. Исследования указывают на то, что многие люди обращаются к религии как к жизненному ресурсу, который служит множеству адаптивных функций, в их числе — саморегуляция, привязанность, эмоциональный комфорт, обретение смысла жизни и духовность. Есть, однако, и негативная составляющая религиозной жизни. Исследователи и теоретики обнаружили и начали изучать проблематичные аспекты религиозности, включая религиозно обоснованное насилие и религиозную борьбу с собой, с другими людьми и божественным. Трудности в религиозной жизни могут рассматриваться как побочное явление психического заболевания (вторичные), источник психического заболевания (первичные), или сочетать в себе оба элемента. Накопленные знания подчеркивают необходимость более внимательно отслеживать возможную конструктивную и деструктивную роль религии в постановке диагноза, оценке и лечении психических расстройств. Действительно, начальные оценочные исследования воздействия духовно интегрированного лечения на пациентов с психическими расстройствами показали многообещающие результаты. Статья завершается рядом рекомендаций по развитию будущих исследований и практики в этой области, включая необходимость в дополнительных психиатрических исследованиях пациентов, принадлежащих к различным культурам и религиозным традициям.*

**Ключевые слова:** религия; духовность; религиозные ресурсы; религиозные копинг-стратегии; религиозная борьба; религиозно обоснованное насилие; религиозная оценка; духовно интегрированное лечение

(*World Psychiatry* 2013;12:26–32; DOI 10.1002/wps.20005)

В последние 20 лет отмечается резкий рост научного интереса к взаимоотношениям между религией и психологическим функционированием человека [1]. В отличие от существующих стереотипов о [сугубо негативном] влиянии религии на психическое здоровье, значительная часть теоретических и исследовательских работ указывают на то, что религия является источником силы и твердости духа для многих людей, в том числе и пациентов, страдающих серьезными психическими расстройствами [2]. Но верно и то, что у некоторых пациентов религия может вызвать определенные трудности.

Учитывая наличие исторически сложившихся проблемных отношений между психиатрией и религией, эта статья начинается с рассмотрения статуса данной области в историческом контексте. Затем мы обращаемся к недавно произошедшим изменениям во взаимоотношениях между психиатрией и религией, которые выдвигают на первый план двоякую возможность религии — приносить как пользу, так и вред здоровью и психическо-

му благополучию пациентов с психическими расстройствами. Эта статья заканчивается рассмотрением результатов работ, посвященных психиатрическому обследованию и лечению.

## История сложных отношений между психиатрией и религией

Существует долгая история недоверия и, временами, антагонизма между психиатрией и религией. Фрейд, как известно, утверждал, что религия представляет собой «защиту против детской беспомощности» и из этого приходил к заключению, что, «конечно [такой] инфантилизм предназначен, для того, чтобы он был преодолен» [3]. Подобное отрицательное отношение психиатрии и смежных с ней дисциплин к религии было общепринятым в течение большей части XX столетия. Религия часто и довольно стереотипно преподносилась как защитная или регрессивная реакция пациентов с характером, способствующим пассивному уходу от проблем, отказу от признания боли и страданий или с ярко выраженной симптомати-

кой. Например, DSM-III содержал непропорционально большое число примеров психопатологической симптоматики с религиозным содержанием, таких как религиозные галлюцинации и бред [4]. При этом религиозные проблемы просто игнорировались, что может быть подтверждено редким обращением к религиозной тематике в ведущих психиатрических трудах и журналах [5]. Некоторые религиозные группы в ответ на негативное отношение психиатрии к религии запрещали своим приверженцам обращаться за психиатрическим лечением или отговаривали их от такого лечения [6].

Напряжение между психиатрией и религией обусловлено многими факторами. Они включают в себя: представления о том, что мировоззрения, основанные на науке и на вере, в принципе несовместимы [7]; значительно более низкий уровень религиозности среди психиатров по сравнению с населением в целом [8]; недооценку ведущими психиатрами роли религии в жизни пациентов; недостаток специальных знаний в этой области,

которые способны помочь практикующим врачам найти подход к религиозным ресурсам и проблемам пациентов [9].

Ситуация изменилась в последние годы, отражая рост теоретических и исследовательских работ в области религии, психологического функционирования, психических расстройств, а так же осознание потребности в культурально обусловленном подходе к психиатрической помощи. Практики стремятся теперь к более детальному пониманию религии, осознавая, что она может как поддерживать и укреплять людей, борющихся с серьезными психическими заболеваниями, так и усиливать их боль и страдания.

### Религия как ресурс

Эмпирические исследования показывают, что религия — один из первых ресурсов, к которому обращаются пациенты и их близкие, когда сталкиваются с тяжелой болезнью [2]. Например, согласно одному исследованию амбулаторных больных с серьезным психическим заболеванием в Лос-Анджелесе, больше чем 80% сообщили, что они обратились к религии, чтобы справиться с их заболеванием, а 65% указали, что религия помогла им облегчить тяжесть симптомов [10]. Сходные результаты были получены и в других странах. В исследовании, сравнивающем европейских пациентов с психозом с непсихиатрической контрольной группой, психиатрические пациенты сообщили о большем числе религиозных верований и практик, которые помогли им в ситуации стресса [11]. В другом исследовании членов семьи, ухаживающих за больным шизофренией в государственной больнице в Индии, 90% участников исследования сообщили, что они справлялись благодаря молитве к Богу; 50% сообщили, что религия была для них руководством, источником утешения и силы [12].

Несколько эмпирических исследований также ставят под сомнение чрезмерно упрощенные представления о религии как о пассивном способе реагирования или источнике отрицания заболевания [2]. Например, более высокий уровень религиозности был взаимосвязан с большей силой духа и верой в собственные силы среди пациентов с серьезным психическим заболеванием [13] и более активными попытками разрешить проблемы среди женщин с раком яичника [14]. В отличие от устоявшегося представления о том, что религиозность провоцирует избегание проблем и их отрицание, исследования выяви-

ли, что женщины с более коротким временем обращения к врачу после обнаружения симптомов рака молочной железы отличаются большей религиозной причастностью [15]. Также было выявлено, что у ВИЧ-положительных афроамериканских женщин с большей религиозной настроенностью реже встречались формы поведения, когда они отгоняли мысли о заболевании, или отрицали диагноз вместо поисков лечения [16]. Одно интересное исследование среди больных раком показало, что в то время как более высокие уровни религиозности не корректировались с жалобами на наличие боли, в то же время определялась связь религиозности с жалобами на меньший уровень выраженности боли [17]. Эти результаты позволяют предположить, что религия помогает не отрицать боль, а по-новому ее интерпретировать.

Теоретические и исследовательские работы также показали, что религия помогает людям, включая и пациентов с серьезными психическими заболеваниями, обретать различные адаптивные функции. Контент-анализ содержания слабоструктурированных интервью со швейцарскими пациентами, страдающими серьезными психическими заболеваниями, выявил несколько функций религии: обретение смысла жизни, [душевного] комфорта, чувства собственного достоинства, уверенности в себе, одобрения, сострадания, надежды и любви. [18]. Хотя теоретики продолжают спорить о самых главных назначениях религии, часть силы этого явления может заключаться в ее способности удовлетворять разнообразные потребности человека.

### Саморегуляция

Основываясь на точке зрения Фрейда, что религия помогает управлять нежелательными сексуальными и агрессивными побуждениями, теоретики в последнее время подчеркнули эволюционные преимущества религиозных механизмов, которые способны регулировать человеческие импульсы и желаний [19]. Сообразно с этой теорией, многие эмпирические исследования показали прочную связь между религиозностью и большей сдержанности в поведении при употреблении наркотиков, преступности и деликвентности, суицидальности и промискуитета.

Люди с серьезным психическим заболеванием могут считать саморегуляцию, появляющуюся благодаря религиозным убеждениям, особенно ценной. В одном из исследований пациентов с шизофренией или шизоаффективным

расстройством в Швейцарии, более широкое использование религиозных копинг-стратегий оказалось благоприятным диагностическим признаком для уменьшения через три года количества негативных симптомов и улучшения показателей социального функционирования и качества жизни [20].

### Привязанность и присоединенность

Социолог Э. Дюркгейм утверждал, что религия принадлежит крайне важная роль, поскольку она позволяет людям обрести общность с другими и найти подлинного себя: «Идея сообщества, говорил он, является душой религии» [21]. Его идея нашла подтверждение в нескольких исследованиях, документально засвидетельствовавших, что люди, более вовлеченные в общественную религиозную жизнь (например, посещающие религиозные службы), имеют более развитую социальную сеть и большую социальную поддержку [22]. Однако важно отметить, что люди с серьезным психическим заболеванием часто чувствуют себя отчужденными от своих религиозных учреждений или других людей, в основном в результате стигматизации или опасных пристрастий в прошлом [23]. Религия в силах предложить этим людям некоторое утешение благодаря возможности более глубокой причастности к божественному (например, Богу, Иисусу, высшим силам), которые воспринимаются как более открытые для общения и животворящие, чем их вещественные образы [24].

Некоторые исследования связали установление человеком доверительных отношений с Богом со снижением проявлений психологического дистресса/душевного страдания. Важно отметить также частые сообщения о продолжительной связи с любимым умершим человеком. В одном из исследований родителей педиатрических пациентов с онкологическими заболеваниями, понесших тяжелую утрату, 88% респондентов сообщили об установлении длительной связи со своим умершим ребенком [25]. Одна скорбящая мать сказала: «Я все время разговариваю с ним. Я рассказываю ему о том, что происходит дома и у всех нас. Я чувствую особенно сильную связь [сним] на кладбище. Я представляю, что его дух [находится] в деревьях позади его могилы. Когда я начинаю беседовать с ним, ветер почти всегда шеплет листьями, это говорит мне, что он там» [25].

### Эмоциональный комфорт

Фрейд и другие теоретики утверждали, что действие религии в

значительной мере направлено на смягчение тревоги у людей, живущих в мире могущественных сил, которые указывают на слабость и конечность человеческого естества. Многие исследования подтвердили эту концепцию [22]. Например, уровень религиозности был обратно пропорционален уровню депрессии, в особенности среди людей, сталкивающихся с серьезными жизненными ситуациями [26]; с менее выраженной реакцией горя среди членов семьи, ухаживающих за пациентами со слабоумием [27], и меньшим уровнем тревоги и переживания стресса среди пациентов с паническим расстройством [28].

По-видимому, вера в загробную жизнь играет ключевую роль в уменьшении базовых тревог экзистенциального характера. Экспериментальные исследования теории управления терроризмом показали, что напоминания о личной смертности увеличивали веру в загробную жизнь, а вера в загробную жизнь снижала тревогу, связанную со смертью [29].

### Смысл

Основываясь на своих обширных антропологических учебно-полевых исследованиях, С. Geertz пришел к заключению, что самая важная функция религии — смыслообразующая (meaningmaking) (30). Он писал: «Смысл усилий заключается не в том, чтобы отрицать бесспорное — что есть необъяснимые факты, (что жизнь причиняет боль, или что и праведники страдают), а в том, чтобы отрицать существование непостижимых фактов, — (что жизнь невыносима, и что справедливость — мираж)».

Когда 2000 человек опросили о том, почему они религиозны, наиболее распространенный ответ был: «религия придает жизни смысл» [31].

Одно из исследований сотрудников хосписов выявило несколько форм благотворного религиозного переосмысления, которое придало смысл их деятельности, например восприятие их работы — заботы о других — как возможности духовного роста или как воплощение части Божественного плана или проявление Божественной воли [32]. Это восприятие коррелировало с лучшими результатами в работе и достижением цели в жизни. При долгосрочном исследовании родителей, перенесших насильственную смерть ребенка, те, кто более активно задействовал религиозные ресурсы, через пять лет более часто находили высший смысл в постигшей их страшной утрате [33]. Работая с фламандскими

пациентами, страдающими хронической болью, другая группа исследователей сообщила, что участие в молитве было связано с большей толерантностью к боли, но не с выраженностью боли; отношения между молитвой и терпимостью к боли были обусловлены переоценкой отношения к боли.

### Духовность

Для религиозно настроенных людей, самая важная цель религии — духовность как таковая. Мировые религиозные традиции утверждают, что поиск священного приоритетен по сравнению с другими жизненными задачами. Психолог и теолог Р. Johnson ухватил это чувство: «Религиозный человек ищет больше всего свое предельное, окончательное Я» [35]. С этой точки зрения люди, борющиеся с тяжелой болезнью, более мотивированы на то, чтобы поддержать себя в духовном плане, также как и психологическом, социальном и физическом [36]. Эмпирические исследования показали, что люди способны сохранять свою веру в трудные периоды жизни. Например, в одном из исследований лиц, перенесших многочисленные травмы, 73% пациентов сообщили, что у них не было изменений в вере при повторном случае травмы [37].

### Религия как проблема

Ряд теоретиков попытались изменить фундаментальные стереотипные представления о религии, чтобы определить особые аспекты, которые могут быть ответственны за ее возможную тревожную связь с личностной и социальной патологией. Например, Allport [38] четко сформулировал несколько характеристик «незрелого религиозного чувства»: оно упрощенное и недифференцированное; фанатичное и импульсивное; недостаточно влияющее на поведение и ценности; нетерпимое и неполное; внутренне противоречивое и фрагментарное. Pruyser [39] указал, что «обратная сторона» веры отмечена принижением интеллекта в жертву, регрессивными фантазиями, неспособностью переносить свободу и невротическими копинг-стратегиями. Согласно Pargament [40], нездоровая духовность «разъединена»: она некомпетентна, чтобы иметь дело со всем спектром внутренних и внешних жизненных запросов, потому что ей недостает всесторонности, глубины, гибкости, динамики, баланса и согласованности.

Два проблемных аспекта религиозности привлекли особое внимание в последние годы: борьба в религиозной сфере (обозначаемая

термином религиозная борьба) и религиозно обоснованное насилие (religiously-based violence).

### Религиозная борьба

Хотя люди, страдающие серьезным психическим заболеванием, склонны сообщать, что религия — это скорее ресурс, чем источник проблем, меньшинство все же указывает, что вера способствует развитию у них чувства гнева, вины и даже приводит к страданиям и отчаянию [26]. Учитывая то, что религия может причинять страдания, в DSM-IV-TR в разделе «другие состояния, которые могут быть в центре клинического внимания» была включена категория религиозных и духовных проблем, таких как потеря веры или сомнения в ней, духовный кризис и новые религиозные течения [41].

Несколько исследователей начали изучать еще одно понятие — «религиозная борьба», которая была определена как сомнения, напряжения и конфликты по поводу внутриличностных проблем, а также проблем взаимодействия с другими людьми (межличностные проблемы) и с высшими силами или Богом (конфликт с «божественным») [42]. Например, одна молодая женщина так описала «борьбу с божественным», связанную с ее биполярным расстройством: «Я страдаю, действительно страдаю. Моя болезнь подрывает меня, и я злюсь на Бога за то, что Он не спасает меня, я имею в виду полную свободу от оков моего психического заболевания. Уже десять лет у меня эти проблемы, а ведь мне сейчас только 24 года. Я не понимаю, почему Он поднимает меня только для того, чтобы я снова упала».

Важно различить религиозную борьбу, которая является конечным результатом психопатологии и ту, которая приводит к психопатологии [43]. Вторичная религиозная борьба вызывается серьезными психологическими травмами. К ним относится и установление диагноза тяжелого психического заболевания, которое может пошатнуть или разрушить основные ценности и мировоззрение человека. Так, согласно одному из национальных обследований жителей Соединенных Штатов, была найдена взаимосвязь между разнообразием форм психопатологии и более выраженной степенью религиозной борьбы [44]. Первичная религиозная борьба вызывает последующие психологические проблемы. Несколько долгосрочных исследований обнаружили связь между религиозной борьбой и ухудшениями состояния физического и психического здоровья и

даже с большим риском смертности [45]. И наконец, при сочетанном типе религиозной борьбы проблематичная форма религиозности оказывается и причиной, и следствием психопатологии.

### Основанное на религии насилие

Несмотря на то, что религии связаны с состраданием, человечностью и эмпатией, тем не менее, на протяжении веков она служила порой источником насилия, преследования, а иногда терроризма и геноцида. С этим можно столкнуться и в настоящее время во всем мире, что иллюстрируется фактами религиозного терроризма, сексуальных соvrащений со стороны духовенства и религиозно поддерживаемого геноцида. Взять один только случай среди многих примеров, когда в 2001, бельгийский суд осудил двух бенедиктинских монахинь, Сестер G. Mukangango и J. Kisito X., за участие в массовом убийстве более чем 7600 человек в женском монастыре Sovu в Butare [46].

Трудно представить себе объяснение, которое дало бы полное понимание столь сложного явления как религиозное насилие. Ученые, однако, выделили несколько психологических и социальных факторов, которые можно рассматривать, как причины данного феномена: а) пережитые в прошлом или имеющие место в настоящем позор и оскорбления; б) разделение мира, основанное на неспособности переносить двойственное отношение и двусмысленность, на два лагеря: благой и злой (демонический); в) базирующееся на страхе одиночества подчинение религии/религиозной организации, унижающем человеческое достоинство; г) угрозы собственным идеалам или почитаемому религиозному культу, что вызывает нарциссический гнев; д) требование полного совершенства и очищения; е) связь между насилием и очищением, воспринимаемая некритично как доктрина; ж) подавление сексуального влечения [47]. Особое внимание некоторыми учеными было обращено на важную роль религиозных лидеров в разжигании насилия. Например, Olsson [48] утверждает, что у лидеров деструктивных культов отмечается злокачественная форма расстройств личности по нарциссическому типу, при котором они могут справиться собственное чувство отверженности и одиночества, и поддерживать непомерно раздутое чувство собственной значимости только манипулируя другими и причиняя им боль и страдания.

Существует явный дефицит эмпирических исследований в этой чрезвычайно важной области.

Однако некоторые исследования могут служить опорой для этих теоретических направлений. Например, в некоторых экспериментальных исследованиях было отмечено влияние основанного (якобы) на Писании религиозного насилия на рост агрессивности (в особенности у более религиозных людей). Авторы [49] пришли к заключению, что «для определенной прослойки религиозных экстремистов длительное, выборочное чтение священных писаний (которое фокусируется на яростном возмездии неверующим, вместо общей идеи принятия и понимания) может привести к увеличению жестокости». Другие исследования показали, что люди, которые демонстрируют внешнюю религиозную ориентацию, ту, в которой религия используется в качестве инструмента, служащего нерелигиозным и отличным от духовных целям, с большей степенью вероятности проявят нетерпимость [50]. Эти результаты также могли бы быть отнесены к проблеме сексуального насилия со стороны духовенства, при котором священники прячутся под покровом религии, чтобы получить доступ к уязвимым группам населения в собственных деструктивных целях. Тем не менее, другое исследование предположило, что люди, которые полагают, что их священные ценности под ударом, в большей степени готовы участвовать в агрессивных, чрезвычайных ответных мерах [51].

### Значение для психиатрической практики

Возникшие в последние годы теории и проводимые исследования в психиатрии и смежных с ней научных областях поставили под сомнение бытовавшие ранее негативные и стереотипные представления о религии и привели к более взвешенному подходу. Благодаря этому сейчас признается двойственная возможность религии способствовать как проблемам, так и решениям, как бедствию, так и облегчению у больных с серьезным психическим заболеванием. Признаки такого двойственного характера религии могут быть найдены у одного и того же человека. В одном из исследований пациентов с религиозным бредом [52] многие больные сообщили, что вера для них служила и помощью, и помехой, что показывает следующее высказывание пациента, испытывающего недоброжелательное воздействие духов: «Духи говорят: «мы поймаем его» и «мы убьем его», и они вызывают у меня физическую боль. Я говорил со священником о духах, и

он помог мне найти силы, чтобы бороться с ними. Бог любит меня и заботится обо мне. С Его помощью я побеждаю духов».

Более дифференцированное представление о религии имеет большое значение для оценки и лечения [психических заболеваний].

### Диагностика и оценка

Произошедшие недавно изменения в этой области исследования указывают на необходимость более полно отслеживать религиозное пространство пациента в процессе психиатрического обследования и оценки [40]. Религия должна быть включена в стандартный список потенциальных ресурсов, которые пациент может использовать, сталкиваясь с болезнью и другими жизненными стрессами. Пациентов нужно спрашивать, есть ли у них ресурсы в религиозной сфере, к которым они могут обратиться, чтобы справиться со своими проблемами, так же как их спрашивают о других ресурсах, например об их семье и круге общения, хобби и занятиях спортом. С другой стороны важно понять имеют ли у пациента место какие-либо проблемы религиозного характера. Простой вопрос: «Затронули ли ваши проблемы вашу религиозность» может открыть дверь в исследование религиозной борьбы или других религиозных проблем пациента.

В процессе оценки религиозных проблем важно учитывать, вторичны ли они по отношению к психической симптоматике, являются ли они первичными источниками психиатрического расстройства или имеют сочетанный характер. Такое различие весьма существенно для дальнейшего лечения. Во многих случаях проблемы в духовной сфере, такие как религиозные галлюцинации и бред, могут быть лучше всего поняты как вторичные по отношению к основному психическому заболеванию; религия в этих случаях может просто быть идиомой или символом, через которые выражается заболевание [53]. Лечение психического заболевания среди людей с вторичными религиозными проблемами может привести как к духовному, так и эмоциональному улучшению. Однако в других случаях, когда религия сама по себе основной источник проблемы пациента, обращение внимания только на психическое заболевание может быть недостаточным, чтобы привести к значимым изменениям в его состоянии. Для облегчения состояния пациента может потребоваться духовно интегрированное лечение, которое обра-

щается к религиозному пространству/религиозной составляющей проблемы пациента.

Важно добавить, что чуткий и внимательный подход к оценке состояния пациента требует полного понимания той культуры, в которой пациент существует. Обычно на основании содержания религиозных убеждений нельзя определить являются ли они бредовыми и проблематичными для пациента [54]. Как отметили Miller и Kelley (55), «в некоторых африканских сообществах человека будут считать сумасшедшим, если он не верит, что духи мертвых активно влияют на жизнь человека». В некоторых случаях уместно и необходимо консультироваться с членами религиозной общины пациента, чтобы определить, нормативны ли его религиозные убеждения по их представлениям. В общем, психиатрические диагнозы и оценка должны включать понимание верований, практик и ценностей, определяющих внутренний мир пациента.

### Лечение

Религия обращается к очень личным темам, которые лежат в основе личностной идентичности, убеждений, ценностей и мировоззрения человека. Это справедливо и для людей с серьезными психическими заболеваниями. Пациенты вряд ли вовлекутся в беседу о глубинной стороне своей жизни, если их психиатр не продемонстрирует открытости, интереса и понимания их религиозности.

Исследования конкретных случаев показали, как практикующие врачи могут оказать чуткую духовную поддержку, не комментируя онтологической реальности переживаний пациента, т. е. того, что лежит за пределами знаний или компетенции специалистов в области психического здоровья [56]. В этом смысле психиатры могут подходить к религиозности пациента тем же способом, как и к другим областям жизни пациента. Говоря об этом пункте с психодинамической точки зрения, Rizzuto [57] заявил: «врач должен обратиться к пациенту со всей полнотой аналитического опыта, который у него самого имеется благодаря изучению своего собственного религиозного мира, проведенному с тем же вниманием и уважением, что и изучение остальной части его душевной жизни. Некоторые практикующие врачи сообщают, что пациенты приветствуют этот тип духовно чуткого и интегрированного подхода к лечению [58, 59].

Один из самых важных вопросов — является ли духовно интегрированный подход к лечению таким же

эффективным или еще более эффективным, чем традиционные методы лечения. В этом направлении было проведено несколько исследований и первичные их результаты многообещающи. Несколько исследований изучали эффективность лечения, при котором пациент поощряют более полно обращаться к его религиозным ресурсам. При духовно интегрированном лечении результаты были лучше, чем при различных сравниваемых видах лечения, в следующих группах: пациенты-мусульмане из Малайзии с диагнозами генерализованное тревожное расстройство, дистимия и большое депрессивное расстройство [60]; пациенты с депрессией и пациенты с шизофренией в Австралии [61]; женщины из церкви Святых Последних Дней с нарушениями пищевого поведения в условиях стационара [62]; евреи с субклиническим беспокойством и тревогой [63]; и резистентные к лечению пациенты с опиоидной зависимостью в Соединенных Штатах [64]. Вдохновляющие результаты получены в нескольких оценочных исследованиях эффектов духовно интегрированного лечения, которое было направлено на религиозные проблемы. Обследовались группы пациентов в Соединенных Штатах, включая военных ветеранов с симптомами посттравматического стрессового расстройства [65] и женщин, подвергшихся сексуальному насилию [66].

### Многообещающие направления

Несмотря на полученные знания о взаимоотношениях между религией и серьезными психическими заболеваниями вопросов остается больше, чем получено ответов. Есть несколько многообещающих областей для дальнейшей работы в этой сфере [67]. Во-первых, большая часть исследований и практической в этой области сосредоточились на культурах Запада. Результаты изучения этой особой тематики должны быть расширены за счет включения других религиозных групп из других стран и культур. Во-вторых, необходимы дальнейшие исследования, чтобы психиатры могли идентифицировать и различать как психиатрические заболевания, так и религиозные ресурсы и религиозные проблемы среди различных религиозных групп, культур. В-третьих, долгосрочные исследования необходимы, чтобы помочь разобраться в сложных взаимодействиях между религией и психопатологией. Особенно важно найти способы отражения в психическом расстройстве вторичных религиозных проблем и понять,

что заставляет людей искать утешения и поддержки в вере. Кроме того следует определить каким образом религиозные ресурсы и первичные религиозные проблемы пациента могут улучшать и/или обострять течение болезни.

Исследования религиозности, описанной в целом только несколькими показателями, такими как частота молитвы или принадлежность к религиозной общине, должны уступить место более конкретным исследованиям особых форм религиозной жизни у людей, страдающих определенными формами психического заболевания. Например, в каком случае обращение к религии может играть защитную роль при психическом заболевании; и, наоборот, в каком случае это может способствовать серьезным психологическим проблемам? Различаются ли этиологические факторы и последствия религиозного и нерелигиозного бреда и галлюцинаций? В-четвертых, дополнительные исследования необходимы для ответа на ключевые вопросы об объеме религиозной составляющей в психиатрическом лечении. Увеличивает ли духовно интегрированное лечение эффект стандартного психиатрического лечения? Какое воздействие, если таковое имеется, оказывает сходство или различие в религиозных убеждениях между доктором и пациентом на процесс и результат лечения? Какое влияние оказывают психотропные препараты на религиозные проблемы, верования, практики и опыт пациентов? В-пятых, для того чтобы продвинуться в этой области, следует разработать, тестировать и внедрить эффективные модели обучения психиатров [68, 69]. Наконец, хотя теория, исследования и практика в области соотношения религии и тяжелых психических расстройств все еще находятся на начальных стадиях, становится очевидным, что для высокого качества обеспечения/охраны психического здоровья требуется установление уважительных отношений сотрудничества между психиатрией и лидерами и членами религиозных общин.

### Литература

1. Koenig HG, King D, Carson V. Handbook of religion and health, 2nd ed. New York: Oxford, 2012.
2. Pargament K. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford, 1997.
3. Freud S. The future of an illusion. New York: Norton, 1927/1961.
4. Richardson JT. Religiosity as deviance: negative religious bias and misuse of the DSM-III. Deviant Behav 1993;1: 1-21.

5. Weaver AJ, Samford JA, Larson DB et al. A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991–1995. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:187-90.
6. Bobgan M, Bobgan D. *Psychoheresy: the psychological seduction of Christianity*. San Francisco: East Gate, 1987.
7. Barbour JG. *Myths, models and paradigms: a comparative study in science and religion*. New York: Harper & Row, 1974.
8. Shafranske EP. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatr Ann* 2000;30:1-8.
9. Larson D, Lu F, Swyers J. *A model curriculum for psychiatry residence training programs: religion and spirituality in clinical practice*. Rockville: National Institute for Healthcare Research, 1997.
10. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM et al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:660-5.
11. Neeleman J, Lewis G. Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Int J Soc Psychiatry* 1994; 40:124-34.
12. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105: 356-62.
13. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illness. *J Psychol Theol* 2004;32:305-17.
14. Canada AL, Parker PA, deMoor JS et al. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101:102-7.
15. Friedman LC, Kalkidas M, Elledge R et al. Medical and psychosocial predictors of delay in seeking medical consultation for breast symptoms in women in a public sector setting. *J Behav Med* 2006;19:327-34.
16. Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ et al. Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behav* 2004;8: 221-35.
17. Yates JW, Chalmer BJ, St. James P et al. Religion in patients with advanced cancer. *Med Ped Oncol* 1981;9:121-8.
18. Mohr S, Brandt PY, Borrás L et al. Toward an integration of religiousness and spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:1952-9.
19. McCullough ME, Willoughby BLB. Religion, self-regulation, and self-control: associations, explanations, and implications. *Psychol Bull* 2009;135:69-93.
20. Mohr S, Perroud N, Gillieron C et al. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcomes in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry* 2010;186:177-82.
21. Durkheim E. *The elementary forms of the religious life*. New York: Free Press, 1965.
22. Pargament KI, Cummings J. Anchored by faith: religion as a resilience factor. In: Reich J, Zautra AJ, Hall JS (eds). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford, 2010: 193-212.
23. Huguélet P, Mohr S, Borrás L et al. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006;57:366-72.
24. Granqvist P, Kirkpatrick LA. Religion, spirituality and attachment. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:139-56.
25. Sormanti M, August J. Parental bereavement: spiritual connections with deceased children. *Am J Orthopsychiatry* 1997;6: 460-9.
26. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003;129:614-36.
27. Hebert RS, Dang Q, Schulz R. Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:292-300.
28. Bowen R, Baetz M, D'Arcy C. Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2006;23:266-73.
29. Soenke M, Landau MJ, Greenberg J. Sacred armor: religion's role as a buffer against the anxieties of life and the fear of death. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:105-22.
30. Geertz C. Religion as a cultural system. In: Banton M (ed). *Anthropological approaches to the study of religion*. London: Tavistock, 1966:1-46.
31. Clark WH. How do social scientists define religion? *J Soc Psychol* 1958;47:143-7.
32. Mickley JR, Pargament KI, Brant CR et al. God and the search for meaning among hospice caregivers. *Hospice J* 1998;13:1-17.
33. Murphy SA, Johnson LC, Lohan J. Finding meaning in a child's violent death: a five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies* 2003;27:381-404.
34. Dezutter J, Wachholtz A, Corveleyn J. Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *J Behav Med* 2011; 34:542-9.
35. Johnson P. *Psychology of religion*. Nashville: Abingdon, 1959.
36. Dein S, Pargament KI. On not praying for the return of an amputated limb: conserving a relationship with God as the primary function of prayer. *Bull Menninger Clin* 2012;76:235-59.
37. Falsetti SA, Resick PA, Davis JL. Changes in religious beliefs following trauma. *J Trauma Stress* 2003;16:391-8.
38. Allport GW. *The individual and his religion: a psychological interpretation*. Oxford: Macmillan, 1950.
39. Pruyser PW. The seamy side of current religious beliefs. *Bull Menninger Clin* 1977;41:329-48.
40. Pargament KI. *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford, 2007.
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revised*. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
42. Pargament KI, Murray-Swank N, Magyar G et al. Spiritual struggle: a phenomenon of interest to psychology and religion. In: Miller WE, Delaney W (eds). *Judeo-Christian perspectives on psychology: human nature, motivation, and change*. Washington: APA Press, 2005:245-68.
43. Pirutinsky S, Rosmarin DH, Pargament KI et al. Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *J Affect Disord* 2011;132: 401-5.
44. McConnell K, Pargament KI, Ellison C et al. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *J Clin Psychol* 2006;62:1469-84.
45. Exline J. Religious and spiritual struggles. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:459-76.
46. Waller JE. Religion and evil in the context of genocide. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1)*. Washington: APA Press, 2013:477-94.
47. Jones JE. *Blood that cries out from the earth: the psychology of religious terrorism*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
48. Olsson PA. *Malignant pied pipers of our time: a psychological study of destructive cult leaders from Rev. Jim Jones to Osama bin Laden*. Baltimore: PublishAmerica, 2005.
49. Bushman BJ, Ridge RD, Das E et al. When God sanctions killing: effect of scriptural violence on aggression. *Psychol Sci* 2007;18:204-7.
50. Donahue MJ. Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis. *J Pers Soc Psychol* 1985;48:400-19.

51. Abu Raiya H, Pargament KI, Mahoney A et al. When Muslims are perceived as a religious threat: examining the connection between desecration, religious coping, and anti-Muslim attitudes. *Basic Appl Soc Psychol* 2008;30:311-25.
52. Mohr S, Borrás L, Betrisey C et al. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry* 2010;73: 158-72.
53. Greenberg D, Witztum E. Sanity and sanctity: mental health work among the ultra-orthodox in Jerusalem. New Haven: Yale University Press, 2001.
54. Pierre J. Faith or delusion? At the crossroads of religion and psychosis. *J Psychiatr Pract* 2001;7:163-72.
55. Miller L, Kelley BS. Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian RF, Park CL (eds). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford, 2005:460-78.
56. Lomax JW, Kripal JJ, Pargament KI. Perspectives on 'sacred moments' in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168:12-8.
57. Rizzuto AM, Shafranske E. Addressing religion and spirituality in treatment from a psychodynamic perspective. In: Pargament KI, Mahoney A, Shafranske E (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality*, Vol. 2. Washington: APA Press, 2013:125-46.
58. Stanley MA, Bush AL, Camp ME et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Mental Health* 2011; 15:334-43.
59. Kehoe N. *Wrestling with our inner angels: faith, mental illness, and the journey to wholeness*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
60. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom* 1995;63: 165-73.
61. D'Souza R, Rich D, Diamond I et al. An open randomized controlled trial using a spiritually augmented cognitive behavioural therapy for demoralization and treatment adherence in patients with schizophrenia. Presented at the 37th Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Congress, Brisbane, April 2002.
62. Richards PS, Berrett ME, Hardman RK et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2006;41:401-15.
63. Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S et al. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *J Anxiety Disord* 2010;24:799-808.
64. Avants SK, Beitel M, Margolin A. Making the shift from "addict self" to "spiritual self": results from a Stage I study of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:167-77.
65. Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE et al. The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *J Clin Psychol* 2011;67:1-14.
66. Murray-Swank N, Pargament KI. God, where are you? Evaluating a spiritually integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:191-203.
67. Koenig HG. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Peteet JR, Lu FG, Narrow WE (eds). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association, 2011:31-51.
68. Blass DM. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. *Acad Psychiatry* 2007;31:25-31.
69. Puchalski CM, Larson DB, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int Rev Psychiatry* 2001;13: 131-8.

# Религиозность, качество личности, с которым стоит считаться в психиатрии

Herman M. van Praag<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> University of Groningen, Utrecht, Maastricht, The Netherlands (Нидерланды);

<sup>2</sup> Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, USA (США)

Перевод: Борисова А.С.

Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax предоставили яркий, убедительный и емкий обзор исследований в области взаимодействия психиатрии и религии. Однако, они не делают четкого разграничения между религиозностью и религией. Я делаю это разграничение, и рассматриваю этот вопрос, как наиболее важный, как в теории, так и на практике.

Я определяю религиозность как близость (сродство) к основной идеи религии. Эта идея заключается в том, что, кроме мира, который мы можем воспринять нашими органами чувств, существует другой мир, сверхъестественный. Истинно верующие испытывают стремление дотянуться до этого метафизического мира. Они хотят добавить в жизнь еще одно вертикально направленное измерение, они открыты идеи Бога и знают чувства, мысли, переживания, которые связаны с этим понятием.

“Размышление о высшем” (“Thinking upwards”) — термин, заимствованный у de Ryk (1) — не является бессмысленным делом. Это ведет к чему-то. Человек получает доступ к метафизическому миру. Миру вне горизонта, миру абсолютно иррациональному, непостижимому для рационального, логического анализа. Тот мир не остается пустым. Люди не могут свободно оперировать вакуумом. Они имеют тенденцию заполнять его. В случае тишины, наступающей в беседе — словами; в случае представления о метафизической вселенной — неопределимыми силами, влияющими на личную жизнь человека и общество в целом, частью которого он является. Силы, которые, как предполагается, действуют в этой метафизической вселенной, могут оставаться неопределенными, несформированными. В этом случае я говорю о духовности. Как альтернатива — представление о силах, объединенных в одном, вездесущем, всемогущем, всеобъемлющем мифическом естестве, называемом

Богом. В этом случае я говорю о религиозности.

Эта идея, этот образ и подобие Бога приобретает множество функций. Во-первых, это — символ; символ неограниченного творческого потенциала и абсолютной нравственности. В этом случае для истинно верующих он становится образцом для подражания, эталоном для собственного поведения. Слова «символ», «метафора» не имеют никакого очерняющего оттенка. Метафора, это как раз способ вербально выразить то, что на самом деле невозможно выразить словами. Что и даёт нам образ невыразимого/неописуемого и невообразимого.

Во-вторых, и отеческие, и материнские качества проецированы в Богообразии; в идеализированной форме. В основанном на личном опыте мире верующего человека, Бог — это и советник, и высший защитник. Он включается во временна эмоционального потрясения и дает утешение или смирение, в зависимости от надобности.

В-третьих, у Бога, как считают верующие, есть надежда. Он надеется, что человек (если перефразировать в еврейской манере) освятит, т.е. очистит от греха и порока свою жизнь. Бог вторгается в совесть человека; объединяется с его совестью. В этой ипостаси, Бог предупреждает его, когда он собирается сбиться с пути истинного и вызывает чувство вины, если отступление от веры, тем не менее, произошло.

Наконец, Бог предоставляет истинно верующим предназначение, или лучше: Он ожидает, что они выберут предназначение. Предназначение с альтруистическим характером; то, которое будет способствовать процветанию общества; на всех уровнях (социальном, культурном, научном), или менее возвышенно, но не менее важно,- стараясь сделать лучшее из того что можно, в семье, на работе или в общественной жизни.

Таким образом, в жизни верующего, образ Бога действует как важная система поддержки. Это делает жизнь светлее, при условии, что религиозность претворяется в жизнь без принуждения, без давления извне. Светлее в двойном смысле этого слова. Жизнь становится легче, становиться легче жить. И дает свет, облегчая поиск цели и смысла в жизни, чтобы в конце

путешествия можно было сказать: все это имело смысл. Я вижу разницу. Конечно, образ Бога — не единственный источник смысла, но, без сомнения, важный.

Религия, с другой стороны, относится к ряду религиозных доктрин; фактически к философии, способу интерпретировать человеческое существование с фокусом на идею Бога. Религия обеспечивает потребность “размышления о возвышенном”, его содержания и форме. Религия, можно сказать, это формализованная, структурированная, и часто, к сожалению, законодательная форма выражения религиозности. Религиозность — основание, религия — надстройка.

Религия представлена в различных структурах (ракурсах). На одном полюсе человек находит в ней то, что я называю, жестким, законодательно закрепленным набором положений, которым каждый обязан верить или следовать; положений, которые, часто, запрещают, а не поощряют размышления, склонны вызывать чувства греха и позора, вместо того, чтобы вызывать радость бытия.

На другом полюсе человек находит представление о жизни, которое очаровывает; которое без труда включается в жизнь; приглашает к обсуждению; стимулирует размышления относительно цели и смысла жизни; система, которая не представляет достоверных фактов, только возможности.

Религия может обогатить жизнь или испортить ее. Можно отклонить систему или охватить ее, частично или полностью. Она может действовать на пользу или во вред. На протяжении столетий, она часто действовала во зло. Это создало религии плохую репутацию.

Этот комментарий касается религиозности. Как видно на примере всех стран Запада, религиозность — частое явление. Она выражается множеством разных способов: вера в личного бога; вера во всемогущий, абстрактный принцип; вера в загробную жизнь; вера в бессмертие души; вера в божественное влияние в жизни и многие другие. Церковь и церковные власти потеряли престиж; а религиозность, кажется, все еще занимает сильные позиции. Эти данные действительно подтверждают то, что религиозность следует рассматривать в качестве нормального компонента личности человека.

Другие данные подтверждают это заключение. Религиозность – особенность, которая биологически закреплена. Во-первых, это частично детерминировано генетически (2). Во-вторых, несколько типов доказательств указывают на то, что мозг имеет системы, которые являются корнем/основанием для религиозных убеждений и переживаний (2–5). Если их активировать электромагнитным током, появятся религиозные переживания, даже у неверующих. Нейронная активность в этих областях меняется в зависимости от интенсивности и глубины религиозной приверженности.

Означает ли это, что религиозность вызвана биологически, что это не более чем продукт неких сверхактивных нейронных цепей в мозгу? Нет, это не правильное заключение. Это означает, что мозг является посредником между религиозными потребностями и удовлетворением этих потребностей. Религиозные потребности имеют психологическое происхождение, а их удовлетворение делает возможным благодаря мозгу, посредством нейробиологических процессов.

Выводы: религиозность – это свойство человеческого разума. Религия – это продукт человеческого разума. От религии можно избавиться. Религиозность же есть везде, пропитывает само наше бытие. Она существует, чтобы жить. (6).

Это так, как оно есть, и психиатры не могут игнорировать религиозность, независимо от своей собственной системы убеждений. Тщательный анализ личности – основное дело диагностики. Религиозность не должна быть пропущена в этом процессе (7). Играла ли она роль в возникновении текущего психического состояния, и если да, ее влияние обостряло его или смягчало? Может ли вертикально направленное измерение быть использовано в психологическом лечении, и если да, то кто будет отвечать за лечение – священник или психиатр, или это должно быть их тандем?

Короче говоря, религиозность имеет значение в психиатрии. Психиатры не могут позволить себе иметь слепые пятна в своей профессиональной деятельности.

## Библиография

1. de Rijk LM. Religion, normen, waarden (Religion, norms, values). Amsterdam: Bert Bakker, 2008.
2. van Praag HM. Seat of the divine: a biological “proof of God’s existence”? In: Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Jr. et al (eds). Religion and psychiatry. Beyond boundaries. New York: Wiley, 2010: 523-39.
3. Beauregard M, O’Leary D. The spiritual brain. New York: Harper, 2007.
4. Perroud N. Religion/spirituality and neuropsychiatry. In: Huguelet P, Koenig HG (eds). Religion and spirituality in psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:48-64.
5. Inzlicht M, McGregor I, Hirsh JB et al. Neural markers of religious conviction. Psychol Sci 2009;20:385-92.
6. Norenzayan A, Shariff AF. The origin and evolution of religious prosociality. Science 2008; 322:58-62.
7. Verhagen PJ, Cox JL. Multicultural education and training in religion and spirituality. In: Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Jr. et al (eds). Religion and psychiatry. Beyond boundaries. New York: Wiley, 2010:587-613.

DOI 10.1002/wps.20006

# Религия и психическое здоровье: вклад антропологии

Simon L. Dein

Department of Mental Health Sciences, University College London, Charles Bell House, London WC1 7EY, UK (Великобритания)

Перевод: Борисова А.С.

Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax представляют всесторонний обзор стремительно увеличивающегося объема литературы, посвященной религии и психическому здоровью. Их сообщение сбалансировано/гармонично, благодаря описанию как положительных, так и негативных сторон воздействия религии и духовности на состояние личности. Намереваясь продолжить дискуссию о дальнейшем исследовании в области религии и психического здоровья, в этом комментарии я акцентирую внимание на некоторых областях, в которых мой подход, основанный на социальной антропологии, может отличаться от идей Pargament и Lomax.

Некоторые из областей, упомянутых в обзоре (например, смысл жизни, религиозно обусловленное насилие и конфликт на религиозной почве), привлекли внимание

антропологов. Как антрополог, я соглашаюсь, что результаты говорят о необходимости расширить исследования за счет изучения других религиозных групп, культур и стран. Религиозные факторы всегда действуют в контекстах культур. Например, живой опыт ислама может варьироваться у представителей общин разных культур. Гендерная иерархия и политическая организация могут различаться в двух исламских общинах, внося свой вклад в формирование определенных стрессогенных факторов. Это имеет как теоретическое, так и практическое значение.

Антропология может внести существенный вклад в эти дебаты, благодаря акценту на углубленное описание индивидуальных переживаний, и ее ключевой методологии – включенному наблюдению, – которая учитывает долгосрочное взаимодействие культуральных групп и облегчает понимание того, как религия и психическое здоровье воздействуют друг на друга во времени [1]. Кроме того, она способствует эмпическому пониманию того, как культурально организованы такие понятия, как религия, духовность, совладение с болезнью, вера и психическое заболевание.

Дальнейшие исследования в области религии и психического здоровья должны использовать набор секулярных/светских значений таких терминов как религия, духовность и здоровье, вместо впечатляющих профессиональных определений.

Данные антропологических полевых исследований могут быть привлечены для интерпретации существующих критериев оценки религиозно-культурных факторов.

Существующая литература по религии и психическому здоровью преимущественно концентрируется на вере, а не опыте. Антропологи, как правило, выступают в прения относительно понятия веры, особенно при обсуждении религиозных воззрений [2]. Спорно, может ли понятие веры, существующее в протестантизме, легко быть применено к группам с другой верой. И взаимоотношения между убеждениями, знанием и верой часто достаточно расплывчато определяются в существующей литературе.

Религиозный опыт включает как познавательные, так и эмоциональные составляющие. До настоящего времени акцент на познании вытеснял важную роль эмоциональных факторов в поддержании

веры. R. Firth [3] понимает веру как ряд идей, более или менее объединенных по смыслу, но скрепленных убеждением, что они верны — что они значимы в их отношении к реальности. Он указывает, что мы можем выделить элементы знания, эмоций и волевой деятельности, влияющих на веру. И именно эмоциональная составляющая любого вида переживаний является основанием для веры и наделяет ее мощным ощущением реалистичности.

Хотя я согласен с утверждением Pargament и Lomax, цитирующих антрополога С. Geertz, о том, что религия служит источником смысла для верующих, при этом социальная антропология выходит за пределы индивидуальных религиозных воззрений. Она открывает более широкую перспективу благодаря анализу путей, которыми структуры власти и религиозные структуры формируют специфические убеждения; и анализу способов, которыми особые фракции в религиозных общинах оспаривают эти убеждения.

Длительное время антропологи признают важность особых религиозных переживаний в поддержании благополучия в сообществах и роли ритуалов в порождении таких переживаний. Есть множество антропологических данных, исследующих роль ритуалов в поддержании психического здоровья. Тем не менее, существующие научные труды не исследовали влияния всего спектра религиозных ритуалов на психическое здоровье. Например, несмотря на то, что большая часть современной литературы концентрируется на христианстве, недостаточно работ, исследующих такие христианские таинства как крещение, евхаристии и возложение рук, весьма значимых с точки зрения облегчения психического состояния. Религиозный опыт, ритуалы и их влияние на пси-

хическое благополучие должны стать целью будущих исследований в этой области (4).

Кроме того, длительное пребывание исследователя в религиозной общине облегчает сбор подробных феноменологических описаний таких составляющих религиозного опыта как, например, слышание голоса Бога, и дает понимание того, как эти описания интерпретируются в разнообразных культурных контекстах (5). Это позволяет лучше понимать сходства и различия между нормативным религиозным опытом и психопатологическими состояниями.

Один из вопросов, обсуждаемых Pargament и Lomax — религиозные галлюцинации — вызвал некоторые обсуждения в ключе антропологии. Антрополог Т. Luhrmann [6] указывает, что галлюцинации ярко иллюстрируют образ, которым культура воздействует на наш самый незыблемый сознательный опыт, и способы, которыми и культурные факторы, и биологические ограничения формируют этот опыт.

Антропологическая литература указывает, что понимание психического здоровья включает физическое, эмоциональное и духовное измерения, и что оно, соединяя посредством разнообразных ритуалов эти измерения воедино, часто отражает восстановление гармоничных отношений с тем, что общины определяют как божественное. Как указывает социальный антрополог V. Turner в своей работе о пребывании среди народности ндембу (самобытная народность демократической республики Конго, прим. переводчика) (7), собрание вышеупомянутых трех измерений воедино столь же эффективно поддерживает общественное устройство, сколь восстанавливает тело, разум и душу страждущих. Таким образом, религия/духовность должна воздействовать

как на психическое здоровье, так и на состояние общества и социальную интеграцию.

Наконец, с точки зрения терапии, в настоящее время наблюдается все возрастающее число работ по кросс-культуральной психотерапии и значению взаимопонимания пациента и врача (8). Эта литература демонстрирует, что, хотя культуральное соответствие порой приводит к увеличению эффективности психотерапии, но другие факторы, такие как пол и социальное положение, также определяют результаты лечения. Эти выводы могли бы быть распространены и на исследование в области духовно интегрированной терапии, с учетом способов, которыми соответствие взглядов врача и пациента в религиозных аспектах может улучшить или ухудшить результаты лечения.

## Библиография

1. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 852-5.
2. Tambiah S. *Magic, science, religion and the scope of rationality*. New York: Cambridge University Press, 1990.
3. Firth R. *Religion: a humanist interpretation*. London: Routledge, 1996.
4. Dein S. Judeo-Christian religious experience and psychopathology: the legacy of William James. *Transcult Psychiatry* 2010;47:523-47.
5. Dein S, Littlewood R. The voice of God. *Anthropol Med* 2007;14:213-28.
6. Luhrmann T. Hallucinations and sensory overrides. *Ann Rev Anthropol* 2011;40: 71-85.
7. Turner V. *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. Ithaca: Cornell University Press, 1967.
8. Kareem J, Littlewood R. *Intercultural therapy: themes, interpretations and practice*. Oxford: Blackwell, 1992.

DOI 10.1002/wps.20007

# Оценка духовности пациента как часть стандартного психического обследования: проблемы и следствия

Philippe Huguelet<sup>1</sup>,

Olfa Mandhouj<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Division of General Psychiatry, Department of Mental Health and Psychiatry, University Hospitals of Geneva, 1207 Geneva, Switzerland (Швейцария)

<sup>2</sup> INSERM U699, Hospital Andre-Mignot, Le Chesnay, Paris, France (Франция)

Перевод: Борисова А.С.  
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax провели всесторонний и полный анализ как положительного, так и отрицательного воздействия религии на симптомы и исходы психических расстройств у больных. Их работа преимущественно основана на важном исследовании, проведенном Pargament и коллегами по религиозной и смыслообразующей копинг-стратегиям. Pargament и коллеги счи-

тают, что многие пациенты используют религию и в качестве ресурса для психологической адаптации, и в качестве модели, объясняющей их заболевание (1). Это может иметь как положительные последствия (например, “Я думаю, что моя болезнь – наказание Бога за мои грехи. Это придает смысл тому, что произошло со мной, таким образом, это менее несправедливо”), так

и отрицательные (например, “Я молился в течение многих лет. Я все еще болен, потому что я не достаточно верю в исцеляющую силу Бога. Я – плохой человек”) (2).

Отрицательные аспекты религии могут быть выражены через понятие “духовной борьбы”, сложное для понимания многих клиницистов. Духовная борьба может быть внутрличностной, межличностной, и/или связанной с представлением пациента о Боге. Оценивая этот феномен, необходимо учитывать тот факт, что духовная борьба может быть как причиной, так и следствием психопатологии (или и тем, и другим).

Статья Pargament и Lomax помогает клиницистам выяснить, в каком качестве может выступать религия: как ресурс для психологической адаптации к болезни, как источник смысла или эмоционального комфорта (например, как средство уменьшения тревоги), и как средство саморегуляции и улучшения качества жизни человека как члена социума. Клиницисты должны быть знакомы с этими понятиями до того, как они начнут выполнять оценку степени духовности, процедуру, которая должна быть частью обычного психиатрического обследования (3). Однако, они могут обнаружить, что у любого конкретного пациента в определенный период времени часто присутствуют не один, а большее количество вышеупомянутых аспектов (3). Например, пациент с шизофренией может страдать бредом с религиозным содержанием (“Дьявол говорит со мной...” ) и, в то же самое время, быть способным молиться Богу, чтобы уменьшить свою тревогу. Важно помнить, что скрининговые вопросы могут быть использованы в процессе оценки всех аспектов религиозности пациента (3,4).

Как мы должны поступать после того, как оценка степени духовности выполнена? Полученные данные должны быть учтены как часть материала для поддерживающей психотерапии, способствуя формированию положительной копинг-стратегии и работе с негативными проявлениями духовности (например, духовной борьбой). В некоторых случаях, в зависимости от культурального контекста, в котором проводится лечение, проблемы могут быть более сложными. В некоторых регионах, где нет психиатров, традиционные целители пытаются помочь пациентам с расстройствами психики в рамках “интегрированного лечения”,

включающего духовное лечение и более секулярные методы (с тем или иным успехом). С другой стороны, в большинстве европейских стран психиатры придерживаются светской позиции в работе. Из этого следует, что проблемы, проявившиеся в результате оценки духовности пациента, могут рассматриваться психиатрами, как касающиеся священников или иных духовных лиц. Между этими двумя позициями существуют положения (варианты), где вопросы переплетаются. Так, в Соединенных Штатах некоторые клиницисты могут молиться со своими пациентами, что не рассматривалось бы как приемлемая форма поведения в большинстве общественных психиатрических учреждений в Европе.

Сложность этой области знаний также связана с существованием некой “серой зоны”, подчас находящейся в поле деятельности психотерапии, где данные внутрличностного характера могут рассматриваться или как “геологический”, или как когнитивный процессы, требующие психологического вмешательства, или как оба из вышеупомянутых процессов (например, чувство вины женщины после аборта, частично основанное на религиозных убеждениях).

Так что же нам делать? С одной стороны, психиатры должны адаптировать свою практику к тем запросам, которые предъявляет общество. С другой стороны, существуют обстоятельства, при которых “лечение, принятое, привычное, характерное, свойственное, закрепившееся в данной местности” (local care) несовместимо с эффективными стандартными методами лечения (такими, как антипсихотические средства при психотических симптомах). В некоторых регионах пациенты сначала консультируются со своим врачом по месту жительства, а затем обращаются к традиционной (народной) медицине, когда понимают, что прежнее лечение не приносит улучшения (5). В таких ситуациях клиницистам не стоит конкурировать с этими (традиционными) подходами, а лучше найти способы применения других моделей лечения, в которых подходы дополнили бы друг друга (6). Это может вызывать фрустрацию, учитывая время и деньги которые, вероятно, будут потеряны при такой последовательности действий. Однако фактически нет никакого другого выбора: люди, живущие в культуре, применяющей религиозные моде-

ли для объяснения психических расстройств, будут, скорее всего, искать традиционные пути лечения прежде, чем обратятся к современной психиатрии. Задача психиатров – принять во внимание культуральный контекст мышления их пациентов, что может включать в себя, когда это необходимо, и построение сотруднических взаимоотношений с членами религиозных общин.

В заключение мы хотели бы подчеркнуть что: а) оценка степени духовности пациента должна быть частью исследования культурологического контекста в ходе любой консультации пациента в психиатрическом учреждении, согласно рекомендациям WPA (7); б) оценка религиозных убеждений пациента, вероятно, вскроет психологические и социальные вопросы, которые имеют отношение к лечению; и в) эти данные могут иметь психотерапевтические, психиатрические и социальные последствия, в зависимости от особенностей пациента и местного психиатрического и культурологического контекста.

## Библиография

1. McCabe R, Priebe S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *Br J Psychiatry* 2004;185:25-30.
2. Huguelet P, Mohr S, Gillieron C et al. Religious explanatory models in patients with psychosis: a 3-year follow-up study. *Psychopathology* 2010; 43:230-9.
3. Huguelet P, Mohr S, Betrisey C et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv* 2011;62:79-86.
4. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001;63: 81-9.
5. Campion J, Bhugra D. Experience of religious healing in psychiatric patients in South India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:215-21.
6. Khan I, Pillay K. User' attitudes toward home and hospital treatment: a comparative study between South Asian and white residents of the British Isle. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:137- 46.
7. Mezzich E. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 2007; 6: 65-7.

DOI 10.1002/wps.20008

# Религия и здоровье: чем больше мы знаем, тем больше мы должны узнать

Alexander Moreira-Almeida

Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brazil (Бразилия)  
WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry (Секция ВПА по религии, духовности и психиатрии)

Перевод: Борисова А.С.  
Редактура: Борисова О.А.

За последние несколько десятилетий, в основном из-за растущего объема убедительных эмпирических данных, заметно возросло признание взаимосвязи между религиозностью и здоровьем. Эти данные бросили вызов ранее господствующим взглядам, главным образом, основанным на теоретических выкладках, что религиозность – это остаток примитивного психологического развития, обычно связываемого с незрелыми защитными реакциями и психиатрическими симптомами. Большая часть данных эпидемиологических исследований указывает на существование взаимосвязи на популяционном уровне причастности к религии и более хороших показателях здоровья (1). Однако, значение, которое могли бы иметь эти результаты для обычной клинической практики, обсуждено недостаточно; и мало исследований было проведено в области негативных проявлений этой взаимосвязи. Статья Pargament и Lomax выдвигает на первый план именно эти два упущения.

Авторы упоминают “сложную историю отношений между психиатрией и религией”. Несомненно, были конфликты между религией и психиатрией, а в более широком смысле – между религией и наукой. Однако, важно отметить, что, с исторической точки зрения, отношения между наукой и религией являлись скорее синергическими, чем антагонистическими. Создается впечатление, что этот конфликт был в основном ограничен периодом с середины 19-го столетия до конца 20-го столетия (2). На самом деле, с древних времен духовные проблемы и забота о больном были взаимосвязаны между собой; и было бы разумно проведение новых и всесторонних исследований исторических связей между духовностью и заботой о душевнобольных людях. Это историческое

понимание проблемы очень важно для объективной оценки ситуации.

В то время как взаимодействие между религиозностью и здоровьем было достаточно хорошо описано, понимание механизмов этого взаимодействия являлось задачей, требующей решения. Признание “активных ингредиентов” религии имеет особый интерес для клинициста, так как с их помощью возможно развитие новых подходов к лечению и профилактике заболеваний. Анализ четырех предложенных психосоциологических посредников (медицинские методы, социальная поддержка, психосоциологические ресурсы и системы ценностей) выявил то, что эмпирические доказательства являются “разнородными и противоречивыми” (3). Pargament и Lomax обсудили некоторые многообещающие подходы. Чтобы расширить знание по этому вопросу, полезно было бы исследовать проблему, как духовность может способствовать развитию в большей степени “благотворных” факторов, чем “патогенных” факторов. Могло бы также быть плодотворным сосредоточить внимание на механизмах, которые могут быть специфичными для духовной области и отсутствуют в секулярной среде. Исследования на качественном уровне являются важными, но до сих пор практически игнорируемыми источниками новых гипотез.

Понимание «темной» стороны религии требует проведения значительно большего количества исследований. Это особенно относится к религиозному насилию. Видимо, религия, в большей степени, чем любое другое обоснование (причина) межгруппового насилия, может становиться маркером, отражением широкого круга социокультуральных характеристик. Некоторые из случившихся конфликтов, которые были опрометчиво представлены как религиозные, могли бы стать более понятными, если бы их первопричинами считали экономические, этнические, или другие, более приземленные факторы (4). Религия, как и любая другая могущественная идея, такие как, например, наука, здоровье, социальная справедливость и свобода, может быть, и были использованы в качестве оправдания насилия и нетерпимости.

В дополнение к важному вопросу о том, когда религиозная проблема является первичной, а когда вто-

ричной по отношению к психическому расстройству, необходимо также провести более четкую дифференциацию между духовными переживаниями у здоровых людей, которые напоминают психиатрические симптомы, и психическими расстройствами с религиозным содержанием (5). Это – наиважнейшая, но все еще в основном неизведанная область.

В дополнение к изучению духовно интегрированного лечения, как и подчеркнуто авторами, необходимо лучшее понимание механизмов и влияния духовного лечения. Миллионы людей во всем мире, страдающих психическими расстройствами, обращаются за помощью к духовному лечению или только как к единственному средству, или в сочетании с психиатрическим лечением (6). Одним важным примером, который заслуживает дальнейшего всестороннего исследования, является религиозное/духовное лечение токсикомании. Такое исследование может помочь нам прояснить, какие методы вредны (и их нужно избегать), и какие могут быть эффективны (и они должны быть лучше изучены и должны использоваться).

На ряду с рассмотренными Pargament и Lomax исследованиям духовно интегрированного лечения, в которых показаны лучшие результаты по сравнению с обычным лечением, есть другие исследования, в которых был выявлен примерно одинаковый уровень эффективности этих двух видов лечения (7). Тем не менее, духовно интегрированное лечение может способствовать лучшему принятию психологического/психиатрического лечения среди религиозных пациентов. Некоторые пациенты с определенным профилем могут извлечь наибольшую пользу из этих комплексных подходов. Также стоит отметить, что, согласно некоторым данным, духовно интегрированное лечение может быть адекватно проведено нерелигиозными клиницистами (8).

И в заключении. Заслужой обзора Pargament и Lomax является обращение внимания широкой психиатрической аудитории на некоторые важные аспекты религии, которые относятся к клинической практике. Можно сделать некоторые выводы на основе имеющихся доказательств: а) существует часто встречающаяся и существенная взаимосвязь между религиоз-

ностью и психическим здоровьем; б) эти отношения обычно положительные, но есть также отрицательные взаимосвязи; и с) необходимо учитывать духовность пациентов, для того, чтобы обеспечить адекватное и культурально компетентное клиническое лечение.

Исходя из этого, перед психиатрическим сообществом встают некоторые нерешенные проблемы в области образования и исследований. С образовательной точки зрения уместно донести клиницистам знания, накопленные в этой области. С точки зрения исследования есть потребность в: а) расширении исследования на более разнообразных географических и культурных популяциях; б) проведении большего количества исследований в психиатрической популяции; с) исследовании влияния духовного и духовно интегрированного лечения; д) исследования механизмов воздействия религиозной вовлеченности и духовно-интегрированного лечения на здоровье; е) изучение духовного опыта, его первопричин и дифференцирование от расстройств психики; и ф) разработки клинического применения современных эпидемиологических

данных о взаимосвязи между религией и здоровьем.

Для того, чтобы сконцентрироваться на этих проблемах в ВПА создана Секция по религии, духовности и психиатрии. В секции приветствуется участие членом с любыми религиозным/философским корнями со всех континентов мира ([www.religionandpsychiatry.com](http://www.religionandpsychiatry.com)). Эта секция содействовала некоторым инициативам, таким как симпозиумы на международных конгрессах; издание информационного бюллетеня *Psyche и Spirit*: соединение психиатрии и духовности; и редакция руководства по Религии и Психиатрии (9).

#### Библиография

1. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
2. Numbers RL. Galileo goes to jail and other myths about science and religion. Cambridge: Harvard University Press, 2009.
3. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* 2002; 13:190-200.

4. Cavanaugh WT. The myth of religious violence: secular ideology and the roots of modern conflict. New York: Oxford University Press, 2009.
5. Moreira-Almeida A, Cardena E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33 (Suppl. 1): S21-36.
6. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organisations to public health. *International Psychiatry* 2011; 8: 62-3.
7. Worthington EL, Hook JN, Davis DE et al. Religion and spirituality. In: Norcross JC (ed). *Psychotherapy relationships that work*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2011:402-19.
8. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol*: In Session 2009; 65:131-46.
9. Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley- Blackwell, 2010.

DOI 10.1002/wps.20009

## Религия и психиатрия: от конфликта к консенсусу

### Marilyn Baetz

Department of Psychiatry, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK, S7N 0W8, Canada (Канада)

Перевод: Борисова А.С.  
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax представляют религию как "обоюдоострый меч". Она может одновременно быть и ресурсом, и проблемой в психиатрии. Эта аналогия может быть полезной при руководстве дальнейшими исследованиями и при размещении их в позицию согласия из позиции, которая порой бывала конфликтующей. Не только психиатрия испытывала сложности с религией, но также и религия — с ее выделением духа, души и тела — испытывала сложности с психиатрией. Для оптимального восстановления психического здоровья пациента психиатр должен быть способен собрать все данные для лечения больного: на всех уровнях, от клеточного до социального. Такие данные лучше всего получать, используя исследования, заслуживающие доверия.

Факторы, которые нужно принимать к рассмотрению в исследова-

нии, нацеленном на решение вопроса, является ли религия ресурсом или проблемой для психиатрического лечения, включают следующее:

- *Операционализация определения духовности.* Обычно критерии духовности принято измерять в "общих знаменателях", таких как, "Я чувствую связь со всей жизнью" (1), что может не точно передавать ее сущность. Такие параметры служили исследованию до настоящего времени, но были "нечисты", так как они в той же степени отражают психологическое благополучие и экзистенциальные или социальные структуры, как и духовность (2). Соответственно, заключения, основанные на этих исследованиях, могут вводить в заблуждение. Кроме этого, духовность обычно измеряется методом самооценки — процесса, который требует определенного уровня проницательности респондента для оценки некоторые аспектов самого себя по сравнению с неизвестными стандартами. Попытки найти объективные критерии оценки, такие как, например, поведение, связанное с духовностью, представляются намного более проблематичными. Тут риск заключается в возможности изме-

рения результата духовной жизни (то есть, душевного спокойствия или радости), а не самой сути духовности, что приведет к ошибочным заключениям.

- *Измерение религиозности в контексте многоконфессиональности.* Каждая религия исключительна в определенных областях. Таким образом, использование всеобъемлющих или общих критериев, игнорирующих индивидуальные догматы определенных религий, может привести только к компромиссии исследований. Было бы полезно провести исследования того, что считается сущностью каждой религии, и особенно какие имеются отношения этой сущности к психическому здоровью. Религиозные верования, позиции, опыт, приверженность и зрелость могут быть общими темами для разных религий. Но каждая религия, и даже деноминации в пределах одной религии, будут иметь свои различные наборы "стандартов" или идеалов. Например, Иудаизм имеет тенденцию подчеркивать Бога как Всемогущего, в то время как католицизм имеет тенденцию подчеркивать Бога как Всепрощающего. Различные концепции Бога связаны с адаптивными или неадек-

ватными способами религиозных копинг- стратегий (3).

• *Выяснение роли культуры в религиозных проявлениях.* Благодаря культуре можно узнать о том, как религия и духовность интерпретируются человеком, и, впоследствии, о том, какие ответы он получает. Например, в некоторых странах "религия" расценивается как устаревший и почти уничижительный термин, в то время как в других "духовность" считается мистическим явлением нового века. Результаты исследований, проведенных среди афроамериканцев или в южной части Соединенных Штатов, имеют культурологический отпечаток, абсолютно отличный от других областей Соединенных Штатов, Канады или Европы. В частности, установлен намного более высокий базовый уровень религиозных верований. И могут потребоваться различные исследования, чтобы определить фактическую интеграцию индивидуума в религию или духовность в отличие от проявлений преобладающей культуры. В качестве примера: посещение религиозных служб может отражать либо внутреннюю религиозную направленность, либо согласие с социальными нормами, либо комбинацию обоих вариантов.

• *Долгосрочные исследования.* В течение прошлого десятилетия многие поддерживали лонгитудинальные когортные исследования, что привело к избытку междисциплинарных данных. Междисциплинарные данные были противоречивыми, часто показывая различные взаимоотношения между депрессией и религией, или депрессией и духовной самооценкой. Невозможно было выявить причинно-следственные связи. Вопрос о том, приводит ли психическое заболевание человека к духовности, или отталкивает от нее осталась нерешенным. Благоприятные данные лонгитудинальных исследований, направленных на изучение взаимоотношений депрессии и религиозных убежде-

ний или приверженности обрядам, стали интерпретироваться и в отношении того, как депрессия может влиять на религиозность, и в отношении того, как религиозность может влиять на депрессию (2). Долгосрочные исследования, посвященные изучению тревожных расстройств, дисрегуляции аффекта, усилению или уменьшению чувства вины или позора, или серьезных хронических психических заболеваний также могли бы дать полезную информацию. Междисциплинарные эпидемиологические исследования показали, во всяком случае, что религия и духовность в значительной степени определяют психическое здоровье. В такой же степени, как пол или материальное благосостояние. Это свидетельствует о том, что религия должна быть использована как один из факторов, которые следует учитывать в психиатрических эпидемиологических исследованиях. Есть также убедительные доказательства предположения, что религия – это не просто еще одно единица измерения социальной поддержки(4).

• *Исследование того, какие аспекты религии или духовности остаются неизменными во время психотического эпизода или каким образом их можно поддерживать.* Необходимы изменения при рассмотрении конечной цели: от лечения психического расстройства на пациент-ориентированную перспективу, в которой целью является духовный и психологический рост пациента. Согласно этому, Kohlberg (5) и Piaget (6) представляют моральное развитие как последовательность стадий, начинающихся с осознания себя «как начала и конца всего» и ведущих к всеобъемлющим этическим принципам.

Религия уникальна тем, что обеспечивает связь между прошлым и будущим. В обществе, где правительственное внимание направлено на краткосрочную целесообразность, многие ценности отброшены, семьи непостоянны, институты

нестабильны, и культуры менее «чисты» из-за миграции, и только религия ясно дает долгосрочную перспективу. Для понимания психических расстройств необходимы являются долгосрочные перспективы, включающие в себя рассмотрение религии и духовности. Врачи будут способны лучше помочь восстановлению сбалансированного психического здоровья пациентам, у которых религия и проблемы психического здоровья переплетаются, если психиатры будут лучше понимать потенциал и возможные ловушки религиозных или духовных аспектов жизни пациентов (или их отсутствия).

### Благодарности

Автор хотел бы поблагодарить доктора Р.К. Боуэна и доктора Л. Бэлбуну за редакционную помощь.

### Библиография

1. Underwood L, Teresi J. The Daily Spiritual Experience Scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med* 2002;24:22-33.
2. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* Oxford: Oxford University Press, 2012.
3. Phillips RE, Stein CH. God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *J Clin Psychol* 2007;63:529-40.
4. Krause N. Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61:S35-43.
5. Kohlberg L. *Essays on moral development.* San Francisco: Harper & Row, 1981.
6. Piaget J. *The moral judgment of the child.* New York: Free Press, 1965.

DOI 10.1002/wps.20010

## Не причиняем ли мы вред упущением? Обращение к религиозности психически больных

Samuel George Hansdak<sup>1</sup>,  
Raja Paulraj<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Medicine, Christian Medical College, Vellore, Tamil Nadu, India (Индия)

<sup>2</sup> Herbertpur Christian Hospital of Emmanuel Hospital Association, Dehradun, Uttarakhand, India (Индия)

Перевод: Борисова А.С.  
Редактура: Борисова О.А.

Основным препятствием в лечении психически больных в прежние времена было предубеждение, которое было связано с собственными религиозными взглядами врача. Религиозные лидеры для лечения психических заболеваний использовали экзорцизм [изгнание нечистой силы], часто применяя при этом жестокие, грубые и вар-

варские методы. Они полагали, что одержимость демоном является главной причиной психического заболевания. В наши дни мы встречаемся с проблемами противоположного характера. Врачи вообще не обращаются при лечении расстройств психики к проблеме религиозности, чтобы не навязывать свои религиозные взгляды пациен-

ту. Подобный подход также может наносить вред, учитывая то, что в заболевании бывает часто вовлечен духовный компонент. Мы, как медицинские сотрудники, имеющие прямое отношение к духовности, должны попытаться достигнуть сбалансированного отношения к этому вопросу.

Роль религии может восприниматься по-разному психиатрами и их пациентами (1). Психиатры являются часто менее религиозными, чем их пациенты, и могут не принимать во внимание насколько ценной является религия для пациента, когда он пытается справиться с болезнью. Кроме того, психиатры могут воспринимать саму религию через призму патологических проявлений у больных с религиозным бредом, что может сформировать предубеждение против религии как терапевтического ресурса. В-третьих, психиатры могут сосредоточиться на биологических аспектах психического заболевания и могут рассмотреть религиозный аспект как субъективный и не подтвержденный эмпирическими доказательствами. Наконец, психиатры могут полагать, что религия всегда вызывает зависимость и чувство вины (2).

Возможность негативного воздействия религии на психическое здоровье, или наш собственный личный опыт, не должны препятствовать тому, чтобы мы признавали наличие духовного компонента в психическом заболевании и, по крайней мере, если сами лично мы не пред-

ставляем духовную помощь, то должны предложить возможность ее получения. Это включает сбор духовного анамнеза, поддержание здоровых религиозных верований, обсуждение истинности [оспаривание] нездоровых верований, совместные молитвы с пациентами (в крайне исключительных случаях), и консультирование с подготовленными священниками, направление к ним, или совместная с ними терапия (3).

Существует, как нам представляется, важные отличия между методами лечения, принятыми в западных и восточных странах, что связано с различиями в основных духовных убеждениях. В западной культуре монотеизм и сильное влияние индивидуализма привели к появлению выраженного сопротивления признанию роли духовности в психических заболеваниях. На Востоке взгляды очень отличаются, из-за широкого принятия политеизма и устоявшихся убеждений о том, что причины бед и заболеваний могут быть на самом деле духовными по своей природе. Это, конечно, приводит к меньшему сопротивлению.

Pargament и Lomax справедливо подчеркивают необходимость проведения дальнейших исследований за пределами западной культуры.

В некоторых восточных странах духовность и религия являются частью повседневной жизни, и религиозность не может быть проигнорирована в терапевтических подходах. Поскольку почти каждое физическое недомогание связыва-

ется с какими-либо религиозными верованиями, или их отсутствием, лечение пациента без обращения к религиозности считалось бы незаконченным.

В заключение, мы должны задаться некоторыми вопросами, если пытаемся понять религию и ее влияние на больного, страдающего психическим заболеванием. Справедливо ли мы поступаем с нашими пациентами, когда мы не обращаемся к религиозности, оказывающей влияние на их клинические проявления? Можем ли мы научиться серьезно противостоять нашему "несерьезному" отношению к влиянию духовности у психически больных? Психиатрия и религия были ошибочными врагами вчера и являются позабытыми друзьями сегодня. Как мы, работая в области психического здоровья, можем найти способ преодолеть эту пропасть и признать, что они фактически работают параллельно друг другу?

#### Библиография

1. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE et al. The relationship between psychiatry and religion among US physicians. *Psychiatr Serv* 2007;58:1193-8.
2. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:420-4.
3. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatr Bull* 2008;32:201-3.

DOI 10.1002/wps.20011

## Религия и психическое здоровье: обоюдоострый меч или животворящая медицина?

### David Greenberg

Herzog Hospital and Hebrew University, Jerusalem, Israel (Израиль)

Перевод: Борисова А.С.  
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax представляют религию как обоюдоострый меч: с одной стороны, помощь, саморегуляция, социальная поддержка, смысл и духовность; с другой - борьба и насилие. В этом комментарии я хотел бы обсудить значение такого понимания религии для религиозных людьми и применения его для психиатрических служб.

Отношение религиозных кодексов к воздействию религиозной жизни выражено ясно в следующей

цитате из Вавилонского Талмуда, центрального текста ортодоксального иудаизма: "Раввины учат: 'Это написано, 'И Вы должны поместить слова моей Торы в Ваших сердцах (Второзаконие 11:18) и слова, 'Вы должны поместить', может также иметь значение 'совершенное лечение', т.е. Тора сравнивается с животворящей медициной'".

Многие воспринимают влияние религии как полностью положительное по определению. Что это - отсутствие пронизательности? Сочли бы религиозные люди наблюдения Pargament и Lomax оскорбительными? Как бы они отреагировали на некоторые конкретные обвинения в негативном воздействии религиозной борьбы или в возникновении религиозно мотивированного насилия?

Предоставляя психиатрическую помощь членам ультраортодоксального иудейского сообщества Иерусалима в течение последних трех десятилетий, мы неоднократно имели возможность размышлять о том, действительно ли религия является обоюдоострым мечом или живительной медициной? Оценивая религиозные особенности пациентов при первичных обращениях к врачам, мы обнаруживали доминирование новообращенных правоверных иудеев, и первоначально пришли к заключению, что изменения их религии ускорило их заболевание. При переоценке данных, однако, в анамнезе у большинства пациентов были выявлены проявления психических заболеваний до момента смены их религии. Эта перемена принесла облегчение

на несколько лет, и затем прошлые проблемы появились повторно (1).

Наше внимание тогда сосредоточилось на обсессивно-компульсивных расстройствах (ОКР). Действительно ли ОКР более распространены в этой популяции, возвращенной на законах и поклонении соблюдению формальностей? Эпидемиологические исследования ОКР на культурологическом уровне не включали измерение степени религиозности. Хотя при сравнении в исследованиях ОКР городских и сельских жителей, не было получено данных о том, что ОКР были более распространенными в сельских, более традиционных сообществах, которые и являются, вероятно, более религиозными.

Изучая ультраправых пациентов с ОКР, мы отметили, что содержание религиозных симптомов ОКР было сходно с таковым у нерелигиозного населения. Далее, несмотря на концентрированность пациентов на соблюдении религиозных законов в своей жизни, у большинства из них симптомы имели как религиозное, так и нерелигиозное содержание (2). Когда их спрашивали, видят ли они связь между своими ОКР и своей религией, их ответы отражали целую гамму возможных вариантов. От обвинения своей религиозной практики и учителей, до понимания того, что это была их собственная проблема ("Я понимаю, что это - моя проблема, как говорят: 'Тора была дана не ангелам', Тора для подверженных ошибкам людей"). Понимание того что, если бы они не были религиозными, это просто проявилось бы в другой форме. Создается общее впечатление того, что религиозная форма ОКР ("скрупулезность") не вызвана религией, но принимает религиозную форму, отражающую содержание и ценности религиозной жизни людей,

страдающих психическими расстройствами (3).

Идеальным методом подхода к этим проблемам является проведение крупномасштабных эпидемиологических исследований. К сожалению, сдержанность ультраортодоксального [ультраправового] сообщества по отношению к участию в мирских проектах и, как результат, высокая частота отказа от участия, заставило организаторов недавнего исследования в Израиле исключать это сообщество с самого начала (4).

Религия основана на вере, и у верований, по определению, нет объективных доказательств. Сомнения в вопросах религиозной веры являются нормальным проявлением юности и ранней зрелости, - периодов жизни, когда люди, наиболее вероятно, претерпевают религиозные изменения, или же уменьшают, или увеличивают свое участие в религиозных обрядах (5). Для религиозного человека религиозные сомнения вызывают тревогу. Когда подростки становятся взрослыми, их мыслительные процессы созревают, и они, вероятно, научаются переносить амбивалентность сомнений. Таким образом, сомнения являются нормативными явлениями. Как и у всякого нормативного процесса, у них есть диапазон/спектр проявлений и степеней. Подобным образом, и эмоциональный ответ на сомнение различен, и на него будут оказывать влияние серьезные жизненные события, такие как тяжелое психическое заболевание, когда страдающий может, или найти помощь в религии, или спросить "почему мне?" и "почему Он создавал мир с такими проблемами?", что неизбежно приведет к сомнениям (6). Неясно, однако, ответственность за способность человека к сомнению должна быть возложена на религию.

Религиозно мотивированное насилие является проблематичным в существующем контексте. Мировые СМИ ежедневно предоставляют доказательства того, что оно существует. Редко это бывают действия отдельных людей, чаще организаций и стран, которые мотивированы религиозными верованиями. Убийства самого большого масштаба в прошлом столетии показали, однако, что это прерогатива не только одной религии. Так как такие действия оказываются организованными и идеологически обоснованными, то печальнейшей правдой является то, что психиатрические службы, направленные на индивидуума, никак не могут повлиять на их предотвращение.

### Библиография

1. Witztum E, Greenberg D, Dasberg H. Mental illness and religious change. *Br J Med Psychol* 1990; 63:33-41.
2. Greenberg D, Shefler G. Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: a comparison of religious and non-religious symptoms. *Psychol Psychother* 2002;75:123-30.
3. Greenberg D, Huppert JD. Scrupulosity: a unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12: 282-9.
4. Levinson D, Paltiel A, Nir M et al. The Israel National Health Survey: issues and methods. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007;44:85-93.
5. Ozorak EW. Social and cognitive influences on the development of religious beliefs and commitment in adolescence. *J Sci Study Relig* 1989;28:448-63.
6. Webb M, Charbonneau AM, McCann RA et al. Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness. *J Clin Psychol* 2011;67:1161-76.

DOI 10.1002/wps.20012

# Распутывание сложностей в отношениях между религией и психиатрией

J.J. López-Ibor JR<sup>1,5</sup>,  
M. Ines López-Ibor<sup>2,3,5</sup>,  
S. González-Vives<sup>1,3,4</sup>,  
J. Garccía-Albea<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Psiquiatria y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (Испания)

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatria, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid (Испания)

<sup>3</sup> CIBERSAM, Madrid (Испания)

<sup>4</sup> Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid (Испания)

<sup>5</sup> Fundación Juan Jose Lopez-Ibor, Madrid, Spain (Испания)

Перевод: Борисов А.С.

Редактура: Борисова О.А.

Одним из значимых моментов современности явилось разделение науки и религии. У этого раскола были положительные последствия, такие как прогресс научных исследований и отделение церкви от государства в развитых обществах. С другой стороны, религия и наука начали игнорировать или презирать друг друга, и это оказало особое влияние на исследования и практику в психиатрии, поскольку эта дисциплина имеет дело с самой "духовной" из болезней, *Geisteskrankheiten* (буквально, "болезни ума и духа"). Религиозность часто расценивается или как проявление психического расстройства, или как не имеющая никакого значения для клинической практики.

Статья Pargament и Lomax является точным и всесторонним резюме новых перспектив во взаимоотношениях между религией и психическими заболеваниями. Мы хотим подчеркнуть здесь два важных аспекта.

Первый аспект имеет значение для повседневной практики. Согласно Pargament и Lomax, религия может просто быть идиомой, через которую выражается психическое заболевание. Действительно, бред по существу не просто является побочным явлением болезни мозга, но и выражением попытки осмысленно справиться с непостижимыми переживаниями. Много лет назад Sarro (1) досконально изучил содержание бреда и пришел к выводу, что оно соответствует мифологемам, которые были описаны антропологами при изучении древних мифов и рели-

гий. Похожим образом Schneider (2) расценил бредовые идеи при тяжелых депрессивных состояниях как выражение первобытных страхов человека: страх не выжить, заболеть или быть на веки изгнанным. Рассматривая бредовые проявления аномальных состояний сознания, мы пришли к тому же самому заключению (3): сюжеты совпадают с вечными вопросами человечества (откуда мы взялись, есть ли жизнь после смерти, почему есть разделение на мужчин и женщин, и так далее). Болезненным является не сама озабоченность, не содержание бреда, а тот факт, что это появляется несвоевременно и вне контекста. В этом свете, относительно частое присутствие религиозного содержания в бредовых переживаниях не должно вызывать удивление.

Второй аспект является более общим и касается роли религии в становлении индивидуальной и коллективной идентичности, а также опасностей, которые содержатся в этом процессе, включая базирующееся на религии насилие и религиозную борьбу внутри себя, с другими, и с божественным. Недавно, мы рассмотрели (4) происхождение идентификации с антропологической точки зрения. Согласно Lovaglia и др. (5), человеческое развитие является последствием давления, возникшего в результате ксенофобии среди приматов на протяжении нескольких прошедших миллионов лет. Эта ксенофобия проявлялась в смертельных набегах на членов других групп того же самого вида приматов. Непосредственными последствиями являются межгрупповые конфликты, и внутригрупповая кооперация. Согласно теории социальной идентичности (6), самоощущение зависит от идентификации с группой. После того как идентификация была осуществлена, люди начинают приписывать приятные и желательные особенности членам группы, а отталкивающие и неприятные особенности людям вне группы. Религия может быть вовлечена в этот процесс, но только как один из многих возможных элементов. Ксенофобия может даже быть ориентирована на тело и зло, которое с ним связано: например, анорексия может

интерпретироваться как расстройство идентичности, основанное на желании личности доминировать и подчинить свое тело (аскетизм) и, таким образом, рассматриваться как священное заболевание.

Статья Pargament и Lomax должна приветствоваться как существенный вклад в разъяснение сложных отношений между религией и психическими заболеваниями. Также следует упомянуть о таких начинаниях [деятельности], как Секция WPA по Религии, Духовности и Психиатрии ([www.religionandpsychiatry.com](http://www.religionandpsychiatry.com)), публикация WPA руководства Психиатрия и Религия: Вне Границ (7); и Руководства по Религии и Здоровью (8). Стоит также отметить растущий интерес к темам, касающимся психиатрии, и с религиозной стороны. Наглядным примером тому является председательство Lopez Ibor, в институте *Mystical Studies and Mental Health*, основанном Орденом Кармелитов в Авиле (Испания), ([www.citesavila.org](http://www.citesavila.org); [www.fundacionlopezibor.es](http://www.fundacionlopezibor.es)).

## Библиография

1. Mediavilla Sanchez JL. Mito y delirio. Cartas de Ramon Sarro. Oviedo: KRK, 2001.
2. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune and Stratton, 1959.
3. Garcca Albea J, Gonzalez Vives S, Tejeira C et al. Psicosis inducidas por estados excepcionales de conciencia. *Actas Esp Psiquiatr* (in press).
4. Lopez-Ibor JJ, Ortiz T, Lopez-Ibor MI. Perception, experience and body identity. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(Suppl. 3):113-8.
5. Lovaglia MJ, Barron C, Houser JA. Social development and human evolution: man-aging the in-group boundary. *Theory Workshop* 2003;31.
6. Hogg MA, Terry DJ, White KM. A tale of two theories: a critical comparison of identity theory with social identity theory. *Soc Psychol Q* 1995;58:255-69.
7. Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Psychiatry and religion: beyond boundaries*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
8. Koenig HG, King DE, Carson VB (eds). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press, 2012.

DOI 10.1002/wps.20013

# Для обсуждения «сложной» проблемы требуется четкое руководство

Peter J. Verhagen

GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands  
(Нидерланды)  
Секция ВПА по религии, духовности  
и психиатрии

Перевод: Борисов А.С.  
Редактура: Борисова О.А.

Pargament и Lomax оказали читателям *World Psychiatry* и сообществу ВПА большую услугу, представив эту всестороннюю и структурированную статью. Им удалось сделать возможным проведение соответствующего обсуждения и инновационных исследований, а также осуществление реальных изменений в области обучения, повышения квалификации и клинической практики. И они писали статью не для того, чтобы спровоцировать или уязвить кого-то. Их обзор хорошо сбалансирован и написан без прикрас, и поэтому его можно и следует читать вдумчиво. И, конечно, самоочевидными являются эмпирические данные.

Однако, предмет обсуждения сложен, что и обозначено пронизательно в названии этого Форума. В чем же дело? Действительно ли данные не столь самоочевидны, как мне кажется? Конечно, ведь авторы объясняют кратко, что отношения между психиатрией и религией имеют проблемную историю. Однако, как пишут авторы, взаимоотношения в этой области меняются, что приводит к «более детальному пониманию религии». Это касается возможных воздействий, (как спасительного, так и повреждающего характера), которые оказывают религиозные и духовные верованиями.

Часто бывает полезно быть оптимистом и иметь положительные ожидания, которые, судя по всему, имеют авторы. Но я думаю, что последствия той проблемной истории продолжают оставаться поводом для беспокойства. Проблемы, связанные с «психиатрией и религией» по-прежнему (и только?) поднимают видные ученые, о которых высказываются предположения, что они привержены религии или какой-либо духовной традиции. Другими словами, предполагается, что у них есть конфликт интересов, и, таким образом, их работы, естественно, стоит расценивать как основанные на личном мнении. Несмотря на свидетельства, представленные исследованиями, клиническая уместность данных все еще оспаривается. Кроме того, сама

тема «психиатрия и религия» воспринимается как угроза сохранению соответствующих терапевтических границ в клинической практике (1,2).

Некоторые коллеги действительно борются с двуликостью религии. Они находятся в сомнениях и признают, что религия и духовность могли бы быть полезными для определенных пациентов. Но, в то же самое время, они, как правило, подчеркивают отрицательные и вредные воздействия религии, свидетелями которых они оказывались через несколько лет (например, возникновение чувства вины).

Учитывая это «сложное» положение дел, ВПА могла бы взять на себя роль лидера. По мнению Секции ВПА по религии, духовности и психиатрии, это было бы крупным достижением, если бы ВПА взяла на себя такую роль. В 2006 году эта Секция ВПА и Специальная группа по психиатрии и духовности британской Королевской коллегии психиатров начали работать над положением, которое очертило бы видение ВПА на проблему «психиатрии и религии» в психиатрической практике, в исследованиях и обучении во всем мире. Первая версия этого положения была издана в томе (3) ВПА. Тем временем Специальная группа продолжала свою работу в Королевском Колледже, и в августе 2011 утверждение положения было одобрено (4).

Можно ли считать эту тему достойной такого внимания? Секция ВПА думает, что да, и что это согласовывается с собственными критериями ВПА.

Статья Pargament и Lomax поддерживает этот взгляд. Во-первых, тема является релевантной для дальнейшего развития всемирной психиатрии. Для психиатрии является важным, какое место занимает духовность и то, что осуществляется преобразование религии вместо ее отсутствия. Импульс обновления необходим для эмпирического и концептуального исследования различий между религиозными и духовными событиями, с одной стороны, и психопатологическими явлениями с другой. Религиозность и духовность могут являться искаженными, но не могут быть расценены сами по себе как болезненные состояния (5). К тому же, требуется исследование значения и эффективности религиозных и духовных практик исцеления по всему миру. Существуют важные различия в подходах к этим

практикам, в их интерпретациях и оценках, в зависимости от культурологических и субкультурологических контекстов, ценностей и источников.

Во-вторых, важность темы подтверждается огромным количеством эмпирических данных, хотя специалисты в области психического здоровья, психиатры в частности, часто не осведомлены об этих данных. Психиатрическое обучение должно быть обновлено, чтобы подготовить психиатров к изменению их позиции и углублению их знаний.

В-третьих, эта тема является релевантной для психического здоровья как предмет политического и общественного обсуждения, и, вероятно, получит широкий общественный отклик. В-четвертых, тема соответствует тенденции к более персонализированному подходу в клинической практике и увеличивающемуся вниманию к транскультуральным аспектам психиатрии. Если исходить из того, что потребности индивидуума действительно должны быть в фокусе клинического внимания, и должны быть поняты в его/ее культурном контексте, то пространство религии и духовности не может игнорироваться. Таким образом, замалчивание этой проблемы может нанести ущерб и психиатрии, и психиатрическим пациентам.

По всем этим причинам секция ВПА по религии, духовности и психиатрии придерживается мнения, что проблема психиатрии и религии затрагивает всемирную психиатрию и, следовательно, заявление заслуживает приоритетного отношения. Мы призываем ВПА взять на себя руководящую роль в разрешении этой проблемы.

## References

1. Poole R, Higgs R. Spirituality and the threat to therapeutic boundaries in psychiatric practice. *Mental Health Religion & Culture* 2011;14:19-29.
2. Verhagen PJ. Controversy or consensus? Recommendations on psychiatry, religion and spirituality. *Asian J Psychiatry* 2012; 5:355-7.
3. Verhagen PJ, Cook CCH. Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association consensus or position statement on spirituality and religion in psychiatry. In: Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010:615-31.
4. Royal College of Psychiatrists. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk).
5. Sims A. Is faith delusion? *Psyche Geloof [Psyche Faith]* 2011;22:64-71.

DOI 10.1002/wps.20014

# Когда депрессия становится расстройством? Использование показателя частоты обострений для изучения валидности предложенных изменений диагностического порога большой депрессии

Jerome C. Wakefield<sup>1,4</sup>, Mark F. Schmitz<sup>3,5</sup>

<sup>1</sup> Silver School of Social Work, New York University, 1 Washington Square North, New York, NY (США)

<sup>2</sup> Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, New York, NY (США)

<sup>3</sup> InSPIRES (Institute for Social and Psychiatric Initiatives—Research, Education and Services), New York University, New York, NY (США)

<sup>4</sup> Division of Clinical Phenomenology, Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY (США)

<sup>5</sup> School of Social Work, Temple University, Philadelphia, PA, USA (США)

Перевод: Сюняков Т.С.

Редактура: Павличенко А.В.

*В связи с высокими показателями распространенности диагноза большого депрессивного расстройства (БДР) в соответствии с критериями DSM-IV стали высказываться предложения поднять диагностический порог данного заболевания, чтобы более надежно разграничивать патологические состояния от нормальных реакций дистресса. Тем не менее данные предложения не имеют под собой эмпирической базы. Мы использовали данные исследования Epidemiologic Catchment Area, проводившегося в 2 стадии (волны) и рассмотрели показатель частоты обострений БДР для оценки предиктивной валидности трех предложений по ограничению диагностических границ БДР: а) исключить из рубрики «неосложненные» эпизоды (то есть эпизоды, длящиеся не больше 2 месяцев, среди симптомов которых не имеется суицидальных мыслей, психотических явлений, психомоторной заторможенности или чувства собственной никчемности); б) исключить легкие эпизоды (то есть эпизоды, проявляющиеся 5 или 6 симптомами); и с) исключить эпизоды без меланхолических черт. Для проверки каждого предложения мы использовали больных, у которых на момент начала исследования диагностировалось БДР в течение жизни, выделяя из их числа группы, предложенные для исключения, группу с прочими (не подлежащими к исключению) эпизодами БДР и группу пациентов без диагноза БДР. Затем мы провели сравнение этих групп по показателю частоты обострений в течение 1 года (то есть на момент 2 волны исследования). Мы считали, что предложение получало сильную эмпирическую поддержку, если в исключаемой группе на момент 2 стадии исследования частота обострений БДР оказывалась не только достоверно ниже, чем в группе прочих эпизодов БДР, но и статистически значимо выше, чем в группе пациентов без диагноза БДР в течение жизни. По результатам нашего анализа все три предложенные к исключению группы больных характеризовались достоверно более низкими показателями частоты обострений по сравнению с группой больных с прочими эпизодами БДР (неосложненные в сравнении с осложненными эпизодами: 3,4% и 14,6%; легкие в сравнении с тяжелыми: 9,6% в сравнении с 20,7%; немеланхолические в сравнении с меланхолическими: 10,6% и 19,2%, соответственно). Однако, только в паре неосложненные-осложненные эпизоды частота обострений при неосложненных эпизодах в то же время достоверно не превышала частоту обострений в группе больных без диагноза БДР в течение жизни (3,4% в сравнении с 1,7%, соответственно). Такая низкая частота обострений является функцией взаимодействия как продолжительности и так требований к симптомам при неосложненных эпизодах. При этом вычленение случаев неосложненных БДР со множеством эпизодов не приводило к существенному увеличению частоты обострений по сравнению с БДР с единственным эпизодом (3,7% в сравнении с 3,0%, соответственно). Характерная для неосложненных эпизодов БДР клиническая характеристика, ограничивающаяся, преимущественно, симптомами дистресса, их краткая продолжительность и низкая склонность к возникновению обострений позволяет судить, что такие эпизоды представляют собой эпизоды непатологической интенсивной грусти, которые следует отдельно указывать в руководствах по терапии и исключить из диагностических границ БДР, что позволит с более высокой точностью разграничивать БДР и нормальную грусть.*

**Ключевые слова:** Большая депрессия, частота обострений, неосложненные депрессии, диагноз, валидность, тяжесть, меланхолическая депрессия.

(World Psychiatry 2013;12:44-52)

Как показала практика, установить надежные диагностические границы между большим депрессивным расстройством (БДР), с одной стороны, и интенсивной печалью или мягким расстройством адаптации, которые не требуют лечения, с другой, оказалось весьма непросто. Проблема заключается в том, что непатологические реакции на тяжелые утраты и стрессовые события проявляются, во многом, теми же самыми симптомами общего дистресса, что и депрессивное расстройство (1,2).

Дескриптивные диагностические критерии DSM, согласно которым для определения БДР необходимо

наличие 5 из 9 симптомов, длящихся на протяжении 2 недель, первоначально были сформулированы для того, чтобы отграничить депрессивные состояния от других психических расстройств у лиц с тяжелыми расстройствами с целью проведения исследований (3). При этом до сих пор не существует надежных эмпирических данных, которые бы позволили установить четкие границы между расстройством и нормальным дистрессом на уровне общей популяции (4,5). Обеспокоенность как в профессиональных кругах, так в обществе в целом вопросами валидности критериев БДР была спровоцирована колоссальным ростом показате-

лей распространенности этого расстройства, базирующихся на критериях DSM, который наблюдался по мере улучшения методологии эпидемиологических исследований. Так, если несколько десятилетий назад этот показатель был на уровне 2-3% населения (6), то в настоящее время более, чем у половины людей в течение жизни развиваются депрессивные расстройства (7-9). Эта диагностическая проблема приобретает дополнительное значение в условиях все большего распространения скрининговых тестов на наличие депрессий в школах и в кабинетах врачей общей практики, когда диагностические критерии примеряются практически ко всем людям, а не только к тем, кто обратился за лечением.

В свете этих проблем некоторые исследователи, изучающие депрессивные расстройства, утверждают, что диагностический порог БДР, установленный в настоящее время критериями DSM, является слишком низким, что приводит к ложноположительной диагностике и неправильного отнесения к больным с БДР большого числа лиц с обычным дистрессом (2,10-12). Однако конкретные предложения о повышении диагностического порога не получали поддержки из-за отсутствия эмпирических данных, связанных с валидностью.

Поднимая вопрос о необходимости использовать строго научный подход к проблеме границ БДР, Maj (13,14) недавно призвал исследователей попытаться эмпирическим путем найти ответ на вопрос: «Когда же депрессия становится психическим расстройством?» Мы откликнулись на это предложение и предприняли попытку опытным путем оценить прогностическую ценность трех подходов к сужению категории большой депрессии, которые мы обнаружили в литературе. Во-первых, распространение имеющегося в DSM-IV (15) «критерия исключения, связанного с тяжелой утратой» на все случаи с БДР, что позволит исключить из диагноза БДР все «неосложненные» эпизоды (т.е., эпизоды продолжительностью менее 2 месяцев, не сопровождающиеся суицидальными мыслями, психическими симптомами, психомоторной заторможенностью и чувством собственной никчемности). Во-вторых, исключение всех легких эпизодов (т.е., эпизодов, характеризующихся лишь 5-6 симптомами) из диагноза БДР. И, в-третьих, отождествление диагноза БДР с меланхолической депрессией, исключив тем самым из классификации все депрессивные состояния, лишённые меланхолических черт.

С этой целью мы использовали критерий «частота обострений» в качестве прогностического признака для выявления расстройства. При этом следует понимать, что не существует одной единственной переменной, которая могла бы полностью дать ответ на вопрос, где должен располагаться диагностический порог между нормальной печалью и БДР, чтобы наилучшим образом одновременно предотвратить ложноположительные диагнозы и избежать ложно-негативные. Как бы то ни было, важнейшим проявлением БДР как в общей популяции, так и в клинической выборке является высокая частота обострений (16-23), что согласуется с распространенным взглядом на БДР как на заболевание, имеющее эпизодическое и хроническое течение (24-26), важнейшей целью лечения которого является профилактика рецидивов (25,27-29). Кроме того, склонность к обострениям часто рассматривается как основное свидетельство существования латентной дисфункции, которая постоянно приводит к появлению симптомов, что позволяет верифицировать само расстройство и отличить его от нормальной эмоциональной реакции (16,30).

В данной работе мы исследуем два важных показателя, которые позволяют отличить частоту обострений в разных подгруппах от типичного БДР. Во-первых, мы изучили вопрос, характеризуются ли подгруппы БДР,

которые предполагается исключить из данной диагностической рубрики, более низкой частотой обострений по сравнению с другими случаями БДР, что означало бы их качественное отличие, требующее дальнейшего изучения. Во-вторых, мы задались вопросом – и изучили это очень строго, – существуют ли группы пациентов, в которых бы частота возникновения обострений значимо не превышает частоту обострений в общей популяции, что ставило бы под сомнение наличие у них психической патологии. Известно много показателей, которые позволяют дифференцированно прогнозировать более низкую частоту обострений БДР (16-18,20). Однако ни в одном исследовании не было обнаружено группы больных БДР, у которых риск обострений был бы сравним с общей популяцией, за исключением неосложненных случаев депрессий, возникших после тяжелой утраты (23,31). Отсутствие повышенной частоты обострений противоречит стандартной характеристике БДР как рекуррентного состояния, при котором завершение фазы означает «выздоровление от эпизода, но не от заболевания как такового» (30). Несколько в стороне от проблемы диагностических границ, стоит вопрос относительно того, насколько показатели, свидетельствующие об отсутствии увеличенной или существенно более низкой частоты обострений, имеют потенциальное клиническое значение для прогноза, оценки соотношения риск/польза от лечения и его возможных побочных эффектов, а также о длительности терапии.

## МЕТОДЫ

### Изученная выборка

Для изучения вопроса о необходимости пересмотреть границы БДР мы использовали данные, полученные на момент 2-ого осмотра (волны) лонгитудинального популяционного исследования Epidemiologic Catchment Area (ECA, 32). Отбор популяции ECA для проведения нашего анализа продиктован тем, что данное исследование является единственным в настоящее время открытым широкой публике национальным репрезентативным американским исследованием, которое содержит всю необходимую информацию.

Отбор больных в исследование ECA детальным образом был охарактеризован в предшествующих публикациях (32). Вкратце, участники (в возрасте от 18 до 98 лет) в 5 объединенных центрах (Балтимор, Дарем, Лос-Анджелес, Сент-Луис и Нью-Хейвен) были дважды опрошены с 12-месячным интервалом между ними (1 и 2 волны исследования) в период с 1980 по 1985 год. Во время обоих осмотров собирались сведения о распространенности психических расстройств в соответствии с критериями DSM-III (в целом и в течение года исследования) (33). Выборка, вошедшая в наш анализ, включает только тех участников, на которых имелись полные сведения о каждом из двух опросов (n=18,943). Данные были проанализированы с учетом поправок на отбор и отсутствие эффекта от лечения и их соответствия результатам переписи США от 1990 года для того, чтобы обеспечить национальную репрезентативность.

### Большая депрессия

В данном исследовании проводилось сравнение участников ECA, у которых на момент первого опроса в анамнезе не имелось БДР (n=18239; 52,1% женщины, 68,1% белых, средний возраст – 43,0 года, 68,2% лиц имели образование не ниже среднего) с различными подгруппами тех лиц, у кого на момент 1 осмотра в анамнезе отмечались эпизоды БДР (n=704; 73,3% женщины, 77,9% белых, средним возраст – 37,0 лет, 81,5% лиц имели образование не ниже среднего).

Использовавшиеся в ECA диагностические критерии

DSM-III для БДР требовали наличия в анамнезе двухнедельного или более эпизода печали, который сопровождался, по крайней мере, четырьмя другими симптомами. При этом исключались состояния, симптомы которых возникали вследствие физического заболевания, приема ПАВ, медицинских препаратов или алкоголя. Также исключались эпизоды психотических и органических заболеваний. Кроме того, все те симптомы, которые вошли в анализ ЕСА, были достаточно выражены в клинической картине, что определялось врачом либо другим профессионалом, требовали хотя бы однократного назначения препаратов и негативно влияли на повседневную жизнь или активность. Эти требования, которые преимущественно были основаны на поиске больными профессиональной помощи, являются более жесткими, чем упомянутые в DSM-IV требования наличия клинически выраженного дистресса или снижения функционирования, которые, как известно, мало влияют на показатели распространенности (34-36). Таким образом, выявляемые в исследовании ЕСА состояния вероятнее всего окажутся более тяжелыми по глубине, чем психические расстройства, диагностированные в соответствии с критериями DSM-IV.

В исследовании ЕСА также содержались требования принимать во внимание только значительно выраженные синдромы, что, по большей части, аналогично требованию поиска помощи, но применяемую к синдрому в целом. В нашем анализе мы отказались от требования учитывать лишь тяжелые синдромы, поскольку оно было избыточным по отношению к требованиям достаточной тяжести симптомов, что ограничивало бы выборку еще более тяжелыми случаями. При этом отказ от критерия тяжести синдрома незначительно увеличил размер выборки БДР с 945 до 1065.

Ранее в работах, посвященных изучению динамики депрессивных расстройств, не удалось разделить БДР с рекуррентным и хроническим течением в конце исследования, так в них отсутствовала информация о динамике болезни между осмотрами (16,37). Поскольку мы хотели прицельно оценить частоту обострений БДР в конце исследования у тех лиц, у которых во время 1 осмотра выявлялись в анамнезе депрессивные состояния, мы намеренно удалили те случаи, где во время первого осмотра определялся текущий эпизод депрессии. В итоге размер выборки был снижен с 1065 до 704 пациентов

### **Основные тестируемые предположения, касающиеся исключения из диагностической рубрики**

В данном исследовании изначально предлагалось оценить идею исключить из диагностических границ БДР следующие состояния: а) «неосложненные» эпизоды (то есть эпизоды длительностью менее двух месяцев, не сопровождающиеся суицидальными мыслями, психотическими явлениями, психомоторной заторможенностью или чувством собственной никчемности); б) легкие эпизоды (то есть эпизоды, проявления которых ограничены 5-6 симптомами); и в) эпизоды без меланхолических черт.

При проверке каждого из этих предположений, у лиц с множественными эпизодами в анамнезе, классификация состояния осуществлялась на основании имеющихся данных о наиболее тяжелом из них. Такой подход был основан на допущении, что если наиболее тяжелый эпизод представлялся неосложненным, легким или лишенным меланхолических проявлений, то вероятность того, что другие эпизоды у данного пациента были осложненными, тяжелыми или протекали с меланхолическими проявлениями, ничтожна мала. В противном случае, именно эти эпизоды считались бы наиболее тяжелыми.

#### *Неосложненные депрессии*

Исходя из данного предложения, из числа всех БДР должны исключаться все «неосложненные» эпизоды. В настоящее время в DSM данный критерий применяется только в отношении депрессивных расстройств, связанных с тяжелой утратой (критерий E («исключение утраты») большого депрессивного эпизода). Исключаемые неосложненные эпизоды характеризуются небольшой длительностью (не больше 2 месяцев) и отсутствием четырех специфических симптомов (психомоторной заторможенности, суицидальных мыслей, психотических явлений, чувства собственной никчемности), которые, с точки зрения DSM, «нетипичны» для нормальной печали.

Неосложненные эпизоды БДР, таким образом, проявляются только симптомами «общего дистресса», которые характерны для нормальной реакции на стресс, – грусть, бессонница, потеря интереса к обычной активности, снижение аппетита и нарушения концентрации внимания. Критерий «неосложненности» был введен для того, чтобы разграничивать диапазон нормальных реакций от являющихся по своей сути болезненных депрессивных эпизодов, возникающих после тяжелой утраты (38, 39), и мы собираемся проверить данное предложение о расширении этого критерия на все БДР (40).

В DSM-IV также есть указание на то, что неосложненное состояние не должно сопровождаться значимым снижением функционирования. Однако мы не могли использовать данный критерий в связи с отсутствием необходимой информации – в исследовании ЕСА оценка тяжести симптомов производилась на основании структурированного интервью с заложенными в него пропусками вопросов. Такое отклонение от DSM-IV затрудняет использование понятия «неосложненное» состояние, так как из-за этого эпизоды с более значимым снижением и, следовательно, с большей вероятностью считаться психическим расстройством и иметь обострения, также следует исключить. Однако данное ограничение соответствует стремлению обеих классификаций (МКБ и DSM) разделить функциональное снижение и диагноз.

#### *Легкое БДР*

Выдвигалось предположение, что число симптомов, необходимых для постановки диагноза БДР, должен быть повышено с 5 до 7 (41, 42) для того, чтобы «сократить риск гипердиагностики и патологизации «нормальной» депрессии или грусти» (42). В пользу этого свидетельствуют результаты многолетних исследований, которые обнаружили существенные различия между БДР с 5-6 симптомами, с одной стороны, и БДР с 7-9 симптомами, с другой (4, 5, 43, 44). Как указывает Maj (13) «когда мы говорим о менее частых вещах, речь чаще всего идет о более тяжелых состояниях, порог которых выше, чем указано в DSM-IV». Более того, более ранние исследования показали, склонность к рецидивированию зависит от тяжести заболевания, которое, в свою очередь, определяется числом симптомов (16, 18).

Мы предположили, что более узкие критерии исключения могут привести к лучшим результатам. В этой связи мы предложили исключить те случаи БДР, где выявлялось лишь 5 симптомов и установить порог болезни на уровне 6 симптомов.

#### *БДР без меланхолических черт*

Третье предположение заключается в ограничении БДР рамками традиционных границ меланхолических депрессий, которые долгое время считались эталонным вариантом депрессии и являлись мишенью исследований и разрабатываемых шкал (45). Все оставшиеся за пределом «меланхолических» депрессивные состояния в такой ситуации следовало бы расценивать в качестве различных других форм дисфории (так, «в реаль-

**Таблица 1** Частоты обострений в трех подгруппах, предложенных для исключения из диагностической рубрики БДР, по сравнению с частотой возникновения в подгруппе без истории БДР и частотой обострения в подгруппе прочих (не подлежащих исключению) БДР

Подгруппа БДР, предложенная для исключения	Частота обострений в подгруппе	Отличается ли частота обострений в подгруппе от подгруппы без БДР в анамнезе = 1,7% (1,4%, 1,9%), [n = 18,239]	Частота обострений в прочих БДР (за исключением тестируемой подгруппы)	Отличается ли частота обострений в подгруппе от подгруппы прочих БДР?
Неосложненная депрессия (короткая длительность, отсутствие психомоторного торможения, суицидальных мыслей или идей вины/никчемности)	3.4 (-0.4, 7.1) [n=88]	Не отличается	14.6 (11.3,17.9) [n=616]	Отличается
БДР с малым числом симптомов (5-6 симптомов)	9.6 (6.6, 12.6) [n=487]	Отличается	20.7 (14.1,27.3) [n=217]	Отличается
Сужен bt групп с БДР с малым числом симптомов (5 симптомов)	8.8(5.6,11.9) [n=310]	Отличается	16.2 (11.9,20.4) [n=394]	Отличается
Немеланхолические БДР (не более 2 меланхолических симптомов)	10.6 (7.3, 13.9) [n=503]	Отличается	19.2 (12.8,25.6) [n=201]	Отличается
Сужение группы немеланхолических БДР (максимум 1 меланхолический симптом)	10.4 (5.2, 15.7) [n=279]	Отличается	14.9 (11.3,18.4) [n=425]	Отличается

Достоверность различий между группами тестировалась при помощи 1-стороннего t-теста при  $p < 0.05$

ности немеланхолические депрессии являются комбинацией дисфории, тревоги и депрессивного характера» (45)). Maj (13) рассматривая ряд исследований, где выделен «подтип БДР, четко соответствующий рубрике большой депрессии с меланхолическими чертами по DSM-IV, который может качественно отличаться от нормальной грусти», заключает, что меланхолия заслуживает дальнейшего изучения в процессе пересмотра границ нормальных / болезненных состояний

В исследовании ЕСА прицельно не выделялись меланхолические депрессии и не оценивался весь перечень проявлений, характерных для меланхолических депрессий по DSM-IV. Не вдаваясь в подробности, мы определили меланхолические депрессии как эпизоды, которые включали 3 и более из 5 типичных меланхолических симптомов, обозначенных в исследовании ЕСА: усталость («постоянное чувство усталости»); психомоторная заторможенность («движения или речь более медленные, чем обычно»); агитация («постоянная потребность двигаться, т.е. неспособность сидеть спокойно, необходимость ходить взад-вперед»); сниженный интерес к сексу («интерес к сексу был намного меньше, чем обычно»); идеаторная заторможенность («ваши мысли текли медленнее, чем обычно или путались»). Немеланхолические депрессии определялись как любой случай БДР, при котором возникло менее 3 меланхолических симптомов.

Мы предположили, что использование еще более узких критериев исключения даст лучшие результаты. Так, в качестве эксперимента мы исключили из исследования все те случаи, где было менее двух меланхолических симптомов, установив, тем самым, порог меланхолической депрессии на уровне двух, а не трех меланхолических симптомов.

### Процедура проверки гипотез

#### Тестирование первоначальных гипотез

Используя сведения о наличии диагноза БДР к моменту первого осмотра для каждого из наших 5 предположений (3 первоначальных предположения и 2 предположения о сужении границ), мы выявили 3 диагностические подгруппы пациентов: те, кто должны быть исключены из рубрики БДР; лица с другими БДР и случаи без БДР в анамнезе. Ко второму осмотру (через 1 год после первого) мы сравнили данные однолетнего катанеза, во время которого произошла манифеста-

ция/экзацербация БДР во всех этих трех подгруппах и проверили, есть ли между ними достоверные различия.

Нашу гипотезу исключить одну из групп больных с БДР пришлось отвергнуть в тех случаях, когда в конце исследования уровень обострений в этой группе не отличался от пациентов с другими БДР. Гипотеза получила некоторое подтверждение и требовало дальнейшего изучения в тех случаях, когда частота обострений в подгруппе оказывалась значительной, но была существенно ниже, чем в подгруппе с прочими БДР. Гипотеза получила подтверждение, если частота обострений в подгруппе оказывалась не только достоверно ниже, чем в группе с прочими БДР, но и не превышало в значительной степени частоту обострений у тех больных, у которых при первом обследовании не было БДР в анамнезе.

#### Факторный анализ «неосложненной депрессии»

При ретроспективном анализе мы исследовали вопрос, связаны ли результаты, полученные для «неосложненной депрессии», только с одним из двух критериев (короткая длительность, отсутствие нетипичных симптомов) или со взаимодействием обоих. Чтобы ответить на этот вопрос, мы пересчитали показатели частоты обострений для каждой из этих двух компонент.

#### Увеличение необходимой длительности «неосложненных» депрессий до 6 месяцев

Последние данные о депрессиях, связанных с тяжелой утраты (31,46,47), свидетельствуют о том, что указанный в DSM-IV критерий 2-месячной продолжительности неосложненных эпизодов представляется слишком заниженным, и, возможно, было бы более правильно его увеличить. Так, в рамках ретроспективного анализа мы проверили, насколько сохранились бы наши результаты, если бы порог длительности неосложненных эпизодов был увеличен до 6 месяцев.

#### Повторный анализ первоначальной выборки (без коррекции на поправку) лиц с БДР в исследовании ЕСА

Как отмечалось выше, при формировании выборки ЕСА, вошедшей в данный анализ, мы внесли два изменения: мы исключили тех, у кого на момент первого осмотра диагностировался текущий эпизод, и мы отказались от требования относительно тяжести состоя-

**Таблица 2 Анализ катамнеза: частота обострений в зависимости от изучаемого компонента критериев неосложненных БДР в сравнении с частотой возникновения в подгруппе без БДР в анамнезе и частотой обострений в подгруппе прочих (не подлежащих исключению) БДР**

Компонент анализа неосложненных БДР	Частота обострений в подгруппе	Отличается ли частота обострений в подгруппе от подгруппы без БДР в анамнезе =1.7% (1.4%, 1.9%), [n = 18,239]	Частота обострений в прочих БДР (за исключением тестируемой подгруппы)	Отличается ли частота обострений в подгруппе от подгруппы прочих БДР?
Короткая продолжительность (2 или меньше месяцев)	12.6 (8.9,16.3) [n=326]	Отличается	13.6 (9.2, 18.0) [n=378]	Не отличается
Отсутствие нетипичных симптомов (психомоторной заторможенности, суицидальных мыслей или идей вины / никчемности)	7.3 (2.6,11.9) [n=154]	Отличается	14.7 (11.2, 18.1) [n=550]	Не отличается

Достоверность различий между группами тестировалась при помощи 1-стороннего t-теста при  $p < 0.05$

ния. Понимая, что эти изменения непреднамеренно могут исказить результаты, мы повторно проанализировали данные, используя первоначальную выборку больных БДР из исследования ЕСА. При этом такие критерии, как синдромальная тяжесть и наличие текущего депрессивного эпизода учитывались. Это привело к увеличению популяции больных БДР с 704 до 945. Ожидалось, что оба изменения приведут к росту частот обострения в предполагаемой для исключения из диагностической рубрики БДР подгруппе, что затруднит подтверждение основной гипотезы.

*Сравнение частоты обострений у лиц с множественными эпизодами или с единственным эпизодом*

Мы изучили, насколько для нашей выборки окажутся верными данные, часто сообщаемые в литературе, о том, наличие множественных эпизодов БДР повышает вероятность возникновения последующих приступов или они окажутся сопоставимыми с подгруппами лиц с неосложненными БДР и прочими БДР.

**Статистический анализ**

Для того чтобы обеспечить большую репрезентативность выборки в отношении именно американской популяции все данные оценивались и корректировались еще на этапе отбора пациентов. Статистический анализ производился с использованием процедур оценки исследования, заложенных в статистический пакет Stata 12, который позволяет вычислить нагрузочные коэффициенты; стандартные ошибки вычислялись методом серийной линеаризации Тэйлора (48).

Поскольку мы предполагали найти определенные взаимоотношения между изучаемыми признаками, анализ производился с использованием одностороннего t-теста на статистическую достоверность различий средних по показателю процента респондентов с выявленным БДР в течение года на момент второго обследования в различных категориях случаев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

**Оценка пяти предложений по сужению границ БДР**

Мы оценили пять предложений по сужению границ БДР, используя показатель частоты обострений в качестве контрольного параметра. Однако, лишь одно наше предложение – исключение неосложненных БДР – прошло наш самый строгий тест. Среди лиц, у которых к началу исследования в анамнезе были неосложненные БДР, вероятность обострения БДР к моменту вто-

рого осмотра составила 3,4%, что статистически достоверно не превышало 1-летнюю вероятность возникновения БДР у лиц без БДР в анамнезе (1,7 %) и было статистически значимо ниже, чем частота обострений к моменту второго осмотра в подгруппе прочих БДР (14,6 %) (таблица 1).

Предложения исключить легкие случаи (определенные как БДР с 5-6 симптомами или, в более узкой формулировке, БДР с 5 симптомами) и лиц с немеланхолическими депрессивными чертами (имеющими, по определению, не более двух меланхолических симптомов или, в более узкой формулировке, не более одного из них) не прошли строгий тест (таблица 1). Во всех этих случаях причина этого заключалась в том, что частоты обострения в этих группах (варьировала в диапазоне от 8,8% до 10,6%) оказались достоверно выше, чем в подгруппе лиц без БДР в анамнезе (1,7%). В то же время, частота обострений в каждой из этих групп оказалась достоверно и существенно ниже, чем в группе прочих БДР (в диапазоне от 14,9 % до 20,7 %). Таким образом, данные предположения относительно границ БДР требуют дальнейших исследований.

**Факторный анализ «неосложненной депрессии»**

Мы изучили вопрос, связана ли наша гипотеза о «неосложненных» БДР с влиянием лишь одного из двух факторов (краткая длительность, отсутствие нетипичных симптомов) или является результатом их взаимодействия. Хотя при неосложненных БДР (n=88) частота обострений составила 3,4 %, у лиц с небольшой продолжительностью БДР (n=326) она составила 12,6 %, а при БДР с отсутствием нетипичных симптомов (n=153) этот показатель составил 7,3 % (таблица 2). Так как уровни двух факторов были достоверно выше, чем у лиц без БДР в анамнезе, то, очевидно, что полученные результаты для «неосложненной» депрессии, где уровень обострений был не выше, чем в популяции, являлся следствием взаимодействия обоих факторов (небольшая длительность, отсутствие нехарактерных симптомов).

**Повторный анализ «неосложненных БДР» с 6-месячным ограничением по длительности**

Изучив предшествующие исследования, мы предположили, что увеличение критерия длительности «неосложненного эпизода» до 6 месяцев не приведет к изменению результатов сравнения частот обострений. Данное предположение получило подтверждение. После увеличения продолжительности неосложнен-

ных депрессий до 6 месяцев их численность увеличилась на 38 % до 121 случая, однако результаты сравнений частоты обострений не изменились. При неосложненных депрессиях данный показатель по-прежнему достоверно не отличался от случаев "без БДР в анамнезе" (5,7 % в сравнении с 1,7 %), и был статистически значимо ниже, чем в подгруппе прочих БДР (14,7 %).

### **Повторный анализ на основе первоначальной выборки БДР в исследовании ЕСА**

Чтобы проверить, не могли ли наши поправки в критерии БДР неумышленно благоприятно повлиять на полученные результаты, мы повторили анализ частоты обострений в первоначальной выборке лиц с БДР исследования ЕСА. Результаты сравнений (не представлены) оказались идентичны результатам первичного анализа. При этом стоит еще раз напомнить, что только неосложненные БДР (n=95) прошли наш самый строгий тест в качестве потенциальной разновидности нормальной печали. Частота обострений при неосложненных случаях БДР в первоначальной выборке существенно не отличается от подгруппы без БДР в анамнезе и оказалась достоверно ниже, чем в подгруппе прочих БДР (1,7%, 5,0%, и 17,3 % соответственно). При этом во всех остальных подгруппах, предложенных для исключения, частота обострений (в диапазоне от 7,2% до 10,3%) оказалась значительно выше, чем в подгруппе без БДР в анамнезе (1,7%) и значительно ниже, чем в подгруппе прочих БДР (в диапазоне от 17,7 % до 19,1 %).

Поскольку в данный анализ, проводимый в конце исследования вошли случаи, у которых во время первого осмотра имелись текущие эпизоды БДР, то изучаемый эффект представляет собой комбинацию влияний рекуррентного и хронического течения. Однако данный более широкий анализ по-прежнему указывает на то, что неосложненные случаи БДР не отличаются от случаев без БДР в анамнезе, но совершенно не похожи на прочие случаи БДР.

### **Частоты обострений у больных с множественными и единственным эпизодом**

Как было неоднократно показано ранее, чем больше было число депрессивных эпизодов, тем была выше вероятность повторного рецидива. Исходя из этого, мы провели оценку вклада множественных эпизодов в полученную частоту обострений неосложненных БДР. Несмотря на то, что низкая частота обострений налагает ограничения на этот анализ, мы обнаружили, что частоты обострений равномерно распределены между случаями с единственным и множественными эпизодами. Из 43 случаев с выявленным однократным неосложненным эпизодом при первом обследовании к моменту второго обследования эпизод БДР возник у двоих (3,0%; 95%-ый доверительный интервал: -1,2, 7,3); из 45 зарегистрированных во время первого обследования случаев со множественными эпизодами (медиана = 3 эпизода) рецидив БДР в течение года возник также у 2 пациентов (3,7%; 95%-ый доверительный интервал: -2,2, 9,6). Во всех этих случаях за год, прошедший между обследованиями, по 1 эпизоду были осложненными и неосложненными. Полученная картина характерна для ситуационно обусловленных депрессивных эпизодов, когда, несмотря на множественные эпизоды в прошлом, не прослеживается устойчивой тенденции к рекуррентному течению.

В отношении случаев прочих (осложненных) БДР ситуация оказалась совершенно иной: у тех, у кого на момент первого обследования выявлялись множественные эпизоды (медиана = 3 эпизода), вероятность обострения заболевания в течение 1 года была достоверно выше (19,1%; 95%-ый доверительный интервал: 12,2, 24,1), по сравнению со случаями с единственным

эпизодом (7,2%; 95% CI: 3,3, 11,2). Неосложненные случаи со множественными эпизодами характеризуются значительно меньшей вероятностью возникновения следующего эпизода, в отличие от прочих случаев со множественными эпизодами, и это ранее не замеченное различие позволяет нам осуществлять клиническую дифференциацию состояний. Таким образом, наличие в анамнезе множества неосложненных эпизодов БДР не указывает на большую вероятность обострения по сравнению со случаями с единственным эпизодом. С другой стороны, наличие в анамнезе множества прочих эпизодов БДР указывает на повышенный риск обострения в будущем.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Рекуррентное течение является кардинальной чертой депрессивного расстройства, которая может быть использована для оценки целесообразности предлагаемых изменений диагностических рамок БДР. Проведенный нами анализ позволил выявить внутри БДР подгруппу (названную как «неосложненное» БДР), при которой частота обострений не превышает аналогичный показатель для общей популяции без БДР в анамнезе. Этот критерий (частота обострений), как известно, часто используется для разграничения выраженного страдания, наблюдающегося в норме, от депрессивного расстройства (23,31,49).

Другим часто упоминаемым критерием является «тезис о сходстве», согласно которому, наиболее выраженным доказательством того, что подгруппа БДР представляет собой форму патологии, является сходство наблюдающихся при нем признаков при различных типах БДР (22,50). Полученные нами результаты отчетливо противоречат данному тезису о сходстве неосложненных случаев БДР и прочих БДР по такому параметру, как частота обострений. Кроме того, отсутствие различий по частоте обострений при неосложненных БДР, протекающих с многократными и однократными эпизодами, также свидетельствует о значительных различиях между ними и другими БДР. Другие наши предположения также продемонстрировали некоторые их отличия от прочих БДР, однако они не оказались достаточно стойкими или очевидными и поэтому положение этих предложений остается более неопределенным.

Ряд дополнительных исследований подтвердил стабильность наших результатов. Мы снизили нижние границы для легких и немеланхолических БДР и провели повторный анализ всех предложенных гипотез на основе первоначальной выборки лиц с БДР из исследования ЕСА, а также увеличили требование по продолжительности неосложненных депрессий до 6 месяцев, однако все эти изменения существенно не повлияли на полученные результаты. Изучив причины полученных нами результатов о «неосложненных» БДР путем анализа влияния каждого из факторов, мы обнаружили, что гипотеза о «неосложненных» БДР основана на взаимодействии их обоих. Результаты, полученные относительно увеличенной до 6 месяцев продолжительности неосложненных БДР, свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований адекватного порога длительности как БДР, так и любых предлагаемых для исключения из рубрики БДР «неосложненных» депрессивных состояний.

Наше исследование продемонстрировало гетерогенность текущего диагноза БДР по DSM (12), а также предоставило результаты, касающиеся риска обострений, которые имеют клиническое значение безотносительно к проблеме диагностических границ БДР. Monroe и Harkness (20) выражают беспокойство, что «исследования, сосредоточенные на депрессии как на рекуррентном состоянии не смогли в целом выявить какие-либо важные ранние предикторы риска обострений». В

нашем исследовании были обнаружены индикаторы разного риска обострений.

Эпизод может быть расценен как неосложненный, только если его продолжительность не превышает 2 месяцев. В этой связи, применение результатов данного исследования будет представлять собой проблему для клиницистов, которые будут вынуждены контролировать состояние пациентов с позиций тактики «бдительного ожидания» до тех пор, пока состояние самостоятельно не разрешится или не пройдет 2-месячный срок. Тем не менее, данная проблема не столь драматична. Приблизительно в 78% изученных нами случаев БДР выявлялось наличие одного или более нетипичных симптомов, и уже только на этом основании должно быть диагностировано БДР, независимо от длительности эпизода (таблица 2). Из остальных 22% (случаи без нетипичных симптомов) приблизительно 60% (13% от всей выборки БДР) выздоровели в течение 2 месяцев, удовлетворив критериям «неосложненных» случаев; лишь у оставшихся длительность состояния превысила 2-месячную границу, отведенную для неосложненных случаев. Таким образом, контроль состояния этого круга лиц может быть крайне важным для оптимального понимания прогноза и диагноза. В некоторых случаях, вне зависимости от того, расценено состояние как нормальное или патологическое, будет оправданным более раннее симптоматическое лечение. Будущие исследования должны быть нацелены на выявление неосложненных случаев БДР с низкой склонностью к рецидивированию, которые в меньшей степени будут оценивать критерий длительности, чтобы принятие решений не зависело от времени.

При интерпретировании полученных нами результатов следует учитывать ограничения набора данных в исследовании ЕСА. Основным ограничением представляется 1-летний период, использовавшийся в исследовании ЕСА для оценки частоты обострений. Дальнейшие исследования должны показать, насколько наши результаты применимы для более длительного катamnестического периода. Еще одним ограничением является то, что диагнозы в исследовании ЕСА были основаны на воспоминаниях участников о своих симптомах, а в воспоминаниях могут скрываться ошибки.

В исследовании ЕСА диагностика осуществлялась по алгоритмам DSM-III, а в них отсутствует критерий «клинически значимое снижение», присутствующий в DSM-IV. При этом следует также учитывать, что само построение исследования ЕСА не позволяет применять данный критерий в отношении неосложненных случаев БДР. Однако применявшийся в исследовании ЕСА критерий тяжести симптоматики компенсировал данный недостаток. В самом деле, выборка исследования ЕСА представляется в среднем более тяжелой, чем должна была быть при использовании критериев DSM для БДР. Таким образом, данное исследование представляет собой особенно строгий тест для оценки предложенных для исключения состояний.

Критерии DSM для неосложненного БДР требуют того, чтобы у пациента не отмечалось болезненной фиксации на собственной никчемности, а это требование более высокого уровня, чем заложенный в исследовании ЕСА симптом («чувство собственной никчемности»), который нам пришлось использовать. Кроме того, понятие «никчемность», которое использовалось в ЕСА, включало также идеи вины или греха в качестве альтернативы. Таким образом, использование понятия «никчемность» в данном исследовании, по-видимому, привело к исключению из диагноза БДР несколько меньших случаев, чем более строгий критерий DSM. При этом использование более широкого понимания «беспомощности» представляется более предпочтительным, чем вообще отказ от него, особенно учитывая тот факт, что, начиная с Фрейда, заниженная само-

оценка считалась решающим признаком, который позволил отделить нормальную печаль от патологии.

Поскольку тяжесть состояния в исследовании ЕСА частично зависела от обращаемости больных за помощью, а показатели тяжести не регистрировались в наборе данных ЕСА, не представлялось возможным аналитически разграничить эффекты лечения от естественного течения БДР. Таким образом, на течение депрессивных состояний и на показатели частоты обострений могло оказывать влияние лечение. Однако ранее было показано, что частота обострений в группах больных БДР, получающих лечение, остается высокой и не снижается до уровней, отмечавшихся в общей популяции (25,27-29). Таким образом, маловероятно, что эффект терапии может объяснить, почему в подгруппе неосложненных БДР частота обострений не только значительно ниже, чем при прочих БДР, но и не отличается от показателей в общей популяции. Показатель тяжести свидетельствует о том, что неосложненные случаи БДР часто попадают в поле зрения профессионалов и, таким образом, имеют клиническое значение.

Частота обострений как разграничительный признак имеет одно преимущество, так как он логически не зависит от критериев, применяемых для определения неосложненных, легких и немеланхолических БДР, а его использование для оценки гипотез позволяет избежать искажения результатов. Кроме того, частота обострений применима для дифференциальной диагностики нормы и патологии, тогда как многие другие часто используемые переменные (начиная от отсутствия социальной поддержки и заканчивая подавлением иммунологических функций) связаны и с самим психическим расстройством, и с интенсивным нормальным дистрессом, что не позволяет разделить эти состояния. Предыдущие попытки, связанные с субъективной гипердиагностикой БДР, в основном, были направлены на исследование критерия клинической значимости/снижения, чтобы поднять диагностический порог БДР (51). Такая стратегия оказалась ошибочной как с концептуальной точки зрения, так и неэффективной с эмпирической (34-36,52-55).

Тем не менее, использование частоты обострений в качестве дифференцирующего критерия также имеет ряд ограничений. Строго говоря, рекуррентность не является ни необходимым, ни достаточным условием для диагностики расстройства. В частности, в нем нет необходимости, так как встречаются истинные депрессивные расстройства, протекающие с единственным эпизодом, при которых не наблюдается склонности к фазному течению (20). А условие достаточности неприменимо, так как само понятие «рекуррентность» неоднозначно. С одной стороны, оно может отражать появление некой заложенной в организме дисфункции, указывая, тем самым, на наличие расстройства, а, с другой, может указывать, например, на повторение ранее возникавших нормальных реакций в связи с действием хронического стресса или появления нового стрессового воздействия (например, утрата супруга может привести к финансовым проблемам, которые, в свою очередь, могут привести к потере жилья; при этом каждый новый стрессор вызывает дистресс). Учитывая эти факты, будущие исследования только выиграют от того, что при интерпретации «рекуррентности» будут учитывать нюансы и контекст.

Еще одним ограничением является то, что особенности дизайна исследования ЕСА не позволяли разграничить реактивно спровоцированные и аутохтонные «эндогенные» депрессии. Таким образом, критерий «неосложненного» характера депрессии применялся без учета контекста. Тем не менее, в более ранних исследованиях было показано, что применение критериев DSM для БДР в популяционных исследованиях

позволит выделить случаи депрессий, связанных со стрессом. К примеру, в исследовании National Comorbidity Survey только 5% лиц с БДР не сообщалось о наличии каких-либо провоцирующих факторов, связанных с их депрессивными переживаниями (38). Кроме того, как показали другие исследования, эндогенные депрессии почти никогда не бывают «неосложненными». Таким образом, этот пробел в данных исследования ЕСА, скорее всего, не мог существенно повлиять на результаты нашего анализа.

Таким образом, наши результаты, полученные с использованием критерия повышенной частоты обострений в качестве прогностического признака для выявления расстройства, свидетельствуют о том, что удаление неосложненных депрессий могло бы повысить валидность диагноза БДР. Результаты также подтверждают тот факт, что менее тяжелые формы БДР (с небольшим количеством симптомов и протекающие без меланхолических черт) имеют меньшую склонность к рекуррентному течению, чем прочие формы БДР, что требует дальнейшего изучения с позиций определения адекватного порога, позволяющего различать клиническое БДР от нормальной печали.

Неосложненные БДР проявляются только симптомами, которые характерны для нормального дистресса, они транзиторны, и в нашей выборке из исследования ЕСА они не сопровождались большей частотой обострений, чем это наблюдается в общей популяции. Если эти результаты будут реплицированы, то не окажется каких-либо эмпирических доказательств в пользу отделения неосложненных БДР от выраженной нормальной печали. В этой ситуации необходимо будет рассматривать вопрос об удалении неосложненных эпизодов как отдельного подтипа из диагноза БДР. А отдельные случаи, которые, несмотря на формальное соответствие критериям неосложненных депрессий, по-видимому, представляют собой патологические состояния, относились бы к диагностической рубрике расстройств настроения без дальнейших указаний. Наряду с этим, в связи с выраженными различиями между неосложненными и прочими БДР в отношении прогноза, в рекомендациях по терапии должна быть подчеркнута необходимость поэтапного подхода.

#### Список литературы

1. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
2. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
3. Kendler KS, Munoz RA, Murphy G. The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *Am J Psychiatry* 2010;167:134-42.
4. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998;155:172-7.
5. Kessler RC, Zhao SY, Blazer DG et al. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997;45:19-30.
6. Klein DE, Thase M. Medication versus psychotherapy for depression: progress notes. *Am Soc Clin Psychopharmacol* 1997;8:41-7.
7. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:93-9.
8. Eaton WW, Neufeld K, Chen LS et al. A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: Diagnostic Interview Schedule and Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry*

- 2000;57:217-22.
9. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010;40:899-909.
10. Tyrer P. Are general practitioners really unable to diagnose depression? *Lancet* 2009;374:589-90.
11. Fink M, Taylor MA. Resurrecting melancholia. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115(Suppl. 433):14-20.
12. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". *World Psychiatry* 2011;10:226-8.
13. Maj M. When does depression become a mental disorder? *Br J Psychiatry* 2011;199:85-6.
14. Maj M. Refining the diagnostic criteria for major depression on the basis of empirical evidence. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:317.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
16. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev* 2007;27:959-85.
17. Colman I, Naicker K, Zeng Y et al. Predictors of long-term prognosis of depression. *Can Med Assoc J* 2011;183:1969-76.
18. Coryell W, Endicott J, Keller MB. Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. *Am J Psychiatry* 1991;148:1353-8.
19. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:694-700.
20. Monroe SM, Harkness KL. Recurrence in major depression: a conceptual analysis. *Psychol Rev* 2011;118:655-74.
21. Mueller TI, Leon AC, Keller MB et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1000-6.
22. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive disorder. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
23. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
24. Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 22):5-9.
25. Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl. 15):13-7.
26. Solomon DA, Keller MB, Leon AC et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:229-33.
27. Bockting CLH, ten Doesschate MC, Spijker J et al. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77:17-26.
28. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:272-9.
29. Geddes JR, Carney SM, Davies C et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653-61.
30. Frank E, Prien RF, Jarrett RB et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
31. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:480-5.
32. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press, 1991.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical

- manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
34. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 1999;156:1856-64.
  35. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Does the DSM-IV clinical significance criterion for major depression reduce false positives? Evidence from the NCS-R. *Am J Psychiatry* 2010;167:298-304.
  36. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. On the threshold of disorder: a study of the impact of the DSM-IV clinical significance criterion on diagnosing depressive and anxiety disorders in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1400-5.
  37. Barkow K, Maier W, Ustun B et al. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Disord* 2003;76:157-69.
  38. Maj M. Bereavement related depression in the DSM-5 and ICD-World *Psychiatry* 2012;11:1-2.
  39. 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;11:11-5.
  40. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses? Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
  41. Chouinard G, Chouinard VA, Corruble E. Beyond DSM-IV bereavement exclusion criterion E for major depressive disorder. *Psychother Psychosom* 2011;80:4-9.
  42. Parker G. Classifying clinical depression: an operational proposal. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:314-6.
  43. Broadhead WE, Blazer DG, George LK et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
  44. Elkin I, Shea T, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
  45. Shorter E. The doctrine of the two depressions in historical perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:5-13.
  46. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Did narrowing the major depression bereavement exclusion from DSM-III-R to DSM-IV increase validity? Evidence from the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:66-73.
  47. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Relation between duration and severity in bereavement-related depression. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:487-94.
  48. Stata Corporation. Stata statistical software, Release 12 (Version 12). Texas: Stata Corporation, 2011.
  49. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
  50. Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than nonbereavement-related depression? *Psychol Med* 2007;37:779-94.
  51. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 survey's estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
  52. Beals J, Novins DK, Spicer P et al. Challenges in operationalizing the DSM-IV clinical significance criterion. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1197-207.
  53. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
  54. Wakefield JC. Disability and diagnosis: should role impairment be eliminated from DSM/ICD diagnostic criteria? *World Psychiatry* 2009;8:87-8.
  55. Wakefield JC, Spitzer RL. Lowered estimates— but of what? *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:129-30.

# Суицидальные мысли и зарегистрированные суицидальные попытки во время экономического кризиса в Греции

Marina Economou<sup>1,2</sup>, Michael Madianos<sup>3</sup>, Lily Evangelina Peppou<sup>1</sup>, Christos Theleritis<sup>1</sup>, Athanosios Patelakis<sup>1</sup>, Costas Stefanis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University Mental Health Research Institute (Греция)

<sup>2</sup> First Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Eginition Hospital (Греция)

<sup>3</sup> Department of Mental Health and Behavioural Sciences, School of Health Sciences, University of Athens, Athens, Greece (Греция)

Перевод: Бакунина Н.С.

Редактура: Алфимов П.В.

*Финансовый кризис в Греции существенно отразился на соматическом и психическом здоровье населения, что вызывает обеспокоенность о потенциальном росте суицидов. Целью данного исследования являлось изучение изменений в показателях суицидальности в период между 2009 и 2011 гг. в репрезентативной выборке и нескольких подгруппах населения. Также были исследованы социально-экономические предикторы суицидальных мыслей и попыток самоубийства в 2011 году. В 2009 и 2011 годах было проведено два общенациональных перекрестных телефонных опроса. В опросах приняли участие 2192 и 2256 человек (случайная и репрезентативная выборки, соответственно). Между 2009 и 2011 гг. произошло значительное увеличение распространенности суицидальных мыслей и сообщений о суицидальных попытках. Люди, страдающие депрессией, мужчины, состоящие в браке, люди, испытывающие финансовые трудности, люди с низким уровнем межличностного доверия, а также люди с суицидальными попытками в анамнезе оказались особенно уязвимы.*

**Ключевые слова:** финансовый кризис, суицидальные мысли, суицидальные попытки, безработица, Греция.

Суициды являются огромной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Каждый год примерно один миллион человек кончает жизнь самоубийством во всем мире, что делает суицид одной из ведущих причин смерти на международном уровне (1,2). В виду этого обстоятельства, Всемирная Организация Здравоохранения инициировала сбор данных о распространенности и факторах риска суицидов для информирования и планирования стратегий и политики общественного здравоохранения (3). Предыдущие исследования показали, что суицидальные мысли и попытки, именуемые в дальнейшем «суицидальность», должны рассматриваться, как предикторы более серьезных суицидальных действий (4,5).

Было обнаружено, что самоубийства и суицидальность тесно связаны с психиатрическими и социально-экономическими факторами (6). Наличие психического расстройства является одним из наиболее выявляемых факторов риска самоубийства или суицидальности (7,8), при этом «психологическая аутопсия показала», что более 90 % жертв суицида страдали от психических заболеваний на момент их смерти (9), чаще всего от расстройств настроения (10). И наоборот, получены убедительные свидетельства в пользу связи между суицидальностью и социально-экономическими факторами, такими как безработица, доход и семейное положение (6,11,12). В периоды экономического спада и его последствий, включая финансовые трудности, потерю работы и рост распространенности депрессии (13-16), суицид становится серьезной проблемой (17).

В 2008 году как следствие глобального финансового кризиса и увеличившихся расходов бюджета, население Греции столкнулось с серьезными социально-экономическими потрясениями. В 2010 году был подписан меморандум об экономической и финансовой

политике, чтобы предотвратить дефолт Греции. В 2011 году финансовый и социально-политический климат стал еще хуже: уровень безработицы достиг 16,6 % в мае, валовой внутренний продукт (ВВП) снизился до 6,1 %, а долг вырос с 105,4 % от ВВП в 2007 году до 160,9 % (18,19). Влияние экономического кризиса в Греции на соматическое и психическое здоровье начало привлекать все большее внимания (13, 20, 21), уделяя особое значение потенциальному росту самоубийств или суицидальности (21 - 24). Это имеет первостепенное значение, учитывая низкий уровень самоубийств в стране, о котором сообщается в предыдущих исследованиях (25-27).

В попытке оценить влияние финансового кризиса на психическое здоровье населения Греции в 2009 и 2011 годах (до и после внедрения Меморандума об экономической и финансовой политике в повседневную жизнь населения) были проведены два перекрестных общенациональных исследования. Настоящее исследование сфокусировано на изучении суицидальности. В нем сообщается о распространенности суицидальных мыслей и попыток в репрезентативной выборке населения Греции и в различных подгруппах населения в период с 2009 по 2011 гг. и о предикторах суицидальных мыслей и попыток в 2011 году.

## Методы

Основой выборки исследования была национальная база данных телефонных номеров, которая обеспечивает охват подавляющего большинства семей в стране. Из каталога была сделана случайная выборка принадлежащих людям телефонных номеров. В каждой семье человек, у которого день рождения был последним, был выбран для интервью.

Телефонные интервью были проведены среди взрослого населения в возрасте от 18 до 69 лет, в течение

**Таблица 1. Социально-демографические характеристики выборок в 2009 и 2011 годах по сравнению с данными переписи населения 2001 года**

	2009		2011		2001
	n	%	n	%	%
<b>Пол</b>					
Мужской	1080	49,3	1090	48,3	46,8
Женский	1112	50,7	1166	51,7	54,2
<b>Возрастные группы</b>					
<24	210	9,6	223	9,9	9,2
25–34	411	18,7	426	18,9	19,8
35–44	325	14,8	367	16,3	16,2
45–54	452	20,6	425	18,8	19,4
55–64	384	17,5	368	16,3	16,0
>65	409	18,6	447	19,8	18,4
<b>Семейное положение</b>					
Холост или не замужем	486	22,2	455	20,2	21,0
Женат или замужем	1487	67,8	1585	70,3	70,0
Вдовец или вдова	123	5,9	138	6,1	7,1
В разводе	96	4,3	78	3,5	3,0
<b>Образование (годы)</b>					
<11	1077	49,1	1351	59,9	61,0
12	813	37,1	654	29,0	28,0
>13	302	13,8	251	11,1	11,0
<b>Место жительства</b>					
Афинская агломерация	808	36,9	847	37,5	39,3
Фессалоники и центральная Македония	275	12,5	388	17,2	15,0
Другие части страны	1109	50,6	1021	45,3	45,7
<b>Трудоустройство</b>					
Работающий	1184	84,4	1214	85,5	94,0
Безработный	218	15,6	206	14,5	6,0

одного и того же периода времени (с февраля по апрель) в 2009 и 2011 годах. В 2009 году из 2667 звонков 2192 интервью были успешно завершены (доля респондентов 82,2 %). Сто восемьдесят четыре человека (6,9 %) сразу же повесили трубку и 290 (10,9 %) отказались от опроса или не закончили интервью. В 2011 году из 2820 звонков, 2256 интервью были успешно завершены (доля респондентов 80,5 %). Двести три человека (7,2 %) сразу повесили трубку и 347 (12,3 %) отказались от опроса или не закончили интервью. Статистически значимых различий между участниками, которые вошли в выборку и теми, кто не подходил по полу, возрасту и месту жительства, обнаружено не было.

Все интервью были проведены подготовленными специалистами в области социологии и психологии. Обучение специалистов включало в себя лекции, ролевые игры и пилотные телефонные интервью общей сложностью 60 часов, которые были записаны на пленку и переслушаны.

Был использован метод компьютеризированных телефонных опросов (28), который позволял автоматически управлять анкетами, осуществлять интерактивную проверку и автоматически планировать будущие вызовы (например, если на вызов не ответили или интервью не было завершено).

Информация о распространенности большого депрессивного эпизода, суицидальных мыслей и суицидных попытках в течение последнего месяца была собрана с помощью соответствующего модуля структурированного клинического интервью для DSM-IV расстройств I оси (SCID-I) (29), который был стандартизирован для греческого населения и широко использу-

ется в клинических и эпидемиологических исследованиях (например, 30, 31).

Для подтверждения достоверности диагноза, случайную выборку звонков (10 %) оценили десять интервьюеров. Установленная капша Флейса: 0,89 в 2009 году и 0,90 в 2011 году. Кроме того, случайная выборка участников (10 %) согласилась на повторное интервью у психиатра. Уровень совпадения диагноза составил 87 % в 2009 году и 89 % в 2011 году.

Для оценки степени финансовых трудностей участников был использован индекс личного экономического дистресса (ИЛЭД) (13). Эта шкала включает в себя восемь вопросов и описывает столкновение участников с ежедневными финансовыми потребностями, связанными с домашним хозяйством, в течение последних шести месяцев. Ответы ранжируются по трехбалльной шкале (никогда, 1; иногда, 2; часто, 3), а суммарный балл шкалы может варьироваться от 8 (отсутствие финансовых трудностей) до 24 (серьезные финансовые трудности). Предыдущее исследование психометрических свойств шкалы определило 15 в качестве пороговой величины (за счет определения лучших результатов по чувствительности и специфичности, (13)). Согласно с этим, участники, получившие балл выше этой пороговой величины, расценивались как имеющие финансовые затруднения. Шкала отображает хорошую внутреннюю согласованность характеристик (альфа Кронбаха 50,93).

Межличностное доверие оценивалось по соответствующим вопросам из Европейского Социального Опросника (32). Вопросы оценивались по шкале от 0 до 10, где 0 соответствовал низкому уровню межличностного доверия. Так как в шкале определилась хоро-

Таблица 2. Распространенность (%) суицидальных мыслей в различных подгруппах населения в 2009 и 2011 годах.				
	2009 (n=2192)	2011 (n=2256)	$\chi^2$ (df=51)	p-значение
<b>Пол</b>				
Мужской	4,4	7,1	6,41	0,011
Женский	5,9	6,3	0,05	0,817
<b>Возраст</b>				
<24	13,9	4,9	15,83	<0,001
25–34	7,0	9,9	1,19	0,275
35–44	3,4	6,6	2,69	0,100
45–54	7,4	7,8	0,00	0,923
55–64	1,9	7,2	14,41	<0,001
>65	3,2	5,0	1,08	0,299
<b>Семейное положение</b>				
Холост или не замужем	11,6	5,6	17,24	<0,001
Женат или замужем	2,3	7,3	38,08	<0,001
<b>Образование</b>				
<11	4,3	6,8	3,39	0,065
12	6,3	6,8	0,01	0,921
>13	6,0	6,6	0,17	0,680
<b>Место жительства</b>				
Другие регионы	4,9	5,8	0,95	0,328
Афины	5,7	8,0	3,16	0,075
<b>Трудоустройство</b>				
Безработный	4,0	10,2	3,31	0,069
Экономически активный	5,2	7,2	3,05	0,080
Экономически неактивный	5,3	4,9	0,06	0,796
<b>Обращение за специализированной помощью</b>				
Нет	4,5	4,7	0,05	0,810
Да	8,3	17,3	13,36	<0,001
<b>Использование психотропных средств</b>				
Нет	5,2	5,9	0,86	0,353
Да	4,5	22,7	11,10	<0,001
<b>Диагноз большой депрессии</b>				
Нет	2,5	2,3	0,15	0,69
Да	54,9	56,0	0,00	0,94

шая внутренняя согласованность характеристик (альфа Кронбаха 50,77), был вычислен суммарный балл.

Были зафиксированы социально-демографические характеристики респондентов (пол, возраст, семейное положение, место жительства, образование, рабочая занятость) и их предыдущие контакты с психиатрами, использование психотропных препаратов, и число госпитализаций.

Исследование получило одобрение Этического комитета НИИ психического здоровья и было выполнено в соответствии с этическими нормами, установленными в 1964 году Хельсинкской декларацией. Информированное согласие было получено от всех участников.

Для изучения различий между категориальными переменными, был использован критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Чтобы выявить предикторы суицидальных мыслей и недавних суицидальных попыток, были рассчитаны две модели логистической регрессии с наличием или отсутствием суицидальных мыслей или недавними попытками самоубийства в качестве зависимой переменной. Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета SPSS v.17.

В таблице 1 представлены социально-демографические характеристики выборок 2009 и 2011 годов наряду с теми же характеристиками греческого населения в соот-

ветствии с переписью населения 2001 года. Состав выборки был сопоставим с данными переписи населения.

## Результаты

Доля респондентов, которые указали на наличие суицидальных мыслей, составила 6,7 % в 2011 году против 5,2 % в 2009 году ( $\chi^2=3,92$ ,  $df=1$ ,  $p=0,04$ ). Как показано в таблице 2, значительное увеличение распространенности суицидальных мыслей наблюдалась у мужчин (7,1 % против 4,4 %,  $\chi^2=6,41$ ,  $df=51$ ,  $p=0,011$ ), но не у женщин (6,3 % против 5,9 %,  $\chi^2=0,05$ ,  $df=1$ ,  $p=0,817$ ). Распространенность суицидальных мыслей также увеличилась среди опрошенных в возрасте 55-64 лет (7,2 % против 1,9 %,  $\chi^2=14,41$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ), в то же время она снизилась среди лиц моложе 24 лет (4,9 % против 13,9 %,  $\chi^2=15,83$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ). Увеличение этого показателя наблюдалось также среди лиц, состоящих в браке (7,3 % против 2,3 %,  $\chi^2=38,08$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ), в то время как распространенность суицидальных мыслей снизилась среди холостых и незамужних респондентов (5,6 % против 11,6 %,  $\chi^2=17,24$ ,  $p<0,001$ ). Степень выраженности суицидальных мыслей также увеличилась от 2009 к 2011 году среди респондентов, которые принимали психотропные препараты (22,7 % против 4,5 %,  $\chi^2=11,10$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ) и тех, кто обращался за помощью к специалистам в области психического здоровья (17,3 % против 8,3 %,  $\chi^2=13,36$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ).

**Таблица 3. Распространенность (%) зарегистрированных суицидальных попыток в различных подгруппах населения в 2009 и 2011 годах.**

	2009 (n=2192)	2011 (n=2256)	2 (df=51)	p-значение
<b>Пол</b>				
Мужской	0,4	2,0	11,12	<0,001
Женский	1,8	1,0	1,93	0,165
<b>Возраст</b>				
<24	0,0	1,3	1,53	0,215
25–34	0,0	1,7	6,73	0,009
35–44	0,0	2,3	4,56	0,033
45–54	3,2	0,7	5,33	0,021
55–64	1,2	2,8	1,93	0,164
>65	1,4	0,6	0,55	0,457
<b>Семейное положение</b>				
Холост или не замужем	2,8	1,4	3,14	0,076
Женат или замужем	0,3	1,6	10,81	0,001
<b>Образование (годы)</b>				
<11	2,1	2,9	0,39	0,530
12	0,3	1,4	1,25	0,262
>13	0,1	1,2	5,96	0,015
<b>Место жительства</b>				
Другие регионы	1,3	1,8	0,74	0,388
Афины	0,9	1,1	0,02	0,874
<b>Трудоустройство</b>				
Безработный	0,0	4,4	4,12	0,042
Экономически активный	0,4	1,1	1,95	0,162
Экономически неактивный	1,9	1,6	0,03	0,861
<b>Обращение за специализированной помощью</b>				
Нет	0,7	1,3	2,49	0,115
Да	2,7	2,6	0,00	1,000
<b>Использование психотропных средств</b>				
Нет	1,1	1,3	0,36	0,546
Да	1,1	5,2	1,26	0,260
<b>Диагноз большой депрессии</b>				
Нет	0,8	0,5	0,97	0,324
Да	6,6	13,0	2,56	0,109

Доля респондентов, которые сообщили о недавней попытке самоубийства, составила 1,5 % в 2011 году против 1,1 % в 2009 году ( $\chi^2=1,16$ ,  $df=1$ ,  $p=0,28$ ) (23). Как показано в таблице 3, значительное увеличение распространенности недавних попыток самоубийства наблюдалось у мужчин (2,0 % против 0,4 %,  $\chi^2=11,12$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ), но не у женщин (1,0 % против 1,8 %,  $\chi^2=1,93$ ;  $df=1$ ,  $p=0,165$ ). Распространенность недавних суицидных попыток также увеличилась среди людей в возрасте 25–34 лет (1,7 % против 0,0 %,  $\chi^2=6,73$ ,  $df=1$ ,  $p=0,009$ ) и 35–44 лет (2,3 % против 0,0 %,  $\chi^2=4,56$ ,  $df=1$ ,  $p=0,033$ ), а среди респондентов в возрасте 45–54 лет она снизилась (0,7 % против 3,2 %,  $\chi^2=5,33$ ,  $df=1$ ,  $p=0,021$ ). Увеличение этого показателя также наблюдалось среди людей, состоящих в браке (1,6 % против 0,3 %,  $\chi^2=10,81$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$ ), и среди лиц с самым высоким уровнем образования (1,2 % против 0,1 %,  $\chi^2=5,96$ ,  $df=1$ ,  $p=0,015$ ). Среди безработных респондентов данных о недавней попытке самоубийства в 2009 году не было, в то время как в 2011 году доля безработных респондентов с недавней суицидальной попыткой составила 4,4 % ( $\chi^2=4,12$ ,  $df=1$ ,  $p=0,042$ ).

Как показано в таблице 4, значимыми предикторами суицидальных мыслей в 2011 году были: наличие большого депрессивного расстройства в течение предыдущего месяца, столкновение с финансовыми трудностями, попытка самоубийства в анамнезе, низкий уровень

межличностного доверия. Появление суицидальных мыслей у лиц, которые удовлетворяли критериям большого депрессивного расстройства по DSM-IV, было в 48 раз вероятнее, чем среди людей без этого диагноза ( $OR=47,72$ , 95 % ДИ=22,18–62,66,  $p<0,001$ ). У респондентов с суицидальной попыткой в анамнезе в семь раз чаще встречаются суицидальные мысли, чем у людей без таковой ( $OR=6,89$ , 95 % ДИ=1,66–8,60,  $p<0,01$ ).

Как показано в таблице 5, значимыми предикторами суицидальной попытки в 2011 году были: наличие большого депрессивного расстройства в течение предыдущего месяца, финансовые трудности, суицидальная попытка в анамнезе, мужской пол, женатый/замужний семейный статус. Люди, которые удовлетворяли критериям большого депрессивного расстройства по DSM-IV, в 97 раз чаще сообщали о суицидной попытке в течение предыдущего месяца, чем лица без этого диагноза ( $OR=97,39$ , 95 % ДИ=71,06–134,45,  $p<0,01$ ). Среди мужчин суицидные попытки встречались в 12 раз чаще, чем среди женщин ( $OR=12,26$ , 95 % ДИ=5,10–16,78,  $p<0,05$ ), также люди, состоявшие в браке совершали суицидальные попытки в 53 раза чаще, чем не женатые ( $OR=53,29$ , 95 % ДИ=33,29–64,40,  $p<0,05$ ). Лица с суицидальной попыткой в анамнезе в 14 раз чаще сообщали о недавней суицидальной попытке, чем лица без таковой ( $OR=14,41$ , 95 % ДИ=1,79–15,95,  $p<0,01$ ).

<b>Таблица 4. Результаты логистической регрессии (зависимая переменная – суицидальные мысли).</b>			
	<b>ОР</b>	<b>95 % ДИ</b>	<b>p-значение</b>
<b>Диагноз большой депрессии</b>			
Нет <sup>a</sup>			
Да	47,72	22,18–62,66	<0,001
<b>Пол</b>			
Женский			
Мужской	1,96	0,93–4,13	НЗ
<b>Возраст (годы)</b>	0,96	0,72–1,29	НЗ
<b>Образование (годы)</b>	1,11	0,58–2,13	НЗ
<b>Место жительства</b>			
Афины <sup>a</sup>			
Другие регионы	1,57	0,70–3,54	НЗ
<b>Семейное положение</b>			
Холост или не замужем <sup>a</sup>			
Женат или замужем	1,51	0,59–3,82	НЗ
<b>Трудоустройство</b>			
Безработный <sup>a</sup>			
Экономически активный	0,92	0,26–3,23	НЗ
Экономически неактивный	0,71	0,15–3,25	НЗ
<b>Балл ИЛЭД</b>	1,07	1,07–1,40	<0,05
<b>Предыдущие суицидальные попытки</b>			
Нет <sup>a</sup>			
Да	6,89	1,66–8,60	<0,01
<b>Балл по шкале межличностного доверия</b>	0,93	0,87–0,98	<0,001
<sup>a</sup> Категория сравнения ИЛЭД – индекс личного экономического дистресса ОР – отношение рисков ДИ – Доверительный интервал НЗ – не значимо			

## Дискуссия

Это исследование приводит доказательства о существенном росте распространенности суицидальных мыслей и попыток самоубийства в репрезентативной выборке населения Греции в период между 2009 и 2011 гг. Особенно подвержены суицидальности оказались люди, страдающие депрессией, мужчины, женатые/замужние лица, люди, испытывающие финансовые трудности, люди с низким уровнем межличностного доверия, а также лица с наличием суицидальных попыток в анамнезе.

Предыдущие исследования в стране отображают важные колебания показателей суицидальности на протяжении многих лет, а также тесную связь между этими явлениями и социально-экономическими факторами (13, 26).

В частности, в эпидемиологическом исследовании, которое проводилось в 1978 году, 1-месячная распространенность суицидальных мыслей составила 4,8 %, тогда как в 1984 году она составила 10,9 % (26). Такой значительный рост объясняется экономическим спадом, который достиг своего пика к 1984 и обусловил необходимость применения экономических мер в течение 1985-1986 годов (33). Аналогичная тенденция попыток была обнаружена в течение месяца до интервю: 0,7 % в 1978 г. и 2,6 % в 1984 г. В 2008 г., до начала экономического кризиса в Греции, 1-месячная распространенность суицидальных мыслей составляла 2,4 %, суицидальных попыток 0,6 (13). Оба показателя существенно ниже, чем в 2009 и 2011 годах.

Zacharakis et al. (25) изучили уровень самоубийств в Греции в период 1980-1995 гг. и обнаружили, что он был одним из самых низких в мире. Возможно, это было связано с множеством социальных и культурных факторов: тесные семейные связи, поддержка и помощь со стороны социальных служб и религиоз-

ность. Показатель самоубийств оставался низким до 2009 года. Согласно официальной информации из полицейского реестра, в 2009 году имели место 507 завершённых самоубийств и серьёзных попыток самоубийства, 622 в 2010 году и 598 в 2011 году (34).

Отмечается параллель этих данных с постепенным увеличением распространенности большого депрессивного расстройства в Греции в течение последних нескольких лет (16). Это подтверждает, что экономический кризис в Греции повлиял на психическое здоровье населения, также как это наблюдалось в других странах (14, 35).

Наши данные о подгруппах населения, наиболее уязвимых к суицидальности, можно объяснить социально-экономическими изменениями, в частности безработицей, отсутствием гарантий трудоустройства и потерей доходов, которые играют важную роль в период экономического спада (36-38). Например, люди с высоким уровнем образования могут столкнуться с трудностями в поиске работы. Также могут возникать несоответствия уровня их образования и доходов. Мужчины и женщины, состоящие в браке, являются кормильцами в греческой семье и могут чувствовать себя не в состоянии обеспечить свои семьи всем необходимым в связи с безработицей и отсутствием гарантий трудоустройства. Возрастные группы, отражающие наиболее высокий рост суицидальности в нашем исследовании — это те группы, которые испытывали наибольшие изменения в уровне безработицы в последние годы (39). Кроме того, людям в возрасте 55-64 лет приходилось справляться с обязательным ранним выходом на пенсию в 2011 году. Исследования показали, что люди, которые достигли пенсионного возраста в разгар экономического кризиса, рассчитывая на постоянный доход, зависящий от рыночной конъюнктуры (например, пенсии) и без должного

<b>Таблица 5. Результаты логистической регрессии (зависимая переменная – зарегистрированные суицидальные попытки [наличие или отсутствие])</b>			
	<b>ОР</b>	<b>95 % ДИ</b>	<b>р-значение</b>
<b>Диагноз большой депрессии</b>			
Нет <sup>a</sup>			
Да	97,39	71,06–134,45	<0,01
<b>Пол</b>			
Женский <sup>a</sup>			
Мужской	12,26	5,10–16,78	<0,05
<b>Возраст (годы)</b>	0,43	0,16–1,16	НЗ
<b>Образование (годы)</b>	2,88	0,53–5,69	НЗ
<b>Место жительства</b>			
Афины <sup>a</sup>			
Другие регионы	1,89	0,21–6,67	НЗ
<b>Семейное положение</b>			
Холост или не замужем <sup>a</sup>			
Женат или замужем	53,29	33,29–64,40	<0,05
<b>Трудоустройство</b>			
Безработный <sup>a</sup>			
Экономически активный	0,40	0,02–6,74	НЗ
Экономически неактивный	14,90	0,35–24,76	НЗ
<b>Балл ИЛЭД</b>	1,23	1,02–1,49	<0,05
<b>Предыдущие суицидальные попытки</b>			
Нет <sup>a</sup>			
Да	14,41	1,79–15,95	<0,01
Балл по шкале межличностного доверия	1,03	0,87–1,22	НЗ
<sup>a</sup> Категория сравнения ИЛЭД – индекс личного экономического дистресса ОР – отношение рисков ДИ – Доверительный интервал НЗ – не значимо			

финансового планирования оказались особенно подвержены стрессу и неопределенности (41).

Значительное увеличение распространенности суицидального поведения среди тех, кто обращался за профессиональной помощью и тех, кто принимал психотропные препараты сравнимо с увеличением использования услуг в области психического здоровья и заболеваемости, обратившихся за помощью с психологическим проблемам в периоды экономического неблагополучия (42).

В нашем исследовании единственным существенным защитным фактором в отношении суицидальных мыслей был уровень межличностного доверия. Долгое время это считалось мерой социального капитала (43), который, в свою очередь, был связан с более низкими показателями смертности (44) и распространенности самоубийств (45). Это поддерживает данные Durkheim о социальной интеграции и суицидальности (46). Социальный капитал в целом и межличностное доверие в частности могут защитить граждан от развивающихся суицидальных мыслей, даже в периоды экономического кризиса. Это лишний раз подчеркивает важность усиления социального капитала для смягчения неблагоприятного влияния экономического спада на психическое здоровье населения (17, 47).

Наши данные показывают, что среди лиц мужского возраста вероятность суицидальной попытки значительно выросла. Это можно объяснить целым рядом факторов, такими как отсутствие гарантий трудоустройства, потеря дохода, мужская социальная роль, которая тесно связана с условиями трудоустройства и низкой доступностью социальной поддержки. Например, Moller-Laumkyuler (48) связывал подверженность мужчин к суициду с наблюдением, что мужчины, как правило, социально менее интегрированы в сообщество,

имеют меньшую социальную поддержку и эмоционально более изолированы (по сравнению с женщинами).

Повышенный риск суицидальных попыток среди лиц, состоящих в браке, может быть интерпретирован в свете модели семейного стресса (49, 50), которая постулирует, что пары, сталкивающиеся с финансовыми трудностями становятся рассерженными, печальными и пессимистически смотрят на будущее. Эмоциональный дистресс обуславливает «неподдерживающее» и раздражительное взаимодействие супругов, что в результате приводит к семейному конфликту. Супружеские конфликты в свою очередь, связаны с депрессией (49, 50) и суицидами (51). Эта модель получила поддержку в исследованиях, проведенных в США (52), Чехии (53), Финляндии (54), Румынии (55) и Корее (56).

Клиницистам необходимо знать о вышеперечисленных факторах риска. Они должны внимательно обследовать мужчин, людей с депрессией, тех, кто испытывает финансовые трудности, индивидов с попытками самоубийства в анамнезе, женатых лиц, а также людей с низким уровнем межличностного доверия.

Врачи должны иметь в виду, что около 90 % незапланированных и 60 % запланированных первых суицидальных попыток происходят в течение 1 года с момента появления суицидальных мыслей (8). В этом контексте раннее выявление психических расстройств (в частности, депрессии) имеет первостепенное значение (57). Обнаружено, что внедрение программ, специально разработанных для подготовки врачей первичного звена для распознавания и лечения депрессии, приводят к снижению уровня самоубийств (58). Развитие программ социальной защиты, таких как программа расширения рабочей силы, системы социальной под-

держки и доступа к медицинской помощи и страхованию, может смягчить негативные последствия экономического кризиса и безработицы на психическое здоровье граждан (17, 47).

В настоящем исследовании был ряд методологических недостатков. Из-за перекрестного характера исследования нельзя делать однозначные выводы о причинах того или иного феномена. Кроме того, сведения о суицидальных мыслях и попытках могут быть необъективны в виду нежелания респондентов раскрывать такую конфиденциальную информацию. Нужно отметить, что для облегчения получения подобных сведений была обеспечена анонимность телефонного интервью (59, 60). Таким образом, нельзя исключить, что полученные в этом исследовании данные недооценивают действительные показатели.

Наши данные подтверждают, что влияние кризиса на психическое здоровье населения Греции в настоящее время широко распространено и носит системный характер. Это лишний раз подчеркивает необходимость принятия мер, направленных на «смягчение» этих неблагоприятных эффектов. Если Греция рассчитывает сохранить свое низкое место в мировом списке уровня самоубийств, необходимо разработать и внедрить стратегический план, направленный на лечение депрессии и предотвращение самоубийств.

## Библиография

1. World Health Organization. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. US Department of Health and Human Services. With understanding and improving health and objectives for improving health. Washington: US Department of Health and Human Services, 2000.
3. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Brezo J, Paris J, Tremblay R et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychol Med* 2006;36:180-206.
5. Suominen K, Isometsa E, Suokas J et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161:562-3.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-54.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2008;192:98-105.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
9. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
10. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-32.
11. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D et al. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999;175:263-70.
12. McMillan KA, Enns MW, Asmundson GJ et al. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1168-75.
13. Madianos M, Economou M, Alexiou T et al. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:943-52.
14. 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.
15. Wang JL, Smailes E, Sareen J et al. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Can J Psychiatry* 2010;55:598-605.
16. Economou M, Madianos M, Peppou L et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* (in press).
17. World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Geneva: World Health Organization, 2011.
18. Eurostat. Euro area and EU27 government deficit at 6.0 % and 6.4 % of GDP respectively. Luxembourg: Eurostat, 2011.
19. Hellenic Statistical Authority. Unemployment rate at 16.6 % in May 2011. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2011.
20. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012;22:4-5.
21. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378:1457-8.
22. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011;378:124-5.
23. Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
24. Economou M, Madianos M, Peppou LE et al. Suicidality and the economic crisis in Greece. *Lancet* 2012;380:337.
25. Zacharakis CA, Madianos M, Papadimitriou GN et al. Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:471-6.
26. Madianos M, Madianou-Gefou D, Stefanis CN. Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:171-8.
27. World Health Organization. Suicide rates in Greece. [www.who.int](http://www.who.int).
28. Ketola E, Klockars M. Computer-assisted telephone interview (CATT) in primary care. *Fam Pract* 1999;16:179-83.
29. First MB, Spitzer R, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, patient edition. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1996.
30. Madianos M, Papaghelis M, Philippakis A. The reliability of SCID-I in Greece in clinical and general population. *Psychiatriki* 1997;8:101-8.
31. Madianos M, Economou M, Stefanis C. Long-term outcome of psychiatric disorders in the community: a 13 year follow up study in a nonclinical population. *Compr Psychiatry* 1998;39:47-56.
32. European Social Survey. Questionnaire. [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).
33. Madianos M, Stefanis CN. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:211-9.
34. Ministry of Public Order & Citizen Protection. Table on suicides (completed and attempted) from 2009 until 10-12-2011. Athens: Police Headquarters, 2011.
35. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
36. GavriloVA NS, Semyonova VG, Evdokushkina GN et al. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. *Popul Res Policy Rev* 2000;19:397-419.
37. Gunnell D, Harbord R, Singleton N et al. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry* 2004;185:385-93.
38. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC et al. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East или Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009;68:1322-31.
39. Hellenic Statistical Authority. Research on Labour Force: May 2012. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2012.

40. Kelly S. Don't stop thinking about tomorrow: the changing face of retirement — the past, the present, the future. Sydney: AMP. NATSEM, 2009.
41. Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey KJ. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *Soc Sci Med* 2011;73:1105-12.
42. Catalano R. The health effects of economic insecurity. *Am J Public Health* 1991;81:1148-52.
43. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:120-30.
44. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K et al. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-8.
45. Duberstein P, Conwell Y, Connor K et al. Poor social integration and suicide: fact or artifact? *Psychol Med* 2004;34:1331-7.
46. Durkheim E. *Le suicide. \_Etude de sociologie.* Paris: Les Presses universitaires de France, 1897.
47. Wahlbeck K, McDavid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012;11:139-45.
48. Moller-Leimkuhler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are so men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:1-8.
49. Conger RD, Elder GH, Lorenz FO et al. Linking economic hardship to marital quality and instability. *J Marriage Fam* 1990;52:643-55.
50. Conger RD, Wallace LE, Sun Y et al. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Dev Psychol* 2002;38:179-93.
51. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry* 2004;3:158-9.
52. Vinokur AD, Price RH, Caplan RD. Hard times and hurtful partners: how financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *J Pers Soc Psychol* 1996;71:166-79.
53. Hrabá J, Lorenz FO, Pechacova Z. Family stress during the Czech transformation. *J Marriage Fam* 2000;62:520-31.
54. Kinnunen U, Pulkkinen L. Linking economic stress to marital quality among Finnish marital couples: mediator effects. *J Fam Issues* 1998;19:705-24.
55. Robila M, Krishnakumar A. Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *J Fam Psychol* 2005;19:246-51.
56. Kwon HK, Rueter MA, Lee MS et al. Marital relationships following the Korean economic crisis: applying the family stress model. *J Marriage Fam* 2003;65:316-25.
57. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. Suicidal ideation, selfharm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010;25:427-31.
58. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-74.
59. Evans E, Hawton K, Rodham K et al. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:239-50.
60. Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:707-15.

# Трудоустройство с поддержкой: экономическая эффективность в шести европейских центрах

Martin Knapp<sup>1,2</sup>, Anita Patel<sup>2</sup>, Claire Curran<sup>1</sup>, Eric Latimer<sup>3</sup>, Jocelyn Catty<sup>4</sup>, Thomas Becker<sup>5</sup>, Robert E. Drake<sup>6</sup>, Angelo Fioritti<sup>7</sup>, Reinhold Kilian<sup>5</sup>, Christoph Lauber<sup>8</sup>, Wulf Rössler<sup>9</sup>, Toma Tomov<sup>10</sup>, Joeske van Busshbach<sup>11</sup>, Adelina Comas-Herrera<sup>1</sup>, Sarah White<sup>4</sup>, Durk Wiersma<sup>11</sup>, Tom Burns<sup>12</sup>

<sup>1</sup> Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, Houghton Street, London WC2A 2AE, UK (Великобритания);

<sup>2</sup> Centre for the Economics of Mental and Physical Health, King's College London, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, SE5 8AF, UK (Великобритания);

<sup>3</sup> Division of Social and Transcultural Psychiatry, Montreal, Quebec, H3A 1A1 Canada (Канада);

<sup>4</sup> Division of Mental Health, St. George's University of London, London, UK (Великобритания);

<sup>5</sup> Department of Psychiatry II, University of Ulm, BKH Gunzburg, Germany (Германия);

<sup>6</sup> New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Centre, Lebanon, NH, USA (США);

<sup>7</sup> Programma Salute Mentale, Azienda USL, Rimini, Italy (Италия);

<sup>8</sup> Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, L69 3GL, UK (Великобритания);

<sup>9</sup> Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland (Швейцария);

<sup>10</sup> Institute of Human Relations, Sofia, Bulgaria (Болгария);

<sup>11</sup> Psychiatry Department, University Hospital, Groningen, Netherlands (Нидерланды);

<sup>12</sup> University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, UK (Великобритания).

Перевод: Алфимов П.В.

*Значительная доля больных с тяжелыми психическими расстройствами является нетрудоустроенной, но стремится к оплачиваемой деятельности. Индивидуальное размещение и поддержка (ИРП) — это новый многообещающий подход, с помощью которого можно помочь пациентам получить работу. В рандомизированном контролируемом исследовании в шести европейских центрах изучены случаи применения ИРП у людей с выраженной психической патологией в сравнении со стандартными методиками по восстановлению трудоспособности (ВТ). Участники (n=312) были рандомизированы в группы ИРП или стандартных методик ВТ и наблюдались в течение 18 месяцев. Выполнен сбор данных по уровню и результатам использования услуг. Был проведен анализ экономической эффективности по двум основным исходам: дополнительное количество рабочих дней в конкурентной среде и один дополнительный процент лиц, проработавших по меньшей мере 1 день. Анализ эффективности выполнялся отдельно для каждой страны. Также был проведен частичный анализ затрат и выгод (анализ рентабельности). Для ИРП характерен исход, превышающий таковой при альтернативных методах ВТ. При этом для ИРП характерны меньшие общие затраты в контексте систем здравоохранения и социального обеспечения. Эта тенденция была подтверждена в дезагрегированных анализах для пяти из шести европейских центров. Включение вмененных значений для отсутствующих данных о затратах дополнительно поддерживает эти выводы. ИРП стоит рассматривать как метод, чья экономическая эффективность превышает таковую при стандартных методах ВТ. В анализе затрат и выгод показаны дополнительные преимущества ИРП. Последний в сравнении со стандартными методами ВТ представляется менее затратным и более экономически эффективным способом помощи пациентам с тяжелыми психическими расстройствами.*

**Ключевые слова:** трудоустройство с поддержкой, экономическая эффективность, тяжелые психические расстройства, экономика, работа

**(World Psychiatry 2013;12:60–68)**

Больным с тяжелыми психическими расстройствами очень сложно сохранить оплачиваемую должность. Кроме того, они получают довольно низкую зарплату [1]. Неудивительно, что многие общественные и другие организации подчеркивают необходимость целевой помощи этому контингенту [2,3]. По мере увеличения макроэкономического давления и значительных сокращений государственных бюджетов, все более важной становится экономическая целесообразность подобных мер (оправдываются ли затраты результатами?) и оценка их влияния на бюджет (каково воздействие этих мер на общие затраты?).

Индивидуальное размещение и поддержка (ИРП) — это метод, который помогает трудоустроить тяжелых психических больных в конкурентной среде [4, 5] и

способствует их частичной социальной и экономической интеграции. В многоцентровом рандомизированном исследовании ИРП, проведенном в шести городах Европы (EQOLISE), впервые напрямую изучалась гипотеза, утверждающая, что ИРП является более эффективным способом, чем стандартные методы восстановления трудоспособности, применяемые в Европе [6].

В схожих исследованиях в США [4], Канаде [7], Австралии [8] и Гонконге [9], а также в настоящем исследовании показано, что участники в группе ИРП имеют более высокую вероятность трудоустроиться в конкурентной среде, и работают в течение большего количества часов по сравнению с пациентами, получающими стандартную поддержку (ВТ). Недавно Bond и соавт.

[10] утверждали, что положительные результаты применения ИРП в США «могут быть перенесены в другие условия, так как программа достаточно достоверно воспроизводит модель ИРП». Каковы же экономические последствия внедрения ИРП? В настоящем исследовании авторы изучали экономическую эффективность, влияние на бюджет и общее экономическое воздействие ИРП, используя данные EQOLISE.

## Методы

### Дизайн исследования EQOLISE

В исследование EQOLISE 312 пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями (шизофрения и расстройство шизофренического спектра, биполярное расстройство, депрессия с психотическими чертами, по критериям МКБ-10) были случайным образом распределены в группы ИРП (n=156) и стандартной поддержки (ВТ, n=156). Выборка составлена в шести европейских центрах: Гронинген (Нидерланды), Лондон (Великобритания), Римини (Италия), София (Болгария), Ульм-Гунцбург (Германия) и Цюрих (Швейцария). Включенные в исследование пациенты страдали психическим расстройством и испытывали значительные трудности при выполнении обычных трудовых ролей по меньшей мере в течение 2 лет и не работали по крайней мере 1 год. Все участники наблюдались в течение 18 месяцев.

В группе ИРП соответствие (точность воспроизведения) модели ИРП было хорошим или удовлетворительным (от 61 до 70 из 75, медиана = 65) [11]. В каждом городе стандартные методы восстановления трудоспособности (ВТ) проводились в соответствии с принципом «обучения и размещения» и включали лечение в дневном стационаре (в Ульме помощь оказывалась на дому). Рандомизация выполнялась на уровне отдельных участников. При стратификации использовался метод минимизации по диагнозу и истории трудоустройства (больше или меньше 1 года на предыдущем месте работе). Дополнительные сведения см. в соответствующих публикациях [6, 12].

### Экономическая оценка

Была проведена экономическая оценка в контексте систем здравоохранения и социального обеспечения: оценивались затраты на оказание психиатрической и медицинской помощи, социальную поддержку (включая проживание) и восстановление трудоспособности. В анализе экономической эффективности в качестве мер эффективности использовались количество дней работы в конкурентной среде, а также процент участников, которые проработали по крайней мере 1 день.

Кроме того, авторы изучили сравнительную экономию расходов при ИРП и ВТ (было ли проведение ИРП дешевле), а также сравнительную рентабельность (превосходили ли результаты ИРП в денежном выражении расходы по сравнению с ВТ).

### Меры эффективности

Социальные работники в группах оценивали профессиональное функционирование каждого участника. Регистрировались случаи, когда пациенты проработали по меньшей мере 1 день в конкурентной среде. Исследователям сообщалось о вакансиях, на которые могли претендовать испытуемые, последние привлекались к труду, предварительно заполнив опросник. Учитывалось время начала и окончания каждой работы, а также количество проработанных часов и дней.

Данные по индивидуальным особенностям, исходам и интенсивности использования услуг собирались на исходном уровне, а также спустя 6, 12 и 18 месяцев. В каждой указанной временной точке для сбора индивидуальных социодемографических параметров, данных о жизненной ситуации, занятости, доходах, использо-

вании медицинских и социальных услуг, а также лекарственной терапии за последние 6 месяцев использовалась адаптированная шкала CSSRI-EC (Клиентская шкала для оценки демографических показателей и работы социальных служб, Европейская версия) [13].

Затраты на ИРП и стандартные методы ВТ рассчитывались на основе сведений, характеризующих работу социальных и медицинских служб в каждом центре. Для сопоставления издержек использовались принятые в Великобритании удельные затраты. Прочие доходы и накладные расходы были рассчитаны на основе данных по каждой услуге (часть общей стоимости, состоящая из заработной платы). Такое же соотношение применялось к заработной плате, рассчитанной для каждой услуги. Капитальные затраты были исключены в связи с нехваткой соответствующих данных во всех шести странах. Там, где это было уместно, расходы конвертировались с использованием паритетов покупательной способности в ценах 2003 года (в британских фунтах). Общие издержки по каждой услуге делились на число клиентов — таким образом рассчитывалась средняя стоимость на клиента, скорректированная на период, равный 18 месяцам. Для центров, где применялось несколько вариантов ИРП или другие услуги ВТ, а также для центров, которые предоставили данные по множеству временных точек, выполнялся расчет стоимости на клиента для каждой услуги и временной точки, а затем бралось среднее значение для каждой группы.

Расходы на другие услуги были определены путем умножения частоты использования на удельную стоимость. Удельная стоимость на 2003 год (время начала исследования) была взята из ежегодного отчета PSSRU (Служба по исследованию услуг социального обеспечения) по Англии [14]. Эти значения использовались для всех остальных центров в связи с тем, что в других странах нет сопоставимых стандартных показателей (а также с учетом большой сложности анализа при использовании разных удельных показателей).

### Анализ данных

Анализ данных выполнен с помощью программного обеспечения SPSS для Windows версии 12.0.1 [15], а также STATA версий 8.2 [16] и 10.1 [17] для Windows. Участники анализировались в группе, в которую они были рандомизированы, независимо от типа или уровня входных данных, полученных для ИРП или ВТ. Из соображений статистической мощности анализ был проведен совместно для всех шести центров (в последующем выполнена оценка по каждому в отдельности).

Сопоставлялись общие затраты, а также затраты в каждой временной точке за 18 месяцев. Сравнительные данные представлены в виде средних значений со стандартным отклонением (СО). Разности средних и 95 % доверительные интервалы (ДИ) были получены путем непараметрических бутстрепинговых регрессий (1000 повторений), в которые в качестве коварианта (независимых переменных) были включены затраты на исходном уровне.

Некоторые значения для данных о затратах за 18-месячный период были вменены, т. к. у 83 клиентов отсутствовали данные для одной или более из трех точек катamnестического наблюдения. Отсутствующие 18-месячные затраты рассчитаны с использованием процедуры множественного восстановления (вменения пропущенных данных) в программе Stata 10.1. В расчете использовалась предиктивная модель, учитывающая затраты в каждой временной точке, пол, возраст, страну и группу сравнения. Влияние на бюджет оценивалось путем сравнения общих затрат за 18 месяцев с вменением пропущенных данных, а также без такового.

**Таблица 1. Средние затраты на здравоохранение и социальное обеспечение (в британских фунтах [£], 2003 г.) за 6-месячный период во временных точках T0, T1, T2 и T3.**

	Время	ИРП			ВТ			Разница между ИРП и ВТ <sup>a</sup>	
		N	Среднее	СО	Действительное N	Среднее	СО	Среднее	95 % ДИ
Оплата проживания	0	156	822	4612	156	928	4801	-107	-1141, 946
	1	141	531	1952	130	391	1389	146	-222, 523
	2	133	499	1821	130	523	1977	-23	-479, 438
	3	132	536	1981	120	748	2165	-206	-715, 311
Стационарное лечение	0	156	6034	10 575	156	5007	10 044	1027	-1121, 3293
	1	141	1861	6830	130	4056	9737	-2580	-4335, -717
	2	133	2499	7951	130	3222	8490	-1253	-3126, 696
	3	132	3441	10 915	120	3475	9176	-606	-2837, 1640
Амбулаторное лечение	0	156	442	1415	156	269	1137	172	-119, 423
	1	141	296	1189	130	132	644	161	-40, 396
	2	133	107	467	130	105	637	3	-139, 128
	3	132	242	1314	120	41	183	199	18, 455
Услуги с опорой на сообщество	0	156	512	1531	156	480	1388	32	-273, 353
	1	141	605	1475	130	626	1484	1	-285, 286
	2	133	543	1546	130	544	1241	19	-274, 348
	3	132	911	3006	120	498	1626	417	-156, 1027
Профессиональная деятельность с опорой на сообщество	0	156	977	1437	156	811	1182	166	-132, 467
	1	141	835	1233	130	1198	2960	-464	-1036, 13
	2	133	1073	4435	130	706	1172	355	-219, 1237
	3	132	834	1643	120	790	1352	-11	-377, 355
Лекарственная терапия	0	156	483	490	156	502	596	-19	-144, 103
	1	141	559	538	130	522	569	49	-50, 156
	2	133	520	613	128	522	604	22	-99, 155
	3	132	624	756	120	700	935	-62	-254, 117
Всего (за исключением затрат на вмешательство)	0	156	9269	10 980	156	7998	10 991	1271	-994, 3661
	1	141	4688	7236	130	6926	10 417	-2720	-4624, -813
	2	133	5241	9428	128	5694	9460	-960	-3228, 1443
	3	132	6589	12 560	120	6253	9905	-319	-2781, 2336

ИРП – индивидуальное размещение с поддержкой; ВТ – стандартные услуги по восстановлению трудоспособности (метод сравнения).  
<sup>a</sup> На основе бутстреппинговой линейной регрессии группы по стоимости затрат (1000 повторений) разность средних в точках T1, T2 и T3 скорректирована по расчетным стоимостям соответствующих компонентов на исходном уровне

Для каждой комбинации «затраты-исход», для которой были показаны более высокие затраты и лучшие исходы, поэтапно рассчитывались коэффициенты экономической эффективности. Они были рассчитаны следующим образом: разность средних затрат между группами ИРП и ВТ за 18-месячный период наблюдения, разделенная на разность средних между группами по показателю исхода за тот же период.

Для оценки влияния неопределенности выборки на вероятность того, что ИРП окажется экономически эффективным, с учетом различных уровней готовности к оплате ( $\lambda$ ) (использовались вспомогательные единицы эффективности – дополнительный день работы и 1 % участников исследования, которые проработали по крайней мере 1 день), построены кривые экономической эффективности, основанные на чистой выгоде [18]. Кривые основаны на обычной формуле (чистая выгода =  $\lambda E - C$ ), где  $E$  – это эффективность (дополнительный день работы или дополнительный 1 % участников, которые проработали по крайней мере 1 день),  $C$  – затраты, а  $\lambda$  – готовность к оплате за одну дополнительную единицу эффективности.

Ряд значений чистой выгоды был рассчитан для каждого участника в диапазоне значений  $\lambda$  от £0 до и £1000 (с шагом £200). После расчета чистой выгоды

индивидуально для всех участников по каждому значению  $\lambda$  вычислены коэффициенты межгрупповых различий в чистой выгоде с помощью серии бутстреппинговой линейной регрессии (1000 повторений). Полученные коэффициенты использовались для расчета временного соотношения превосходства группы ИРП над группой сравнения по показателю чистой выгоды (для каждого значения  $\lambda$ ). Наконец, эти соотношения были использованы для построения кривых приемлемости экономической эффективности (с использованием взвешенных данных и данных по отдельным центрам). Для этих расчетов использовались вмененные значения.

Частичный анализ затрат и выгод выполнялся следующим образом. Сначала рассчитывалась денежная стоимость проработанных дней за вычетом общих затрат (на исследуемое вмешательство и другие услуги) для обеих групп. После этого денежная стоимость сравнивалась путем регрессии чистой выгоды (на человека) с использованием в качестве переменной группы рандомизации (с коррекцией на затраты исходного уровня). Применялся метод бутстреппинговой регрессии. Денежная стоимость, связанная с каждым днем работы, основывалась на стандартном предположении в экономическом анализе, в соответствии с

	<b>ИРП</b>	<b>ВТ</b>
Лондон	2086	3234
Ульм	1568	8586
Римини	2467	9520
Цюрих	1870	14 447
Гронинген	1692	1385
София	4757	1567

ИРП – индивидуальное размещение с поддержкой;  
ВТ – стандартные услуги по восстановлению трудоспособности (метод сравнения).

которым заработная плата брутто является расчетной характеристикой социальной стоимости производимого продукта. Средняя заработная плата брутто для лиц, в прошлом прибегавших к услугам социального обеспечения в связи с болезнью или нетрудоспособностью, рассчитывалась по данным пользователей социального обеспечения и их дохода в Великобритании за 2003 г. [19]. Средний доход брутто по этим данным составил £54,81. В настоящем исследовании это значение было применено к количеству рабочих дней. Обращаем внимание, что данный анализ затрат и выгод является частичным. Авторы не сопоставляли денежные значения с какими-либо наблюдаемыми улучшениями в показателях здоровья или качества жизни.

## Результаты

### Выборка

Характеристики участников выборки на исходном уровне описаны в других публикациях. Не обнаружено существенных различий между контрольной и группой ИРП ни по одной из переменных исходного уровня, включая возраст, пол, уровень образования, условия проживания, статус иммигранта, количество госпитализаций, распределение диагнозов и трудовой анамнез за предыдущие 5 лет [6].

### Исходы

Как уже было отмечено ранее [6], в исследовании EQOLISE метод ИРП был более эффективным, чем

стандартные методы ВТ по каждой конечной точке (показателе исхода): 85 (55 %) участников в группе ИРП проработали по меньшей мере 1 день в ходе 18-месячного периода наблюдения. Этот показатель составляет лишь 43 (28 %) в группе ВТ. Участники в группе ВТ имели значительно более высокую вероятность прекращения пользования услугой (45 %) и повторной госпитализации (31 %), по сравнению с участниками в группе ИРП (13 % и 20 %, соответственно). В исследовании также отражена важность регионального социального контекста: процент безработицы в том или ином центре объяснял значительную долю вариабельности в эффективности ИРП.

### Затраты

Затраты на стационарное лечение в группе ИРП были несколько выше на исходном уровне, чем в группе ВТ. Эти затраты значительно снизились по сравнению с группой ВТ в течение первых 6 месяцев после рандомизации (см. таблицу 1). Это различие стало менее значимым в течение последующих 6 месяцев. В течение последних 6 месяцев затраты на стационарное лечение были практически одинаковыми в обеих группах. Затраты на амбулаторную помощь, скорректированные по исходному уровню, были немного выше в группе ИРП к концу наблюдения. Общие затраты за первые 6 месяцев оказались меньше в группе ИРП (более чем на £2700). Различия в двух последующих 6-месячных периодах были малозначимыми.

Собственно затраты на ИРП варьировали в разных центрах (почти трехкратная разница). Самые высокие затраты отмечены в Софии, самые низкие — в Ульме. Затраты на ВТ отличались в разных центрах более чем в 10 раз (самые высокие в — Цюрихе, самые низкие — в Гронингене; см. таблицу 2). Если учитывать только стоимость вмешательства, ИРП был дороже ВТ в двух центрах, и дешевле ВТ в четырех центрах.

В таблице 3 представлены суммарные затраты за 18 месяцев с разделением по типу вмешательства и другим затратам, с учетом вмененных значений и без таковых. В таблице также представлены общие затраты (включая вмененные значения) по каждому центру. В среднем по всем центрам ИРП стоило на £4022 дешевле, чем ВТ. Общие расходы на участника за 18 месяцев (скорректированные по исходному уровню) были значительно (приблизительно на 1/3) ниже в группе

	<b>ИРП</b>			<b>ВТ</b>			<b>Разница между ИРП и ВТ<sup>a</sup></b>	
	<b>N</b>	<b>Среднее</b>	<b>СО</b>	<b>N</b>	<b>Среднее</b>	<b>СО</b>	<b>Среднее</b>	<b>95 % ДИ</b>
Вмешательство (ИРП/ВТ)	156	2424	1110	156	6446	4816	-4022	-4791,-3239
Всего								
<b>За исключением затрат на вмешательство</b>								
Доступные случаи	120	15 490	20 329	109	19 488	25 855	-5233	-10 855, 20
Вмененные значения	156	16 453	22 514	156	18 999	23 541	-3845	-7854, 862
Включая затраты на вмешательство								
Доступные случаи	120	17 814	20 201	109	26 206	27 076	-9616	-15 544, -4262
Вмененные значения	156	18 877	22 372	156	25 445	24 856	-7880	-12 249, -3151
Данные по центрам								
<b>Включая затраты на вмешательство, со вмененными значениями</b>								
Лондон	25	7414	5232	25	10 985	8929	-3769	-7654, -240
Ульм	26	18 442	17 832	26	33 414	24 275	-14 057	-24 875, -3468
Римини	26	32 194	39 256	26	36 480	35 195	-10 261	-20 038, 601
Цюрих	26	20 483	15 908	26	36 133	22 691	-17 944	-28 956, -8545
Гронинген	26	22 469	23 388	26	22 209	24 912	233	-13 495, 14,171
София	27	12 079	5870	27	13 359	9865	-2026	-6684, 2081

ИРП – индивидуальное размещение с поддержкой; ВТ – стандартные услуги по восстановлению трудоспособности (метод сравнения).  
<sup>a</sup> На основе бутстреппинговой линейной регрессии группы по стоимости затрат (1000 повторений) разность средних в точках T1, T2 и T3 скорректирована по расчетным стоимостям соответствующих компонентов на исходном уровне  
В 83 случаях отсутствовали данные для одной или более из трех точек катанестического наблюдения.

**Таблица 4. Поэтапные коэффициенты экономической эффективности для ИРП и ВТ (на основе 18-месячных общих затрат)**

Оцениваемые затраты	Дополнительные затраты на дополнительный 1% лиц, проработавших по меньшей мере 1 день	Дополнительные затраты на дополнительные рабочие дни
Всего — доступные случаи	Превосходство ИРП	Превосходство ИРП
Всего — вмененные затраты	Превосходство ИРП	Превосходство ИРП
Лондон — вмененные затраты	Превосходство ИРП	Превосходство ИРП
Ульм — вмененные затраты	Превосходство ИРП	Превосходство ИРП
Римини — вмененные затраты	Превосходство ИРП	Превосходство ИРП
Цюрих — вмененные затраты	Превосходство ИРП	Превосходство ИРП
Гронинген — вмененные затраты	£233 / 7,7% = £30	£233 / 24,2 дня = £10
София — вмененные затраты	Превосходство ИРП	Превосходство ИРП

ИРП – индивидуальное размещение с поддержкой; ВТ – стандартные услуги по восстановлению трудоспособности (метод сравнения).

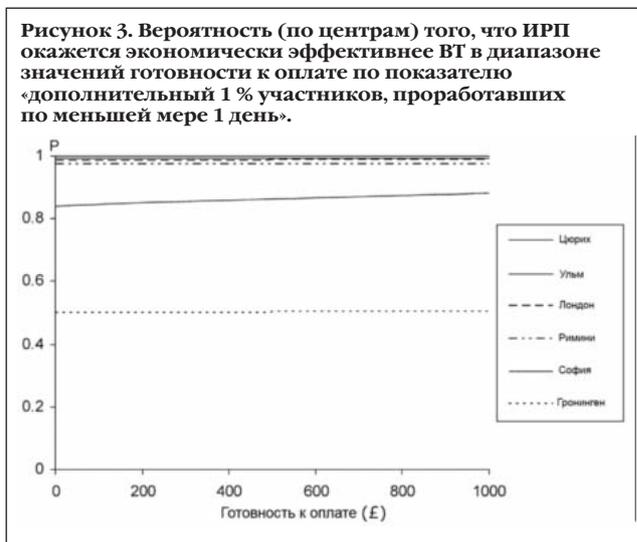


ИРП. Эти результаты были подтверждены при включении вмененных (отсутствующих) значений. Общие скорректированные затраты были ниже в группе ИРП в 5 из 6 центров (за исключением Гронингена). Различия имели статистическую значимость в Лондоне, Ульме и Цюрихе.

### Экономическая эффективность

Поэтапные коэффициенты экономической эффективности были по очереди рассчитаны для каждого из двух показателей исхода, сначала для всей выборки, а затем для каждого из шести центров (см. таблицу 4). В пяти центрах, где общие затраты были ниже, метод ИРП был более эффективным (по обоим показателям исхода) и менее дорогостоящим. В Гронингене трата дополнительных £30 на человека за 18 месяцев при переключении с ВТ на ИРП привела к прибавке дополнительного 1% участников, проработавших по крайней мере 1 день в конкурентной среде; £10, потраченные на человека, привели к прибавке дополнительного дня работы. Следует отметить, что разница в 24,2 рабочих дня в большей степени была связана с 7,7%-м различием в доле участников, проработавших по крайней мере 1 день (один участник в группе ИРП проработал 456 дней за 18 месяцев). Если бы этот участник был исключен из анализа, разница в рабочих днях составила бы 8,3. После такого исключения для достижения одного дополнительного рабочего дня потребовалось бы £28.

Кривые приемлемости демонстрируют вероятность того, что ИРП является более экономически эффективным методом по сравнению с ВТ. Эта вероятность является функцией количества руководителей, которые готовы платить за дополнительный 1% клиентов, проработавших как минимум 1 день за 18-месячный



период, или клиентов, которые проработали 1 дополнительный день (рис. 1 и 2, соответственно). Эта вероятность была практически равна 1 в каждом случае (пороговые значения готовности к оплате варьировались от £0 до £1000). Включение или исключение вмененных значений для отсутствующих данных не имело существенного влияния на результаты.

Для каждого центра построены кривые приемлемости для показателя «дополнительный 1% участников, проработавших по меньшей мере 1 день» (рис. 3). На относительно небольших по размеру выборках в Цюрихе, Ульме, Лондоне и Римини показана высокая вероятность того, что ИРП является более экономиче-

ски эффективным методом. Для Софии получены приближающиеся по своей значимости результаты. В Гронингене показан самый низкий уровень экономической эффективности ИРП (в этом центре для ИРП и ВТ получены сопоставимые результаты). В целях анализа чувствительности готовность к оплате дополнительного 1% участников в Гронингене была увеличена до £5000 и £10 000. Вероятность экономической эффективности ИРП достигала 0,545 при пороговом значении £10 000.

### Затраты и выгоды

Разница между затратами на вмешательство и «стоимостью» трудоустройства (количество рабочих дней по ожидаемой ставке брутто в Великобритании для лиц, пользующихся службой социального обеспечения в связи с болезнью или нетрудоспособностью) в среднем составила £9 440 для участников в группе ИРП и £25 151 для участников в группе ВТ. Эти отрицательные значения указывают на то, что затраты на вмешательство и поддержку превосходили денежную стоимость трудоустройства. Для межгруппового сравнения выполнена бутстреппинговая регрессия (1000 повторений) с корректировкой на исходный уровень. В группе ИРП разница в чистой выгоде составила +£17 005. Другими словами, частичный анализ затрат и выгод показывает, что ИРП обеспечивает более эффективное распределение ресурсов, чем метод сравнения.

### Обсуждение

Трудоустройство является важным фактором, определяющим экономический статус, социальное положение и качество жизни человека. К сожалению, среди контингента с тяжелыми психическими расстройствами крайне высок уровень безработицы. Например, в исследовании, проведенном в пяти европейских странах, показано, что лишь 25 % больных шизофренией работают в оплачиваемых условиях, при этом самый низкий показатель (5 %) выявлен в Лондоне [20]. Безработица имеет тяжелые экономические и социальные последствия. Для отдельного человека она означает длительную привязанность к государственным службам социального обеспечения, ненадежную низкооплачиваемую работу, а также риск попасть в замкнутый круг нетрудоспособности [21]. Для общества последствия безработицы включают риск формирования почти маргинальных, социально отчужденных групп [21], а также значительные затраты — потеря производительности в связи с безработицей и невыходом на работу во многих странах обуславливает существенную долю затрат, связанных с шизофренией [22].

В большинстве стран государственные стандарты подчеркивают важность поощрения возможностей трудоустройства среди уязвимых групп населения, включая лиц с хронической нетрудоспособностью и проблемами со здоровьем [2,3]. Внимание государства в большей степени направлено на людей с «обычными» психическими нарушениями. Тем не менее, выполнено несколько попыток улучшить доступ к трудоустройству для людей с тяжелыми психическими заболеваниями. К этим попыткам относятся создание «защитных» рабочих условий, «рабочих клубов» и социальных фирм. Совсем недавно разработаны методы интеграции в конкурентную рабочую среду без предварительной подготовки, одним из них является ИРП. При ИРП пациенты помещаются в открытую оплачиваемую среду и получают интенсивную и длительную поддержку специалистов. Этот подход обрел популярность в некоторых центрах США и постепенно вызывает интерес в других странах. Внедрение ИРП требует тщательного предварительного изучения. Это связано с тем, что системы здравоохранения и социального обеспечения, а

также рынки труда во многих странах (в частности, в Европе) отличаются от таковых в США.

В настоящем многоцентровом европейском исследовании трудоустройства с поддержкой обнаружено, что ИРП превосходит стандартные методы ВТ по следующим показателям: процент участников, которые проработали по меньшей мере 1 день, и число рабочих дней. Кроме того, для ИРП характерны более низкие общие затраты государственного поставщика медицинской помощи и социального обеспечения. Эта тенденция была подтверждена в 5 из 6 европейских центров (исключение — Гронинген). При включении вмененных значений эти преимущества были сохранены. Анализ неопределенности с использованием кривых приемлемости эффективности затрат показал, что ИРП с высокой вероятностью является более эффективным методом, чем ВТ, даже в том случае, когда руководитель не готов платить за дополнительный 1 % клиентов, которые проработают по меньшей мере 1 день (безотносительно включения или исключения вмененных значений). Неудивительно, что метод ИРП обнаружил столько преимуществ перед ВТ в Европе. Настоящее исследование воспроизводит находки похожих исследований, проведенных в США, Канаде, Австралии и Гонконге [10]. Исключением является исследование SWAN (Supported Work And Needs, [23]). Нужно отметить, что точность воспроизведения модели ИРП в этом исследовании является обсуждаемым вопросом [24].

В настоящее время существует нехватка данных об экономической эффективности ИРП. Только в трех предыдущих исследованиях приведены результаты по этому показателю. Результаты анализа затрат и выгод (анализа рентабельности) еще меньше. При сравнении ИРП с расширенной программой ВТ в Вашингтоне (Dixon et al [25]) показано, что ИРП позволяет клиентам достичь дополнительных рабочих часов в конкурентной среде по средней ставке \$13 в час или \$283 за дополнительную неделю (учитывая прямые расходы на психическое здоровье). В исследовании SWAN показано, что несмотря на меньшую стоимость вмешательства (£296) участники из контрольной группы госпитализировались на более долгий срок. Это привело к тому, что общие затраты в контрольной группе были в среднем на £2176 больше, чем в группе ИРП. Таким образом, содействие в трудоустройстве было экономически эффективным (т. е. показаны меньшие затраты при сопоставимом эффекте). Маловероятно, что экономия на госпитализации является прямым следствием вмешательства [23,26]. Выполнив анализ затрат и выгод на данных, полученных в исследовании в Нью-Гемпшире, Clark et al [27] обнаружили незначительное преимущество соотношения «выгоды-затраты» в группе ИРП по сравнению с группой обучения трудовым навыкам: с точки зрения общества в целом — 2,18 и 2,07, соответственно; с точки зрения правительства — 1,74 и 1,39, соответственно. В этом исследовании оба метода значительно и практически одинаково снижали затраты на госпитализацию.

В настоящем исследовании межгрупповые различия частично объясняются тем, что метод ИРП оказался дешевле, чем метод сравнения в четырех центрах. Определенное влияние также оказали более низкие затраты на госпитализацию (в отличие от находок в исследовании, проведенном в Вашингтоне). Среди пяти квазиэкспериментальных исследований, в которых изучалась связь между госпитализациями (или количеством дней, проведенных в стационаре) и применением ИРП, в трех не обнаружено связи [28–30], а в двух других показана меньшая частота госпитализаций в группе ИРП [31–33]. В одном из этих исследований меньшее число госпитализаций было обнаружено среди лиц с более высоким уровнем использования амбулаторных служб [32].

ИРП может снизить частоту и продолжительность госпитализации по разным причинам. Например, консультанты по восстановлению трудоспособности могут замечать у клиента признаки приближающегося обострения и сообщать о них клиницисту. Общение консультантов с клиентом может само по себе оказывать терапевтический эффект. У клиентов, которые начинают работать, может наблюдаться улучшение симптоматики и повышение самооценки [34, 35], что также может снизить вероятность госпитализации. В исследованиях, в которых изучалось влияние трудоустройства на общие затраты на лечение, показано, что факт трудоустройства связан со уменьшением этих затрат [36–38] (в большей степени за счет снижения затрат на стационарное лечение). Нужно отметить, что ИРП способствует трудоустройству, но отнюдь не гарантирует его.

В настоящем исследовании уровень использования стационарных служб в группе ИРП значительно уменьшился в первые 6 месяцев наблюдения. К концу периода наблюдения это различие нивелировалось. В дополнительных анализах (не приведены в публикации) показана значительная вариабельность межгрупповых различий в стоимости госпитализации как в различных центрах, так и временных периодах. Регрессия фиксированных и случайных эффектов стоимости стационарного лечения с учетом времени, типа вмешательства и взаимодействия этих двух факторов показала общую тенденцию к снижению стоимости госпитализации, однако, не выявила значимых различий между ИРП и стандартными типами вмешательства ( $p=0,34$  и  $0,44$ , соответственно). Наблюдавшееся в настоящем исследовании различие через 6 месяцев, вероятно, является случайным. Лишь в одном из шести центров (Гронинген) ИРП был в денежном выражении дороже, чем метод сравнения (тем не менее, это различие было незначимым). В этом центре ИРП проводилось наименее эффективным способом.

Вариабельность стоимости ВТ в различных центрах также требует комментариев. Эта значительная вариабельность была обусловлена гетерогенностью традиционных методов восстановления трудоспособности, применявшихся в различных центрах. Значительная (трехкратная) вариабельность стоимости ИРП была неожиданной. Во всех центрах использовались одинаковые удельные затраты, и в каждом из них достигнута хорошая воспроизводимость модели ИРП [6]. Частично эта вариабельность может быть объяснена различиями в инфраструктуре центров.

Анализ затрат и выгод проводился в контексте системы здравоохранения (рассчитывались затраты только для системы здравоохранения и социального обеспечения). Эффективность оценивалась исключительно с точки зрения трудоустройства — авторы считают эту цель достаточно важной для всех служб в сфере психического здоровья. При обработке данных о затратах и выгоде учитывалась социальная значимость трудоустройства. Авторы не пытались связать денежные преимущества с другими клиническими показателями или качеством жизни. В любом случае, даже такой частичный анализ продемонстрировал социальные преимущества ИРП.

Относительно небольшой размер выборки в анализе затрат и выгод является одним из ограничений исследования. Нужно отметить, что этого трудно избежать в виду большой сложности и стоимости подобных исследований. Использование удельных затрат, взятых из данных по Великобритании, также можно рассматривать как ограничение исследования. Его нельзя было миновать в виду того, что подобная информация по отдельным центрам просто отсутствует. Кроме того, использование показателей по отдельным странам внесло бы в анализ дополнительную вариабельность и

потребовало бы соответствующих корректировок. Удельные затраты на медицинское обслуживание и социальное обеспечение в значительной степени обусловлены средней заработной платой в регионе. Более низкая заработная плата в некоторых центрах (например, в Софии) приводила к более или менее пропорциональному снижению всех удельных затрат. Маловероятно, что эти различия между центрами могут объяснить разницу в стоимости ИРП и ВТ. Еще одним ограничением является невозможность учета изменений стоимости социального обеспечения при безработице, а также изменений налога на прибыль. В анализе затрат и выгод эти данные оказались бы мало полезными, т. к. они представляют собой трансферные выплаты. Тем не менее, они представляют интерес для правительства.

Работа государственных органов об улучшении показателей занятости среди людей с психическими расстройствами зачастую не касается наиболее уязвимых лиц — пациентов с тяжелыми заболеваниями. Это может быть связано со сравнительно небольшим количеством тяжелых больных, а также с тем, что государственные служащие не верят в то, что они могут добиться какого-либо результата с приемлемыми затратами. Тем не менее, исследование, проведенное в шести европейских центрах, рисует более благоприятную картину.

Восстановление трудоспособности — это не просто способ повысить показатели занятости среди психически больных. Авторы рассматривают это как долгосрочное решение многих фундаментальных проблем. Занятость — не только источник дохода и независимости. Труд обеспечивает социальную интеграцию, самоопределение и функциональное восстановление человека. ИРП представляется эффективным и экономически целесообразным методом, который помогает пациентам с тяжелыми психическими расстройствами приблизиться к решению проблем с трудоустройством.

### Благодарности

Настоящее исследование поддержано грантом Комиссии ЕС в рамках программы Quality of Life and Management of Living Resources Programme, QLRT 2001-00683. Авторы выражают признательность G. McHugo за методические рекомендации, D.R. Becker за обучение специалистов по ИРП, а также самим специалистам по ИРП: A. Lewis (Лондон), W. Dorn и E. Marishka (Ульм), D. Piegari (Римини), B. Bartsch и P. Meyer (Цюрих), A. Mieke Epema, L. Jansen и B. Hummel (Гронинген), P. Karaginev (София). Авторы также выражают признательность J.L. Fernandez (Лондонская школа экономики) за комментарии к ранней версии настоящей публикации.

### Библиография

1. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191:30-7.
2. Department of Health. No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
3. European Commission. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: Commission of the European Union, 2005.
4. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomised controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:280-90.
5. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR et al. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach. New York: Guilford, 2008.
6. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.

7. Latimer E, Lecomte T, Becker D et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:65-73.
8. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193:114-20.
9. Wong K, Chiu R, Tang B et al. A randomised controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.
10. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
11. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 1997;40:265-84.
12. Catty J, Lissouba P, White S et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192:224-31.
13. Chisholm D, Knapp M, Knudsen HC et al. Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory — EU version: development of an instrument for international research. *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl. 39):28-33.
14. Curtis L, Netten A. Unit Costs of Health and Social Care 2003. Canterbury: PSSRU, University of Kent, 2003.
15. SPSS Inc. SPSS for Windows Release 12.0.1. SPSS Inc, 1989-2001.
16. StataCorp LP. STATA 8.2 for Windows. StataCorp LP, 1985-2004.
17. StataCorp LP. STATA 10.1 for Windows. StataCorp LP, 1985-2009.
18. van Hout BA, Al MJ, Gordon GS et al. Costs, effects and C/Eratios alongside a clinical trial. *Health Econ* 1994;3:309-19.
19. Bowling J, Coleman N, Wapshott J et al. Destinations of benefit leavers. London: Department for Work and Pensions, 2004.
20. Knapp M, Chisholm D, Leese M et al. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:42-54.
21. Drake RE, Bond G, Thornicroft G et al. Mental health disability: an international perspective. *J Disability Policy Studies* (in press).
22. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004;30:279-93.
23. Howard L, Heslin M, Leese M et al. Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:404-11.
24. Latimer E. An effective intervention delivered at sub-therapeutic dose becomes an ineffective intervention. *Br J Psychiatry* 2010;196:341-2.
25. Dixon L, Hoch JS, Clark R et al. Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53:1118-24.
26. Heslin M, Howard L, Leese M et al. Randomised controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work And Needs (SWAN) study. *World Psychiatry* 2011;10:132-7.
27. Clark RE, Xie H, Becker DR et al. Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *J Behav Health Serv Res* 1998;25:22-34. 28.
28. Bailey E, Ricketts S, Becker D et al. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatr Rehabil J* 1998;22:24-9.
29. Becker DR, Bond GR, McCarthy D et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatr Serv* 2001;52:351-7.
30. Clark RE, Bush PW, Becker DR et al. A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitative day treatment. *Admin Policy Ment Health* 1996;24:63-77.
31. Drake RE, Becker DR, Biesanz JC et al. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Commun Ment Health J* 1994;30:519-31.
32. Drake R, Becker D, Biesanz JC et al. Day treatment vs supported employment for persons with severe mental illness: a replication study. *Psychiatr Serv* 1996;47:1125-7.
33. Henry AD, Lucca AM, Banks S et al. Inpatient hospitalisations and emergency service visits among participants in an Individual Placement and Support (IPS) model program. *Ment Health Serv Res* 2004;6:227-37.
34. Bond G, Resnick S, Drake R et al. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001;69:489-501.
35. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC et al. Work and non-vocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:419-26.
36. Bush P, Drake R, Xie H et al. The long term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009;60:1024-31.
37. Perkins DV, Born DL, Raines JA et al. Program evaluation from an ecological perspective: supported employment services for persons with serious psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28:217-24.
38. Schneider J, Boyce M, Johnson R et al. Impact of supported employment on service costs and income of people with mental health needs. *J Ment Health* 2009;18:533-42.

DOI 10.1002/wps.20017

# «Мы потеряли за одну секунду все, что у нас было»: как справиться с горем и утратой после стихийного бедствия

Samanthika Ekanayake<sup>1</sup>, Martin Prince<sup>2</sup>, Athula Sumathipala<sup>3</sup>, Sisira Siribaddana<sup>3</sup>,  
Craig Morgan<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Health Systems and Health Equity Research Group, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada;

<sup>2</sup> Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK;

<sup>3</sup> Institute for Research and Development, Colombo, Sri Lanka;

<sup>4</sup> Section of Social Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Перевод: Полякова Г.Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: Карпенко О.А. (Москва)

*Стихийные бедствия вызывают неизмеримое страдание у пострадавших. Труднее всего приходится развивающимся странам, которые располагают меньшими ресурсами, необходимыми для реагирования на полученные травмы и возникшие трудности. Как следствие, большинство выживших вынуждены полагаться на собственные ресурсы и довольствоваться поддержкой, которая остается внутри семьи, социальных сетей и общества в целом, чтобы справиться со своими утратами и последующим эмоциональным стрессом. На примере азиатского цунами 2004 года, в настоящей статье приведены данные, полученные в ходе качественного исследования, разработанного для изучения реакции жителей Шри-Ланки на разрушения, вызванные этим стихийным бедствием, а также описан ряд стратегий по преодолению кризисной ситуации и мобилизуемых ресурсов. Подробные интервью были проведены с 38 оставшимися в живых респондентами, намеренно выбранными из района Матара (Matara), расположенного в южной части Шри-Ланки. Их комментарии подчеркивают важность расширения сетей поддержки, укрепления религиозной веры, духовных практик и культурных традиций в процессе восстановления и поддержки эмоционального состояния пострадавших. Участники особенно высоко оценили действия правительства и внешних источников по восстановлению социальной, культурной и экономической жизни. Примеров обращения за профессиональной психиатрической помощью и к западным психологическим вмешательствам было немного, поскольку оставшиеся в живых предпочитали искать помощь у традиционных целителей и духовных наставников. По нашим экспериментальным данным, для восстановления психического здоровья после катастрофы, прежде всего, требуются те естественно доступные ресурсы, к которым население традиционно прибегает в страдании.*

**Ключевые слова:** стихийное бедствие, травма, психологическая устойчивость и копинг, эмоциональный стресс

**(World Psychiatry 2013;12:69–75)**

Стихийные бедствия происходят повсеместно, все чаще и чаще, что, главным образом, обусловлено растущей тенденцией гидрометеорологических катастроф (1,2). По большей части, эти стихийные бедствия непредсказуемы и мгновенны; впоследствии тысячи людей несут неизмеримые утраты, сопровождаемые значительными социальными и экономическими трудностями. Однако по оценке Всемирной организации здравоохранения только 5-10% из пострадавших имеют серьезные эмоциональные и психические проблемы, которые нуждаются во вмешательстве; гораздо больше людей, по-видимому, обладают ресурсами для облегчения последствий горя и травмы, возможно, прибегая к внутренним способностям к восстановлению и внешним источникам поддержки (3). В основном, стихийные бедствия происходят в развивающихся странах с ограниченным доступом к профессиональной психиатрической помощи. Таким образом, возникают важные вопросы о том, как пострадавшие группы населения и отдельные люди справляются с травмой и утратой в результате катастрофы, соответствующем месте психиатрических служб и необходимости психологических вмешательств после бедствия.

В числе ключевых интересов исследователей, которые изучали группы населения, пострадавшие от ката-

строф (4, 5) были способности к преодолению лишений, невзгод (копингу) и восстановлению. Способность справляться и восстанавливаться от утраты определяется набором факторов (6) до, во время и после катастрофы (7).

Сила духа, вера и внешняя поддержка, по-видимому, играют ключевую роль в преодолении последствий масштабной катастрофы или стрессовых жизненных ситуаций (8, 9). Большое число исследований копинг-стратегий было проведено с оставшимися в живых после урагана Катрина в Соединенных Штатах (10-13). Есть данные нескольких исследований о группах населения, пострадавших в результате цунами в Юго-восточной Азии в 2004 году (14, 15), оставшихся в живых после землетрясения в Китае в 2008 году (16), и выживших после наводнений 1998-2005 годов в республике Бангладеш (17). В них описываются копинг-стратегии, которые опосредуют последствия катастрофы.

На сегодняшний день в большинстве исследований для оценки копинга используются количественные методы со стандартизированными шкалами. Лишь в ограниченном числе исследований применяются комплексные методы, направленные на тщательное изучение способов выживания и преодоления последствий катастроф (5). Единственное качественное исследова-

ние выживших жертв азиатского цунами 2004 года было проведено в Тамил Наду, Индия (4). Авторы определили круг стратегий, используемых выжившими (например, смирение с утратой и принятие лишений и невзгод, общественные мероприятия в память погибших, подготовка новых браков). Самой распространенной формой борьбы с трудными жизненными ситуациями оказалась религиозная практика (отпевание, ритуалы, обращение к духовной поддержке). Однако, наше понимание того, как оставшиеся в живых, особенно в странах восточной культуры, мобилизуют ресурсы на преодоление тяжелых последствий катастроф, остается ограниченным.

Используя методы углубленного качественного исследования, мы планируем изучить копинг-стратегии, используемые выжившими жертвами цунами, которое произошло в Шри-Ланка в День подарков в 2004 году, чтобы справиться с рядом психологических и социальных проблем.

## МЕТОДЫ

Объектом исследования был район Матара (Matara), расположенный в южной части Шри-Ланка, где пострадали 19 744 семьи, 2 235 семей были вынуждены покинуть место постоянного проживания, и 1342 человека погибли (18). Мы собирали материал на месте событий с октября 2007 года по сентябрь 2008 года в отдельных районах Грама Ниладари (Grama Niladari) – самой бедной административной единицы Шри-Ланки, состоящей из двух-трех селений. От Этического комитета Королевского колледжа в Лондоне (King's College London), Великобритании, и факультета медицинских наук университета Шри Джаварданепура (Sri Jayawardanepura), Шри-Ланка, были получены соответствующие разрешения.

Это было, по сути, качественное исследование, основанное на подробных интервью с выжившими жертвами, затрагивающих личные вопросы, сопровождаемые наблюдениями исследователей, и на вторичных данных, предоставленных официальными источниками. Кроме того, мы использовали два инструмента проверки – Опросник здоровья пациента PRIME-MD (PHQ-9, 19) и Структурированный международный диагностический опросник (CIDI, 20), Раздел К – для стандартизации данных о текущем состоянии психического здоровья респондентов.

Мы специально отобрали участников в возрасте от 18 лет на основании решетчатой выборки, предварительно разработанной с тем, чтобы включить в исследование мужчин и женщин разных возрастов и людей, по-разному пострадавших от цунами (семей, члены которых погибли или пропали без вести, перенесших другие разрушительные последствия катастрофы, потерявших кров или вынужденных переехать в другое место). В целях обеспечения неоднородности выборки также были отобраны представители различных религиозных, этнических и социально-экономических групп. Для определения круга потенциальных участников, от местных органов власти был получен список пострадавших. В окончательном варианте выборка включала 38 взрослых выживших в катастрофе из 12 районов Грама Ниладари из районных секретариатов Матара и Велигама (Veligama), в том числе, 21 женщины и 17 мужчин.

Подробные интервью проводились с использованием специально разработанного для данного проекта тематического руководства. Ключевые темы включали описание впечатлений в день цунами, характер потерь или последствий события, реакцию и способы копинга, а также степень оказанной поддержки (официальной и неофициальной). Опросы проводились в домах респондентов или в выбранных ими местах. Все они проводились на сингальском языке первым автором

статьи (SAMANTHIKA EKANAYAKE), и были записаны с разрешения участников. Помощник исследователя делал полевые заметки. Вскоре после завершения стенографические записи были расшифрованы на сингальском языке, а затем переведены на английский. Сначала все интервью были переведены первым автором, а затем, каждый из переводов был подвергнут сравнению с расшифровкой на сингальском языке, в чем были заняты, как минимум, два человека с углубленным знанием письменности местного языка, в том числе, третий автор статьи (ATHULA SUMATHIPALA). Кроме того, использовались данные наблюдений и вторичных источников.

Анализ интервью выполнялся с использованием тематических аналитических средств с обоснованными теоретическими элементами (например, чтобы выйти за рамки установленного круга тем, использовалось постоянное сравнение для обеспечения связи между темами и создания предпосылок для большего количества теоретических формулировок). Анализ проводился в несколько этапов: детальное чтение и комментирование стенографических отчетов для установления первоначальных тем или шифров; определение и повторное определение шифров; разработка более абстрактных категорий более высокого порядка; конкретизация шифров и категорий посредством сравнения и сопоставления; и разработка всеобъемлющей тематической структуры. Стенографический отчет был выполнен первым (SAMANTHIKA EKANAYAKE) и ведущим (CRAIG MORGAN) авторами, после чего было проведено обсуждение шифров с другими членами исследовательской группы. После завершения создания структуры кодирования мы проанализировали надежность кодирующего устройства, и по данным анализа совпадения были отмечены в 90% случаев. Для анализа данных применяли программу NVivo7 (21).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследуемую группу входили 21 женщина и 17 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. Из 38 участников 36 были сингальцами, и двое – мусульманами. На исследуемой территории нам не удалось найти ни одного тамилца. Большинство участников исповедовали буддизм (34), двое были католиками, и еще двое – представителями ислама. Пять участников во время цунами получили серьезные физические увечья, и 11 получили травмы средней степени тяжести. Исследуемая группа включала 20 человек, потерявших одного или нескольких членов семьи, и трое из них не смогли найти тел погибших. Каждый участник исследуемой группы в той или иной степени пережил потерю жилья, имущества или предметов домашнего обихода.

Результаты исследований, проводимых с помощью PHQ и CIDI, показали, что пятеро участников имели признаки посттравматического стрессового расстройства и соматизированных нарушений, у троих наблюдалась глубокая депрессия, установленная в соответствии со стандартными диагностическими критериями. Во время сбора данных у семи участников были отмечены другие симптомы депрессии и/или тревоги, не классифицируемые по шкале критериев нарушений.

Участники описали ряд способов, к которым они прибегали в разное время после цунами, чтобы справиться и отреагировать на немедленные и долговременные последствия эмоциональной травмы и разрушений, которые им и членам их семей пришлось пережить. Эти способы описаны в следующих разделах.

## СПОСОБНОСТЬ К САМОВОССТАНОВЛЕНИЮ И ВЕРА

Многие участники чувствовали, что стимул к преодолению бедственного положения они должны искать в самих себе, и подчеркивали важность личной мотива-

ции и формирования позитивного взгляда на жизнь. При этом эмоциональное потрясение воспринималось через призму отсутствия стабильности и баланса, с последующей целью восстановления «эмоциональной стабильности» или «устойчивого психического состояния». Многие участники разделяли мысль о необходимости надежды, оптимизма и мотивации для преодоления страданий и травматических воспоминаний.

«Я смотрю на все с оптимизмом. Я всегда обладал этой способностью, она – часть моей натуры. Я не ставлю недостижимых целей в жизни, и не отчаиваюсь ни при каких обстоятельствах».

Многие, в особенности, женщины и пожилые респонденты говорили о важности и пользе вероисповедания и религиозных убеждений и пытались находить смысл в своих утратах через религию и веру. Например, комментарии буддистов часто сопровождались высказыванием о том, что цунами было ничем иным, как проповедью Будды о смирном принятии житейских и стихийных невзгод.

«Мы потеряли все, что у нас было, за одну секунду. Сразу после катастрофы мы остались без надежд на будущее. Даже сейчас мы не можем сказать, что мы стали умудренными опытом. Теперь мы поняли всю преходящую сущность жизни, как и учит Будда».

Участники, исповедующие католицизм и ислам также были уверены, что выжить в катастрофе им помог Бог («Это была воля Господа»), и что Бог защитит их от любых возможных бедствий в будущем.

Особенно стоит отметить, что во всех этих объяснениях присутствует элемент фатализма и безграничной веры в высшие силы, которые смогут защитить от непредсказуемых и не поддающихся контролю явлений. В этом смысле, внутренняя сила, описываемая некоторыми людьми, и дающая им возможность восстановиться после эмоциональной травмы, нанесенной цунами, черпается из веры и религиозных убеждений; эта вера укрепляется по мере того, как природные явления осмысливаются, исходя из учений веры.

При этом не было ни одного человека, для которого цунами не имело смысла в свете устоявшихся убеждений.

Это было особенно типично для тех, кто потерял кого-то из близких. Некоторые выражали безнадежность и гнев, что их вера не избавила их от страданий и не защитила их семьи. Одна участница, например, обвиняла Господа, отнявшего жизнь у ее шестилетней дочери, в жестокости.

«Если, как утверждают все верующие, есть какие-то сверхъестественные силы, почему они не сохранили эти жизни? В таком случае, какой смысл верить? Несмотря на то, что я католичка, моя дочь каждое полнолуние ходила с соседями в местный храм. И ни одна религия не смогла сохранить ее жизнь».

Более того, на основании полученных данных можно сделать умозрительные предположения о том, что утрата веры стала типичной для тех пострадавших, которые пережили хронические психические расстройства; возможно, утрата веры, последовавшая за такой эмоциональной травмой, лишила людей возможности прибегать к цивилизованным средствам осмысления несчастья и, таким образом, усугубила горечь потерь и страданий.

## РАЗДЕЛЕНИЕ БОЛИ

Многие участники, особенно женщины, говорили об обсуждении своих проблем и боли с близким или внушающим доверие человеком. Общение с другими людьми, с одной стороны, преследовало практические цели получения совета и поддержки. Но, на самом деле, ценность общения заключается в чем-то несравненно большем. Для большинства участников возможность общаться была действенным способом «выпустить боль из груди», возможно, даже в форме непосредственного участия, когда утешение достигалось через процесс разделения страданий.

«Мы способны примириться с ситуацией, когда собираемся вместе и обмениваемся мыслями. Каждый делится своими ощущениями».

Это выходит далеко за пределы семьи и круга близких друзей. Например, часто упоминались, особенно пожилыми участниками, разговоры с духовными лидерами, к примеру, с местными буддистскими монахами, священниками в церквях или *maulavi* (вождями) храмов. Различные собрания, проводимые местными организациями оказания помощи, также предоставляли возможность для разделения переживаний. Примечательно использование слова «разделение» для описания подобных мероприятий, и с риском истолкования за рамками заданного значения, оно содержит намек на важность взаимного обмена переживаниями в обсуждении несчастья, на утешение, которое приходит со знанием того, что и другие испытывают подобные страдания. В конце концов, каждый в общине, в той или иной степени ощутил на себе разрушительную силу цунами и мог быть в состоянии понять страдания других.

Почти каждый участник в исследуемой группе говорил о важности неформальных социальных ресурсов, таких как межличностные связи с членами семьи, друзьями и соседями в преодолении эмоциональных и бытовых последствий цунами. Многие подкрепляли это убеждение высказываниями о чувстве солидарности в общине и крепкой разветвленной структуре семейных связей в традиционном обществе Шри-Ланки. Те, чьи члены семьи погибли или пропали без вести, часто описывали, как важна для них была поддержка от дальних родственников, многие из которых оказывали практическую помощь, выполняя задачи и обязанности погибших.

«Мой отец был единственным кормильцем в семье. Мы оказались в затруднительном положении. Но каким было облегчением, когда к нам на помощь пришли все старшие братья и дяди. Наш старший брат начал работать в отеле моего дяди после смерти моего отца, и сейчас он зарабатывает для нашей семьи. Еще нам помогли другие члены семьи моей матери, они поддерживали нас деньгами. Мой брат возит нас на вечерние занятия, как раньше делал отец».

Это, опять-таки, выходит за рамки внутрисемейных отношений, и по многим высказываниям видно, что после цунами сплоченность внутри общины еще больше усилилась. Высоко оценивалась поддержка, оказываемая религиозными вождями и населением, не пострадавшим от стихийного бедствия. Большая часть буддистских храмов, католических церквей и мечетей организовывали мемориальные и другие религиозные мероприятия, направленные на помощь в преодолении бесконечного страха и печали в пострадавших сообществах.

## ЗАНЯТОСТЬ

Многие участники выражали мнение, что эффективным способом борьбы с эмоциональным стрессом была работа. По словам одного из респондентов: «Когда мозг активно трудится, он не позволяет боли поселиться в нем». Наряду с этим, многие люди, занятые работой, активной деятельностью в свободное от работы время и религиозными ритуалами, считают это выходом для облегчения своих страданий. На ранних стадиях, много усилий было направлено на оказание другим практической помощи; многие признавали, что жители селений стали более сплоченными, чем до цунами, и помогали друг другу с уборкой, в поисках пропавших и похоронах. Для детей устраивались многочисленные спортивные мероприятия, конкурсы рисунков и спектакли. Многие из этих мероприятий преследовали двойную цель – практическое удовлетворение потребностей (уборка, зарабатывание средств и времяпровождение) и психологическое и эмоциональное отвлечение. Общественный характер многих из этих видов деятельности, кроме того, указывает на то, что они формируют часть коллективного отклика в более широком смысле – как процесс восстановления социальной, культурной и экономической жизни после разрушений, причиненных цунами.

Из ответов участников можно сделать вывод о том, что в дни, последовавшие за цунами, значительно повысилась религиозная активность населения. Последователи буддистского учения часто говорили о том, как они исполняли религиозные ритуалы. Например, Bodhi Pooja (омовения у корней священного дерева Бодхи водой и молоком), зажигание лампад и ритуальные песнопения Pith (проповедь Будды), чтобы достичь процветания и избежать несчастий или действия злых сил, а для умственного расслабления использовалась медитация (Anapana sathi). На самом деле, духовные практики и религиозные ритуалы оказались универсальным средством, к которому жители пострадавшей территории прибегали, которое способствовало личному успокоению и обеспечивало возможности коллективного восстановления и возрождения.

## ЛИЧНОЕ ГОРЕ, ОБЩАЯ СКОРЬБЬ

В культуре Шри-Ланки принято возводить в месте кремации памятники, отдавая последнюю дань усопшим. Однако, после цунами, это оказалось недостижимым, поскольку многих погибших найти было невозможно, а другие были погребены в общих местах захоронения. Чтобы справиться с утратой и невозможностью выполнить ритуалы, продиктованные культурными традициями, отдельные люди и целые семьи прибегали к ряду альтернативных способов почтить память погибших близких людей. Всюду собирали фотографии и сувениры, напоминавшие об ушедших, а на фасадах многих домов вывешивали их увеличенные портреты. Один участник показал письма, написанные его женой, и поведал, что он до сих пор хранит их как воспоминание о «добрых старых временах». Кроме того, было распространено устанавливать памятники в честь умерших, и некоторые респонденты отмечали, что они потратили все пособия, выделенные государством семьям погибших, исключительно на устройство мемориалов.

«У нас всегда были сильные религиозные убеждения. Поэтому мы провели множество религиозных обрядов по нашему погибшему сыну. Все денежные пособия, которые мы получили за него, мы использовали только на эти мероприятия и ничего не потратили на себя».

Эти памятники трансформируют личное горе в форму общественного траура, в которой наглядно про-

являются уважение и любовь к погибшим. По сути, боль утраты и скорбь разделяются с членами общины, и, благодаря этому, в конечном итоге излечиваются.

## ВНЕШНЯЯ ПОМОЩЬ

подавляющее большинство участников, рассказывая о том, как они справлялись и восстанавливались после цунами, говорили, главным образом, об обращении к внутренним ресурсам или к источникам поддержки, которые существовали до цунами (семья, друзья, церкви и храмы). Высказывания об отклике государства и внешних источниках поддержки были противоречивыми. Некоторые участники называли благоприятные условия, обеспеченные государственными и гуманитарными организациями, главным фактором для возвращения к нормальной жизни. Для привлечения общественности и источников поддержки были организованы отдельные культурно-массовые мероприятия, например, новогодние празднества, и религиозные мероприятия, такие как безвозмездная раздача продуктов питания. Но, даже отмечая эти мероприятия, многие опрашиваемые высказывались критически относительно того, что они видели, отмечая неорганизованную поддержку и несправедливое распределение пособий, что усугубляло страдания и вызывало дополнительные трудности.

Сразу после цунами некоторые внешние организации предоставили пострадавшим услуги по психологическому вмешательству. Несмотря на то, что число специалистов в области психиатрии в Шри-Ланке ограничено (точная цифра неизвестна), за различными организациями были закреплены «консультанты», «психологи» и другие специалисты по охране психического здоровья. Интересно отметить, что комментарии участников свидетельствуют о том, что спрос на подобные услуги был чрезвычайно низок, поскольку люди (если они искали помощи извне), больше всего были заинтересованы в получении поддержки от традиционных целителей, в число которых входили астрологи, прорицатели, предсказатели, традиционные лекари (особенно аюрведические врачи) и т.д. Самыми распространенными способами лечения были thel methurum (нанесение на тело и голову масел для изгнания злых духов), dehi kepili (использование духовных сил для изгнания злых духов), и обряды богослужения. Участники отмечали, что они обращались к традиционным целителям, как правило, для того, чтобы решить проблемы с бессонницей, справиться с ночными кошмарами, криками во сне и непроизвольным прокручиванием в памяти прошедших событий.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В широком смысле, способы и ресурсы для борьбы с разрушительными последствиями цунами, описанные интервьюируемыми, можно поделить на две категории: преимущественно индивидуальные (или направленные на внутренние ресурсы и личные; например, внутренние силы и оптимизм), и межличностные или социальные (направленные на внешние ресурсы и общественные; например, эмоциональная и практическая поддержка со стороны членов семьи, друзей и других членов общины, включая духовных лидеров и религиозные учреждения). В форме, которую принимала каждая из указанных стратегий, отражался ориентированный на социум и духовный характер общества Шри-Ланки, таким образом, что, казалось бы, индивидуальные и личные стратегии копинга часто становились публичными проявлениями утраты, почтения памяти и восстановления (например, установка памятников погибшим родственникам). Аналогичным образом, индивидуальная реакция брала начало от доминирующих религиозных убеждений относительно причин несчастья, и личная сила духа часто была результа-

том фаталистической веры в жизненные испытания и волю Господа. Таким образом, ответы были обусловлены культурными и социальными нормами и традициями Шри-Ланки.

Участники настоящего исследования были отобраны из списка, предоставленного местными государственными органами, что могло стать причиной избирательности. Тем не менее, избежать этого не представлялось возможным. Получение доступа к жителям селений через чиновников было необходимо для эффективного сбора информации, поскольку многие люди с подозрением относятся к незнакомцам, которых интересуется их личная жизнь. В целях сведения данной проблемы к минимуму, мы старались отобрать участников из больших списков, предоставленных местными органами власти в соответствии с нашей респондентской выборкой. Некоторые мнения могли быть более показательными из-за подхода к выборке. Например, несмотря на то, что в ней был широко отражен религиозный состав населения района Матара и Шри-Ланки, преобладали комментарии о стратегиях по преодолению последствий стихийного бедствия, данные буддистами (89% выборки), по сравнению с мусульманами (8%) и католиками (5%).

Многие стратегии, описанные в нашем исследовании, напоминают механизмы копинга, описанные Лазарусом (Lazarus) и Фолкманом (Folkman) (22), в центре внимания которых находятся проблемы и эмоции. Продолжаются споры о том, какой тип копинга (ориентированный на проблему или ориентированный на эмоции) является наиболее эффективным. На основании полученных нами данных этот вопрос решить невозможно. Однако, опираясь на эти данные, можно предположить, что вышеупомянутое разделение является излишне схематичным и не учитывает результатов экспериментальных наблюдений, из которых очевидно, что люди, как правило, прибегают к обоим видам копинга, в разных комбинациях. Более того, возможно, самым поразительным открытием, которое мы сделали в ходе исследования, был в высшей степени социальный характер преодоления (или реагирования) на многочисленные разрушительные последствия цунами. Например, разделение переживаний или чувств с другими как вид непосредственного участия или коллективного утешения, было самым распространенным ответом респондентов, задействованных в нашем исследовании. Также в предыдущих исследованиях, направленных на изучение реакции жертв катастрофы (4, 5), было установлено, что для борьбы с трудностями были задействованы, как правило, личные механизмы.

Кроме того, полученные данные указывают на то, что первичной основой для осмысления и реагирования на цунами стала религия – либо в активной форме (участие в религиозных мероприятиях), или в качестве эмоционального ресурса (вера). Роль религиозных или духовных убеждений в содействии восстановлению после стихийных бедствий в прошлом не были достаточно изучены (24), особенно в культурах народов Юго-Восточной Азии (25). Исследования, которые проводились в западных странах, с участием выживших после катастрофы, указывали на то, что сильные религиозные убеждения и вера были связаны с меньшими проявлениями эмоционального расстройства (11, 13), тогда как отрицательный религиозный опыт часто ассоциировался с сильным стрессом. Данный факт был подкреплен результатами нашего исследования, показавшего, что те люди, которые говорили об «утрате веры», по-видимому, испытывали более продолжительный эмоциональный стресс. По словам многих участников, расслаблению и эмоциональному благополучию способствовали духовные практики. Результаты ограниченного числа исследований под-

твердили сильное влияние религиозных и традиционных подходов на способность людей справиться с несчастьями, особенно среди представителей восточных сообществ (26). Данное обстоятельство указывает на важность признания и понимания социальных и религиозных толкований преодоления трудностей, способности к адаптации и восстановлению после сильных потрясений в различных культурах.

Участники часто подчеркивали важность сплоченности в общинах и возможность обратиться за помощью к дальним родственникам. В предыдущих исследованиях, которые проводились в западных и восточных странах, была не раз отмечена важность общественной поддержки в процессе преодоления эмоциональных нарушений, последовавших за травмой, и кроме того, участники подчеркивали высокую вероятность длительных психических расстройств при отсутствии такой поддержки (4, 9). Наряду с предыдущими данными, результаты настоящего исследования показывают, что психологическая и практическая поддержка может прийти из многих неофициальных и официальных источников, например, из официальных организаций, от специалистов в области психиатрии, дальних родственников и друзей, духовных лидеров и школьных учителей. В обществах, ориентированных на коллектив или социум, весьма поощряется взаимная зависимость и защита (27). При этом чрезвычайные стихийные бедствия, такие как азиатские цунами, которые поражают целые сообщества, могут сильно повлиять на доступность других естественных источников поддержки, бросая людей и общины на произвол судьбы – особенно в первые дни после катастрофы.

Обеспечение профессиональной психологической поддержки пострадавшему населению имеет давнюю историю, начинаясь, по меньшей мере, с оказания помощи ветеранам первой мировой войны (28). Результаты данного исследования свидетельствуют о недостаточной профессиональной психологической поддержке населения в период, следовавший за цунами на Шри-Ланке. В стране с населением 21 миллион человек и всего лишь 25 профессиональными психиатрами (29), без практикующих клинических психологов, единственно возможным вариантом для большинства выживших была надежда на собственные социальные, культурные и религиозные ресурсы. При этом, однако, возникает вопрос: достаточна ли такая поддержка, когда в результате колоссального стихийного бедствия, такого, как цунами, страдают целые общины, или в ситуациях, когда сила общественной травмы подавляет моральный дух семей и общин, и если да – какую форму должна принимать такая поддержка? Многие участники нашего исследования не придавали большого значения профессиональной поддержке, и не считали, что стресс, горе, затруднения или болезни нуждаются в профессиональной помощи. Среди обычного населения Шри-Ланки до сих пор не принято обращаться к специалисту в области психиатрии, особенно из-за устоявшихся стереотипов по поводу обращения к психиатру.

Доступны результаты весьма немногочисленных исследований традиционных практик исцеления, к которым прибегают жители Шри-Ланки для лечения психологических расстройств. Somasundaram и другие авторы (30) отмечают, что большинство традиционных целителей получили соответствующую подготовку и достигли определенного уровня мастерства в некоторых видах оздоровительных практик. Многие целительские практики на Шри-Ланке сочетают средства традиционной индийской медицины (Аюрведы, Сиддхи), местные обряды и духовные практики. Как правило, члены семьи пациента присутствуют во время проведения процедуры исцеления – в противоположность западным методам психотерапии, где присут-

ствие семей почти всегда исключается, - и эта процедура часто предполагает участие священника, песнопения и массаж с использованием лечебных трав. Как правило, аюрведические или другие местные оздоровительные процедуры состоят из продолжительной беседы с терапевтом об условиях жизни или самочувствии пациента и физического осмотра (31), благодаря чему последний имеет возможность обсуждать свое социальное и эмоциональное состояние менее болезненным с точки зрения устоявшихся стереотипов способом.

Существуют многочисленные мнения относительно поддержки, оказываемой религиозными организациями и лидерами, особенно, когда речь идет о предоставлении крова, сбора и распространения материалов, необходимых для облегчения страданий, а также реализации программ переселения (25). Результаты настоящего исследования расширяют имеющиеся данные и свидетельствуют о том, что религиозные вожди играют важную роль в обеспечении эмоциональной и психологической поддержки.

Без учета очевидной потребности в безотлагательной материальной и практической помощи пострадавшим и оставшимся без жилья в результате стихийного бедствия, данные, полученные в ходе настоящего исследования, говорят о том, что устойчивое психическое состояние может быть достигнуто путем восстановления естественных ресурсов, к которым члены общин традиционно обращаются в страдании. Применительно к Шри-Ланке, содействие воссоединению членов пострадавших семей, покидающих постоянное место жительства, и обеспечение возможности жить рядом в соответствии с реализацией программ переселения может стать простой и практически осуществимой мерой неофициальной поддержки пострадавших. Аналогичным образом, усилия, направленные на реабилитацию, восстановление социальных и культурных традиций и ритуалов, могут создавать возможности для совместного и непосредственного участия в переживаниях, которое, по словам многих респондентов, принявших участие в исследовании, способствуют восстановлению душевного равновесия.

И напротив, социальные акции, которые воспринимаются как несправедливые и коррумпированные, могут вызвать противоположный эффект, разрушая прочные связи, устоявшиеся в общине, или, по меньшей мере, такой эффект может быть типичен для Шри-Ланки.

Что касается психологических вмешательств и охраны психического здоровья пострадавших, данные, полученные в ходе настоящего исследования, свидетельствуют о том, что эти методы нельзя просто насаждать среди населения, которое не знает и, возможно, не доверяет персонализированным моделям западной психотерапии и психиатрии. Кроме того, участники исследования согласны с указаниями, разработанными Межведомственным постоянным комитетом (IASC) относительно психотерапевтической и психологической поддержки в чрезвычайных ситуациях (32). Прежде, чем разрабатывать какие-либо программы психиатрического вмешательства, необходимо учитывать и правильно понимать местные культурные представления о несчастье, психическом состоянии и здоровье. Кроме того, в тех местностях, где, как и в Шри-Ланке, недостаточно развита служба психиатрической помощи, оказание подобных услуг после катастрофы может натолкнуться на непонимание и неприятие со стороны местного населения. Таким образом, проблема стоит гораздо шире и касается развития психиатрических услуг не только во время стихийных бедствий. На самом деле, есть основания утверждать, что при ориентации на оказание психиатрической помощи во время катастрофы (которая, тем не менее, необходима

и важна), не учитывается, что предоставление таких услуг в странах, подобных Шри-Ланке, неизбежно застопорится, поскольку охрана психического здоровья в целом развита недостаточно. Это означает, что когда катастрофа, все-таки, происходит, пострадавшему от бедствия населению придется довольствоваться крохами, оставшимися от тех скудных ресурсов, которые направляются на защиту психического здоровья наиболее пострадавшей части населения.

## **ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ**

Финансирование осуществлялось группой по профилактике травм (Великобритания-Шри-Ланка) в рамках гранта, полученного от Католического фонда помощи развивающимся странам (CAFOD). Деятельность на месте событий проводилась на средства гранта на научно-исследовательскую работу.

## **Библиография**

1. Scheuren JM, le Polain O, Below R et al. Annual Disaster Statistical Review: the numbers and trends 2007. Brussels: Centre for World Psychiatry 12:1 - February 2013 Research on the Epidemiology of Disasters and United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2008.
2. Moszynski P. Death toll climbs and healthcare needs escalate in Japan. *BMJ* 2011;342:d1859.
3. Ashraf A. Tsunami wreaks mental health havoc. *Bull World Health Organ* 2005;83:405-6.
4. Rajkumar AP, Premkumar TS, Tharyan P. Coping with the Asian tsunami: perspectives from Tamil Nadu, India on the determinants of resilience in the face of adversity. *Soc Sci Med* 2008;67:844-53.
5. Ibanez GE, Buck CA, Khatchikian N et al. Qualitative analysis of coping strategies among Mexican disaster survivors. *Anxiety Stress Coping* 2004;17:69-85.
6. Gottlieb BH. Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In: Gottlieb BH (ed). *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press, 1997:3-42.
7. Eyre A. Literature and best practice review and assessment: identifying people's needs in major emergencies and best practice in humanitarian response. Report commissioned by the UK Department of Culture Media and Support, 2006.
8. Norris FH, Friedman M, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 2002;65:240-60.
9. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *Int J Ment Health Syst* 2007;1:5.
10. Henderson T, Roberto KA, Kamo Y. Older adults' responses to Hurricane Katrina: daily hassles and coping strategies. *J Appl Gerontol* 2010;29:48-69.
11. Newton AT, McIntosh DN. Associations of general religiosity and specific religious beliefs with coping appraisals in response to Hurricanes Katrina and Rita. *Mental Health Relig Cult* 2009;12:129-46.
12. Salloum A, Lewis ML. An exploratory study of African American parent-child coping strategies post-hurricane Katrina. *Traumatology* 2010;16:31-41.
13. Wadsworth ME, Santiago CD, Einhorn L. Coping with displacement from Hurricane Katrina: predictors of one-year post traumatic stress and depression symptom trajectories. *Anxiety Stress Coping* 2009;22:413-32.
14. Holliëeld M, Hewage C, Gunawardena CN et al. Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry* 2011;192:39-44.
15. Leavy B, Slade M, Ranasinghe P. Casual thinking after a tsunami wave: Karma beliefs, pessimistic explanatory style and health among Sri Lankan survivors. *J Relig Health* 2009;48:38-45.
16. Yang J, Yang Y, Liu X et al. Self-efficacy, social support, and coping strategies of adolescent earthquake survivors in China. *Soc Behav Pers* 2010;38:1219-28.

17. Paul SK, Routray JK. Flood proneness and coping strategies: the experiences of two villages in Bangladesh. *Disasters* 2009;34:489-508.
18. National Disaster Management Centre. Tsunami situation report. Sri Lanka: National Disaster Management Centre, 2005.
19. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
20. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva: World Health Organization, 1990.
21. QSR International Pty Ltd. NVivo qualitative data analysis software. Version 9. QSR International Pty Ltd, 2010.
22. Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
23. Hobfoll SE. *The ecology of stress*. New York: Hemisphere, 1988.
24. Davidson JRT, Connor KM, Lee LC. Beliefs in Karma and reincarnation among survivors of violent trauma: a community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:120-5.
25. de Silva P. The Tsunami and its aftermath in Sri Lanka; explorations of a Buddhist perspective. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:281-7.
26. Somasundaram D. Using cultural relaxation methods in posttrauma care among refugees in Australia. *Int J Cult Ment Health* 2010;3:16-24.
27. Bhugra D, van Ommeren M. Mental health, psychosocial support and the tsunami. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:213-6.
28. Alexander DA. Early mental health intervention after disasters. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:12-8.
29. Siriwardhna C, Sumathipala A, Siribaddana S et al. Reducing the scarcity in mental health research from low and middle income countries: a success story from Sri Lanka. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:77-83.
30. Somasundaram D, Sivayokan S, deJong J et al. *Mental health in the Tamil community*. Jaffna: Transcultural Psychosocial Organization, 2000.
31. Gr nseth AS. Experiences of tensions in re-orienting selves: Tamil refugees in northern Norway seeking medical advice. *Anthropol Med* 2006;13:77-98.
32. Inter-Agency Standing Committee. *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee, 2007.

# Применима ли концепция «дименсий» к психиатрическим объектам?

German E. Berrios<sup>1</sup>, Ivana S. Marková<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chair of Epistemology of Psychiatry, Robinson College, University of Cambridge, Cambridge,

<sup>2</sup> Hull York Medical School, University of Hull, Hull, UK

Перевод: Медведев В.Э.

Редактура: Павличенко А.В.

О том, насколько уместна концепция «дименсий» в психиатрии написано много. Она, например, с самого начала привлекла внимание создателей DSM-5, и уже к 2006 году этот интерес отчетливо обозначился в виде «дименсиональных аспектов психиатрического диагноза», а также «клинической и научной целесообразности» данного подхода (1). По-видимому, со временем этот энтузиазм несколько уменьшился, однако, до сих пор во многом остается неясным, насколько концепцию дименсий применима именно к психиатрическим объектам.

## Что такое дименсии?

Существует как минимум три определения понятия «дименсия». Первоначальное и основное имеет отношение к процессу измерения («способ линейного измерения в определенном направлении») и полученных в результате величинах. Исходя из этого, свойства объектов, которые можно измерить, стали называть дименсиями («три дименсии треугольника, мультидименсиональное пространство»). Позже, по аналогии с этим, любая часть любого объекта или ситуации стала его «дименсией» («его игра привнесла в пьесу что-то новое (новое измерение)») (2). Именно процесс «измерения» остается основным и определяющим в значении слова «дименсия». После того, как «дименсии» вошли в психиатрию, в первую очередь для того, чтобы сделать ее более научной, именно это значение термина и стало основным, в то время как другие значения (производные от него и метафорические) не являются таковыми и стали использоваться позже отдельными исследователями.

## Каким объектам можно приписывать дименсии?

Мир наполнен различными объектами, некоторые из которых со временем становятся «эпистемиологическими предметами», то есть объектами науки (4,5). В целом, предметы могут существовать в пространстве, времени и в их сочетании. Часто спорят о том, что составляет сущность объекта. Для практических целей в данной статье объект определяется как «предмет или существо (being), о котором можно подумать или иметь знание о нем и которое соотносится с думающим или познающим субъектом; нечто внешнее, или воспринимаемое разумом как внешнее» (2).

Подобные объекты можно разделить на физические или естественные (собаки, дома, реки, облака, шепоты, мозг, атом и т.д.) и абстрактные или идеальные (добродетель, намерения, мысли, красота, божество, числа и т.д.). Естественные объекты существуют в пространстве и времени, и потому их можно измерить. Так как собаки, столы и цветы достаточно стабильны в пространстве и времени, то они могут быть дименсионализованы (dimensionalizing), то есть их можно измерить с помощью стандартных критериев и назвать их «дименсиями». Абстрактные объекты, по-видимому, малоприемлимы для подобного рода действий. Более того,

многие полагают, что они совсем не поддаются измерению. Например, когда сталкиваются с увлеченным исследователем, который пытается создать школу «измерений» четырех основных добродетелей (умеренность, рассудительность, храбрость, справедливость), большинство людей скажут, что концепция «измерений» в данном контексте используется в метафорическом смысле, а сам он занимается созданием некой субъективной «классификации», где номера используются не в привычном для них числовом значении, а в качестве показателей определенных уровней его шкалы.

Собаки, столы и добродетели – далеко не единственные в мире объекты. Есть также жалобы, стоны, боли, недуги и симптомы. Некоторые из них имеют отношение к психиатрии. Что это за объекты? Ряд исследователей полагает, что объекты в психиатрии сродни собакам и столам, то есть являются физическими объектами (некоторые называют их «естественными видами») (9). Другие могут считать, что объекты в психиатрии, по сути, являются предметами идеальными, такими, как добродетели или надежды. До сих пор не существует подхода, который помог бы «научно» разрешить этот спор. Другими словами, отнесение психиатрических объектов к физическим или абстрактным предметам не является научным, и, следовательно, за ними могут стоять экономические, социальные, этические или эстетические причины.

В данной статье мы предлагаем собственную точку зрения: помимо физических и идеальных, в мире также существуют смешанные (hybrid) объекты, обладающие признаками обоих. Объекты в психиатрии – один из лучших тому примеров. В принципе, все симптомы психических расстройств представляют собой комбинацию физических и идеальных свойств. При этом на практике оказывается, что доля каждого из них варьирует от симптома к симптому. Так как все симптомы психических расстройств являются по своей сути смешанными, то объяснение их только физическими причинами (корреляты в головном мозге) или только абстрактными (значение) существенно затрудняет их понимание (10,11).

## Можно ли измерить психиатрические (смешанные) объекты?

Применима ли в принципе концепция дименсий к объекту, зависящему от его онтологической структуры, то есть от того, каким образом он располагается в пространстве и времени? Поскольку смешанные объекты являются объектами подобного рода, психиатры обязаны определить, можно ли их вообще измерить (dimensionalized). Насколько нам известно, такая задача до сих пор не ставилась, хотя концепция дименсий была благополучно интегрирована в психиатрию.

Важно понять, почему этот процесс произошел так поспешно. Одно из возможных объяснений заключается в том, что симптомы психических расстройств

отождествляются с физическими объектами (естественными видами), поэтому измерение их аналогов в головном мозге равносильно измерению самих симптомов (12). Другое объяснение, связанное с идеями старой психометрии, состоит в том, что симптомы психических расстройств (пусть даже они являются смешанными объектами) могут быть измерены (охвачены) «высококачественной» психометрией с последующим сложным статистическим анализом, который позволит перевести числовые обозначения интервалов в реальные арифметические «дименсии» (13). Но каким бы ни было объяснение, мы полагаем, что прежде чем пытаться измерить эти симптомы, необходимо четко уяснить, что они являются смешанными по своей структуре.

Как мы уже отмечали, симптомы психических расстройств (например, галлюцинации, бредовые идеи, обсессии, депрессивное настроение) являются смешанными объектами и в каждом конкретном случае вклад физических и абстрактных факторов может быть различным. Кроме того, по-видимому, в каждом отдельном симптоме эти соотношения могут меняться при его движении от острого к хроническому состоянию (например, галлюцинации и бредовые идеи в начале психотического эпизода могут отличаться по структуре от «тех же самых» феноменов в период стабилизации процесса).

На практике это означает, что применение одного и того же психометрического инструмента ко всем симптомам или к одному и тому же симптому во время острой и хронической фаз заболевания может оказаться бесполезным, так как валидность и надежность шкалы зависит от стабильности в пространстве и времени того объекта, который она измеряет. Использование шкал подразумевает тот факт, что измеряемые «дименсии» или «компоненты» объекта измерения сохраняют свою величину и комбинаторную пропорциональность (combinatorial proportionality). Если же эти показатели изменились, то шкалы становятся бесполезными инструментами при повторном их использовании. Кроме того, несмотря на попытки найти для каждого симптома соответствующий коррелят в головном мозге, до сих пор этот процесс не лад существенных результатов. Более того, большинство, а, возможно и все диагностические шкалы базируются на информации, полученной со слов пациентов, их родственников и наблюдателей (15). Однако, эту информацию по определению нельзя измерить. Конечно, нет ничего плохого в том, что субъективные данные используется для сбора информации об уровне тяжести симптомов либо об их изменении. Но все же было бы неправильно называть числовые обозначения, которые мы приписываем определенным уровням шкалы, измерением в его истинном значении. Будет правильнее назвать это ранжированием (grading).

### Концепция ранжирования (grading)

В случае физических объектов дименсии образуются в процессе измерения их пространственных характеристик. В случае абстрактных объектов термин «дименсии» использует в переносном смысле, так как такие объекты не располагаются в пространстве. В самом деле, абстрактные объекты являются некими конструкциями, совокупностью качеств, объединенных вместе в пределах одной категории (например, умеренность, рассудительность, храбрость, справедливость). Моральные категории, например, помогают квалифицировать поступки людей и решить, кто из них обладает «большой» добродетелью. На протяжении истории человечества вырабатывались некие инструменты сравнения, которые позволили, например, оценивать тот или иной поступок как «справедливый, частично спра-

ведливый или несправедливый». При этом неизбежно возникало ряд вопросов. Как осуществлять это ранжирование? На чем базируется выделение этих интервалов? Является ли их основа настолько стабильной, что может не зависеть от внутриличностных или межличностных характеристик? (16)

В этом отношении вначале нужно заметить, что процесс ранжирования осуществляется при помощи внешних факторов, которые не принадлежат самому объекту (наблюдения со стороны того, кто измеряет). Как мы уже отмечали, абстрактные объекты (такие как добродетели) являются совокупностью определенных признаков, объединенных одним названием. Ранжирование – это процесс расположения (stretching) каждого из них на оси, где обозначены числовые значения, а более высокие баллы обычно не соотносятся с более низкими в чисто математическом смысле. Поэтому эти признаки нельзя считать дименсиями в истинном смысле, а лишь степенями (grades).

Крайне важно различать ранжирование (grading) и измерение (measuring). По-существу, это разные психические операции, которые принадлежат различным областям знаний. Ранжирование – это форма оценки и, следовательно, оно допускает такие предикаты, как ясный, объективный (just), регулярный, последовательный, благоприятный и т.д. В то же время, такие прилагательные, как точный, надежный, валидный, чувствительный, специфичный и тому подобные в данном контексте неприменимы. Ранжирование всегда основано на субъективном впечатлении, и тот факт, что некоторые исследователи могут быть последовательными в своих оценках (например, ставить одинаковые баллы одним и тем же явлениям или соотношениям) еще не делает ранжирование формой измерения. Психиатры могут хотеть использовать числа в качестве ранговых параметров, но они никогда не смогут производить с ними математические операции. Это не только вопрос семантики или неправильной терминологии. Вера в то, что психические симптомы и расстройства можно измерить приводит к ошибочному заключению, согласно которому психиатрические объекты являются естественными предметами. Этот вывод также приводил (и приводит) к дорогостоящим и непродуктивным эмпирическим исследованиям, которые препятствуют развитию более полезных подходов к психиатрии в целом и ее объектам, в частности.

Мы утверждаем, что на современном уровне знаний психиатрические шкалы представляют собой не более, чем ранговые отметки (grading labels), и что «дименсии», которые они должны «измерять» - не более, чем признаки, расположенные вдоль достаточно произвольно выбранных осей.

Принимая во внимание тот факт, что, во-первых, симптомы психических расстройств являются смешанными объектами, то есть обладают как физическими, так и абстрактными свойствами, во-вторых, любой симптом психического расстройства имеет отличную от другого симптома структуру и различается на разных этапах болезни, и, в-третьих, физические причины симптомов по большей части неизвестны, можно сделать вывод, что в настоящее время мы можем только ранжировать (оценивать) субъективные жалобы, сообщаемые пациентом или его родственниками либо полагаться на собственное клиническое впечатление.

### Заключение

Выделение дименсий (dimensioning) - это форма измерения, применимая лишь к тем свойствам объектов, которые существуют в пространстве и времени, то есть к физическим объектам. Абстрактные объекты можно оценить, но не измерить. Смешанные

объекты (такие, как симптомы психических расстройств) обладают признаками обоих видов и, в идеале, их можно как оценивать, так и измерять. Однако, на практике это сделать не удастся, так как структура и компоненты этих симптомов, в основном, остаются неизвестными. Также пока существует мало сведений об их естественных свойствах, и, во всяком случае, их определение преимущественно зависит от их значения, то есть от той символической позиции, которую они занимают в данном субъективном опыте.

Исходя из этого, симптомы психических расстройств можно лишь оценить, но не измерить. Оценка – это форма ранжирования, при которой определенные признаки выделяются (stretch out) и им присваиваются ранговые значения, обозначаемые как «малые признаки» (subqualities). К ним, в частности, можно отнести интенсивность, тяжесть, длительность, продолжительность и так далее. Сами по себе ранговые значения полезны при описании и лечении симптомов психических расстройств. Однако, они не поддаются количественному определению. Как числовые значения, с ними связанные, не могут считаться реальными признаками, так и сами оцениваемые параметры не могут называться «дименсиями». Те же самые ограничения применимы и к «психическим расстройствам». Тот факт, что на протяжении долгого времени симптомы психических расстройств было принято группировать определенным образом не делает эти группы более значимыми. Психические расстройства, так же, как и симптомы, которые их образуют, подлежат лишь ранжированию или оценке.

## Библиография

1. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). Dimensional aspects in diagnostic classification. Arlington: American Psychiatric Association, 2008.
2. Oxford English Dictionary. Oxford: Oxford University Press, 2nd ed., 2009.
3. Cuthbert BN. Dimensional models of psychopathology: research agenda and clinical utility. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 565-9.
4. Rheinberger H-J. Towards a history of epistemic things. Stanford: Stanford University Press, 1997.
5. Daston L (ed). *Biography of scientific objects*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
6. Grossman R. Meinong's doctrine of the Aussersein of the pure object. *Nous* 1974; 8: 67-82.
7. Lowe EJ. The metaphysics of abstract objects. *J Philos* 1995; 92: 509-24.
8. Hale B. *Abstract objects*. Oxford: Basil Blackwell, 1987.
9. Wilkerson TE. *Natural kinds*. Aldershot: Avebury Press, 1995.
10. Berrios GE. Psychiatry and its objects. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental* 2011;4: 179-82.
11. Markova IS, Berrios GE. The epistemology of psychiatry. *Psychopathology* 2012; 45: 220-7.
12. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011; 41: 1143-50.
13. Eysenck HJ. Classification and the problem of diagnosis. In: Eysenck HJ (ed). *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman, 1960: 1-31.
14. Markov\_a IS, Berrios GE. Mental symptoms: are they similar phenomena? The problem of symptom heterogeneity. *Psychopathology* 1995; 28:147-57.
15. Markova IS, Berrios G. Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology* 2009;42:343-9.
16. Urmson JO. On grading. *Mind* 1950; 59:145-69.

# Когда дети с аутизмом взрослеют...

Fred R. Volkmar, Julie M. Wolf

Child Study Center, Yale University, New Haven, CT 06520, USA

Перевод: Курсаков А.А. (Москва)

Редактура: Карпенко О.А. (Москва)

Аутизм и смежные с ним состояния описывались с 1940-х годов, однако официального признания они не получали вплоть до 1980 года, когда было опубликовано руководство DSM-III. Первоначальное замешательство упиралось в валидность этого состояния, а именно в возможность рассматривать его отдельно от детской шизофрении. Это замешательство было устранено путем работы в областях клинической феноменологии и генетики этих двух состояний. В частности, были установлены различия в клинических проявлениях, аутизм был отмечен глубокими нарушениями в социальной сфере и более ранним началом по сравнению с шизофренией. Также стало очевидно, что аутизм является строго генетически обусловленным расстройством, отличным от шизофрении.

Первоначально было установлено, что аутизм имеет довольно неблагоприятный исход. Это было обусловлено результатами наиболее ранних исследований, которые показывали, что около двух третей индивидов с этим расстройством, достигнув взрослого возраста, требуют стационарной помощи (1, 2). Ранние подходы к лечению центрировались на психотерапии (часто в детско-родительском формате), однако впоследствии произошло постепенное смещение, поскольку практика показала, что структурированные поведенческие и образовательные подходы приводили к лучшим исходам, равно как ранняя диагностика и вмешательство. Все более очевидно, что внимание со стороны обществу, раннее вмешательство и выбор наиболее эффективного способа ведения имеют наибольшее влияние на исход этого состояния (1).

## ИСХОДЫ АУТИЗМА

Существуют доказательные данные в пользу того, что ядерные симптомы аутизма в некоторой степени ослабевают к подростковому и раннему взрослому возрасту (3), и наиболее часто это проявляется улучшением коммуникативных навыков. Нарушения в социальной сфере и повторяющиеся формы поведения имеют тенденцию к сохранению во взрослом возрасте. Более того, улучшения наблюдаются не все у всех индивидов. Большой редкостью является ситуация, когда эти улучшения достигают степени, при которой состояние перестает удовлетворять диагностическим критериям расстройств аутистического спектра (РАС) (1–3).

Что касается нейропсихологического функционирования, то коэффициент интеллекта (КИ, IQ) с течением времени обычно остается неизменным. Взрослые, страдающие аутизмом, как правило, имеют широкий круг нейропсихологических проблем, включая трудности в сфере социального познания, памяти, исполнительных функций и координации движений, что может оказывать влияние на их способность справляться со всеми сложностями, связанными с независимостью взрослого человека (4).

В плане функциональных исходов и повседневной жизни, ранние исследования индивидов, рожденных в 1970-х гг и ранее, последовательно указывали на крайне неблагоприятный исход во взрослом возрасте у большинства обследованных (3, 5, 6). Лишь небольшая часть взрослых жила отдельно, большинство же оста-

вались зависимыми от семьи. Аналогичным образом, меньшая часть были трудоустроены или посещали колледж. Доля взрослых с аутизмом, чей исход был благоприятным, составляла от 15 до 44 % в разных исследованиях (3, 5). Было установлено, что ранние коммуникативные навыки и уровень когнитивного функционирования являются наиболее сильными предикторами исхода, и те индивиды, чей IQ был выше 70, имели наибольшую вероятность отдельного проживания. Существуют некоторые данные о том, что исход сопряжен с количеством социальной поддержки, доступной индивиду (7).

Более поздние исследования продемонстрировали менее мрачную картину. Farley et al (8) установили, что исходы по сравнению с более ранними оценками улучшились, поскольку половина их выборки имели «хороший» и «очень хороший» общий исход. Аналогично, Eaves и Ho (9) показали, что около половины представителей их выборки имели «удовлетворительный» или «хороший» исход, при том, что другая половина продемонстрировала «неудовлетворительный». Ни у кого из обследованных исход не был расценен как «крайне неудовлетворительный». Авторы связывают это улучшение с прогрессом ранней диагностики и вмешательства в последние годы. Тем не менее, учитывая, что 50 % индивидов с аутизмом все-таки имеют неудовлетворительный исход, очевидно, дополнительные поддерживающие мероприятия и вмешательства необходимы для дальнейшего улучшения качества жизни взрослых людей с аутизмом.

Исходы с учетом социального функционирования показывают, что сложности формирования и поддержания дружеских отношений сохраняются у таких пациентов и во взрослом возрасте. Было установлено, что не более 25 % взрослых с РАС имеют настоящие дружеские взаимоотношения (6, 10). К предикторам участия в социальных формах активности во взрослом возрасте относятся более высокая степень независимости в повседневной жизни, более развитые навыки социализации и большие объемы получаемой помощи. Преследование со стороны сверстников может также сохранять актуальность у взрослых с РАС (11). Несмотря на нормальное развитие сексуального функционирования, социальные аспекты управления сексуальными отношениями и понимания правильного сексуального поведения представляют проблему для многих из них в раннем взрослом возрасте. Нарушения в сфере социального познания и склонность к ригидности в поведении или к навязчивым интересам могут также приводить к правовым проблемам (например, неспособность считаться с авторитетами, неподобающее поведение он-лайн, stalking). Детальное обучение молодежи этим аспектам является важным для понимания ими последствий своих действий. Образовательная работа со службами немедленного реагирования – также чрезвычайно важный момент, обеспечивающий правильное понимание подобного поведения.

Выявление аутизма и тяжелой социальной уязвимости среди более когнитивно сохранных индивидов было отражено путем включения синдрома Аспергера в DSM-IV и МКБ-10. Все больше индивидов как с син-

дромом Аспергера, так и с высокофункциональным аутизмом, стремятся к более высокому уровню образования и профессиональной подготовки, хотя социальная и обучающая поддержка часто является недостаточной. Разные страны существенно отличаются между собой по уровню возможностей адаптации людей с такими нарушениями как при аутизме.

### **ВОПРОСЫ ДИАГНОЗА И КОМОРБИДНОСТИ**

Наиболее ранние подходы к диагностике фокусировались на аутизме у маленьких детей. Со временем стала очевидной потребность в подходе, подразумевающем взгляд с перспективы развития на всем протяжении жизни, что нашло отражение, например, в DSM-III-R и особенно в МКБ-10 и DSM-IV. Более широкое понимание фенотипа аутизма, а также интеллектуально сохранных индивидов с тяжелыми затруднениями социального функционирования (например, с синдромом Аспергера), привело к постановке важных диагностических вопросов, которые остаются темой для дискуссии и в настоящее время представлены в подходе, предлагаемом DSM-V. Время покажет, каким образом это повлияет на диагностику.

Наличие такого хронического состояния, как аутизм, может predispose к другим проблемам (11). Доступная на данный момент литература позволяет говорить о повышении частоты возникновения ряда клинических проблем взрослого возраста, в том числе тревоги и депрессии (каждая из которых может отвечать на разные средства терапевтического воздействия). Недостаток литературы по терапии в этой возрастной группе и вообще недостаток исследований аутизма в подростковом и взрослом возрасте остается существенным препятствием на пути к пониманию того, какие вмешательства являются наилучшими.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

За последние несколько десятилетий исход при аутизме значительно улучшился, что, по-видимому, является отражением множества факторов, включая ранние вмешательства и успехи терапии. В то же время, многие взрослые люди, даже проживая отдельно, нуждаются в некоторой поддержке, а недостаток исследований терапевтических вмешательств и доступных служб ограничивает наши знания об этой популяции.

Часто имеет место значительный разрыв между когнитивными возможностями и способностью к их при-

менению в условиях «реального мира». Этот разрыв между интеллектуальной функцией и адаптивными навыками может быть весьма существенным и являться одним из факторов, predisposing пациентов к другим психическим нарушениям. Многие индивиды в настоящее время посещают колледж или профессиональные училища, но могут страдать от социальной изоляции и коммуникативных проблем, которые также повышают риск тревоги и депрессии.

Исследования и обеспечение помощи в этой сфере остаются крайне приоритетным направлением (11).

### **Библиография**

1. Volkmar F, Wiesner L. A practical guide to autism. Hoboken: Wiley, 2009.
2. Howlin P, Goode S, Hutton J et al. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 2004; 45:212-29.
3. Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L et al. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2004;10:234-47.
4. Brereton AV, Tonge BJ. Autism and related disorders in adults. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:483-7.
5. Howlin P. Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism* 2000;4:63-83.
6. Renty JO, Roeyers H. Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder: the predictive value of disability and support characteristics. *Autism* 2006;10:511-24.
7. Farley MA, McMahon WM, Fombonne E et al. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Res* 2009;2:109-18.
8. Eaves LC. Young adult outcome of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2008;38:739.
9. Orsmond G, Krauss M, Seltzer M. Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *J Autism Dev Disord* 2004;34:245-56.
10. Shtayermman O. Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's syndrome: a link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2007;30:87-107.
11. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl* 2011;52:647-60.

DOI 10.1002/wps.20020

# Аутизм как основной клинический признак шизофрении

Переводчик: Басова А.Я.  
Редактор: Алфимов П.В.

В статье, опубликованной в журнале *World Psychiatry* в июне 2012, J. Parnas обратил внимание на фундаментальные расстройства, возникающие у пациентов еще до манифестации шизофрении (1). Автор сослался на МКБ-8, в которой личностная дезорганизация расценивались как основной клинический маркер шизофрении. Эта концепция сохранилась и в МКБ-9, где в ключевые признаки вошли также расстройства воли (инерция и негативизм).

В редакционной статье в том же номере (2) М. Май призвал к продолжению исследований в рамках гештальт-подхода J. Parnas для выявления основного расстройства при шизофрении. Этот диалог сразу напомнил мне работу другого датского психиатра - Е. Деин (1922-1975).

В 1950 году Е. Деин последовательно исследовал пациентов с расстройствами шизофренического спектра (3). Он дал определение аутизму как "постоянному и социально значимому отклонению в межличностных отношениях, характеризующемуся всепоглощающим стремлением сохранить ненормально большую отдаленность от других людей, принять пассивную роль в отношениях с ними и быть эмоционально равнодушным к ним" (4). Он обнаружил, что 109 из 142 пациентов с хронической шизофренией страдали аутизмом еще до начала своей болезни. Причем из 52 пациентов с приступообразным течением шизофрении (вероятно с шизоаффективным расстройством) аутизм наблюдался только у одного (3). Результаты Е. Деин подтвердили наблюдения Е. Краерлин о том, что аутизм является ключевым клиническим маркером шизофрении. Гештальт-подход, предложенный J. Parnas является большим вкладом в эту концепцию.

Во время проведения контрольного исследования шкал депрессии и мании (5), Е. Деин поделился со мной наблюдением о том, что самый тяжелый случай отсутствия контакта с окружающими он наблюдал у больного с маниакально-депрессивным психозом. Однако при этом заболевании аутизм не проявляется вне обострений, в отличие от шизофрении, где он представляет собой характерологическую особенность (4).

В своей редакционной статье, М. Май также делает несколько замечаний по поводу сложности практического использования модели J. Parnas. Одна из них заключается в том, что этот метод, возможно, очень надежен в руках специально подготовленного ученого, но крайне непостоянен в обычной клинической практике (2). В этой связи высказывания Е. Деин дублируют

слова М. Май (4): "Действительно, способность психиатров воспринимать тончайшие оттенки контакта с больным значительно варьируется. Возможно, естественное желание установить контакт может заставить многих психиатров переоценить их отношения с пациентом. В любом случае непозволительно, чтобы такой значимый критерий для диагностики шизофрении как аутизм столь сильно зависел от личности психиатра, и это действительно может стать проблемой, если его опыт и компетентность сыграют доминирующую роль в клинической дискуссии".

Е. Деин также утверждает, что "при выявлении аутизма... психиатр должен... попытаться закрыть глаза на другие симптомы, например, такие как нарушения мышления, транзитивизм, бред или галлюцинации; эти симптомы иногда столь явно свидетельствуют о шизофрении, что врач может заранее оказаться убежденным в наличии аутизма" (4). Перед тем, как закрыть глаза психиатров эпохи DSM-IV на симптомы первого ранга по К. Schneider, для того, чтобы сосредоточиться на основном расстройстве при шизофрении, М. Май (6) делает заключение о том, что концепция аутизма, как ее вновь рассмотрел J. Parnas (7), заслуживает внимания. Мы считаем, что эта идея должна стать темой для обсуждения в журнале.

**Per Bech**

*Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, University of Copenhagen, Dyrehavevej 48, DK-3400 Hillerød, Denmark (Дания)*

## Библиография

1. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
2. Maj M. The self and schizophrenia: some open issues. *World Psychiatry* 2012;11:65-6.
3. Dein E. Personlighedstyper ved skizofreni og skizofreniforme psykoser. *Nordic J Psychiatry* 1964;18:88-105.
4. Dein E. On the concept of autism. *Acta Psychiatr Scand* 1966;191:124-35.
5. Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley Blackwell, 2012.
6. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
7. Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. *Compr Psychiatry* 1991;32:7-21.

DOI 10.1002/wps.20021

# Переход от получения образования к самостоятельной практике: о том, как складывается карьера молодых психиатров из 35 стран

Переводчик: Басова А.Я.  
Редактор: Алфимов П.В.

Переход от получения образования к самостоятельной практике является важным шагом в профессиональном развитии каждого психиатра. Именно в этот период многие врачи выбирают узкую специализацию, что, следовательно, оказывает большое влияние как на индивидуальный карьерный рост, так и на наличие специалистов в различных областях психиатрии.

Несмотря на важность этого периода профессионального развития, он остается относительно малоизученным (1). В соответствии с целью WPA "содействовать раннему профессиональному становлению психиатров во всем мире" (2), члены Совета молодых психиатров WPA (WPA Early Career Psychiatrists Council - ECPC), зона Европа I, провели опрос с целью более подробного исследования этого периода (3).

Нами был разработан и размещен в Интернете опросник из 27-пунктов, охватывающий: а) факторы, влияющие на выбор специализации по психиатрии и места работы; б) наличие рабочих мест; в) возможности для дальнейшего обучения и выбора наставника в этот период.

Всем 60 членам Совета было предложено участвовать в исследовании в качестве специалистов по изучаемой ситуации в своих странах. В опросе приняли участие сорок членов Совета, представляющих 35 стран с пяти континентов, в результате чего доля ответивших составила 66% от общего числа опрошенных.

По полученным данным выбор карьеры сильно или очень сильно зависит от личностных факторов, таких как ожидаемый уровень зарплаты (30/40), личные интересы (29/40), совместимость с личной жизнью (27/40) и значительно меньше от внешних факторов, таких как социальные ожидания (13/40) и политическая среда (10/40). Удивительно, что в трех странах на выбор карьеры сильно влияют гендерные различия. Кроме того, шесть из 40 респондентов сообщили, что в их странах выбор практики определялся не самими психиатрами, а "кем-то другим". В 12 странах повышенная заработная плата и возможность дальнейшей обучения использовались в качестве стимулов к привлечению психиатров в регионы с недостаточно развитой психиатрической помощью.

Угроза безработицы сразу после получения психиатрической специализации оценивалась практически всеми экспертами (37/40) как маловероятная либо как крайне маловероятная. Однако более половины (21/40) опрошенных заявили о том, что им было трудно или очень трудно получить желаемую работу. В качестве привлекательных вариантов карьеры наиболее часто рассматривались позиции в университетских клиниках и в частной психиатрической практике. При этом возможность получить работу в университетских клиниках была довольно низкой или низкой в 21 из 40 стран мира. Кроме того, 14 из 40 представителей сообщили, что в их стране было невозможно сразу же после завершения обучения заняться частной практикой. В качестве сдерживающих факторов были описаны установленные правительствами ограничения возможных профессиональных позиций и определенный срок обязательной работы в государственном секторе (в одной стране до девяти лет).

Среди молодых психиатров переходный период между завершением получения специальности и само-

стоятельной практикой часто ассоциируется с высоким уровнем стресса, тревогой, и трудностями при лечении пациентов (4), однако опрос показал, что молодые специалисты не получают никакой специфической поддержки в этот период. Только восемь из 40 респондентов сообщили о специальном обучении навыкам работы в «реальном мире», например, руководству или управлению. 19 опрошенных рассказали, что в их стране во время обучения психиатрии они могли обратиться к своему учителю, однако в первые годы работы в качестве специалиста их число сократилось до 11.

Нам представляется, что переход от теоретической подготовки к самостоятельной клинической практике должен рассматриваться как сложная задача и ключевой шаг в освоении нашей профессии. Он заслуживает как самооценки молодыми психиатрами, так и поддержки со стороны психиатрических профессиональных ассоциаций. Для этого периода необходимо разработать специфические программы обучения. Кроме того, мы считаем, что не введение ограничений, а стимулирующие меры являются гораздо более адекватным способом привлечь молодых психиатров в недостаточно охваченные системой здравоохранения регионы их страны или малопопулярные области психиатрии (5). Хотя такие ограничения могут сработать на короткий период, в долгосрочной перспективе они могут привести к перегрузке врачей-психиатров одной узкой специализации и кадровому дефициту в общем.

**Florian Riese<sup>1</sup>, Clare Oakley<sup>2</sup>, Marie Bendix<sup>3</sup>, Piirika Piir<sup>4</sup>, Andrea Fiorillo<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland (Швейцария)

<sup>2</sup>Institute of Psychiatry, King's College, London, UK (Великобритания)

<sup>3</sup>Psychiatric Clinic Southwest, Karolinska University Hospital Huddinge, Stockholm, Sweden (Швеция)

<sup>4</sup>Psychiatry Clinic, University of Tartu, Estonia (Эстония)

<sup>5</sup>Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy (Италия)

## Библиография

1. Riese F, Salvi V, O'Leary P et al. Not quite there yet? The transition from psychiatric training to practice as a psychiatric specialist. In: Fiorillo A, Callies I, Sass H (eds). How to succeed in psychiatry — a guide to training and practice. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012:147-60.
2. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2011;10:161-4.
3. Fiorillo A, Bramhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. World Psychiatry 2011;10:159.
4. Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ et al. Psychiatrists' transition from training to career: stress and mastery. Am J Psychiatry 1980;137:32-6.
5. Gunther OH, Kurstein B, Riedel-Heller SG et al. The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. Health Serv Res 2010;45:212-29.

DOI 10.1002/wps.20022

## Мобильная телепсихиатрия в Индии

Переводчик: Басова А.Я.

Редактор: Алфимов П.В.

Было интересно прочитать статью В. Grady (1) в *World Psychiatry* в октябре 2012 и провести параллели с нашим собственным опытом в предоставлении услуг телепсихиатрии в сельских районах Tamil Nadu в Индии.

Фонд исследования шизофрении (Schizophrenia Research Foundation - SCARF) начал экспериментировать с телепсихиатрией в 2005 г. Тогда это было частью программ психосоциальной помощи жертвам цунами. С тех пор телепсихиатрия развилась в полноценное средство помощи населению. Услуги первоначально предоставлялись через цифровую сеть с интеграцией служб (ISDN), а затем, с увеличением пропускной способности, мы перешли к широкополосной связи. В 2010 г при поддержке Tata Education Trust, мы расширили наш сервис, чтобы охватить район Pudukottai и впервые представили услуги телепсихиатрии на мобильной платформе.

Мобильная служба охватывает 156 села с населением около 300 000 человек. В настоящее время основное внимание уделяется больным с серьезными психическими расстройствами. По нашим оценкам в течение трех лет услугами мобильной телепсихиатрии воспользуется около 1000 человек.

Мобильная телепсихиатрическая служба SCARF устанавливается на специально построенный автобус, в котором есть помещение для приема пациентов и аптека. С помощью беспроводного подключения к Интернету в консультативном помещении пациент общается с психиатром, находящимся в Chennai, через телевизор с плоским экраном и встроенной камерой с высоким разрешением.

После телеконсультации, врач назначает необходимый препарат через сотрудника телепсихиатрической клиники, находящегося в автобусе. Назначается дата повторной консультации. Лекарства предоставляются бесплатно и выдаются пациентам в бортовой аптеке. Это является важным пунктом программы, учитывая относительно низкий достаток населения Индии, а также тот факт, что в сельских аптеках редко можно обнаружить психотропные препараты.

Каждый пациент получает на руки сведения о своем состоянии, которые обеспечивают преемственность медицинской помощи и обмен информацией между специалистами в области здравоохранения. В выписках подробно описан диагноз, назначения и любые необходимые исследования (такие, как ЭЭГ или анализ крови), которые пациент должен пройти самостоятельно.

Помимо телеконсультаций в рамках этой работы проводятся психосоциальные мероприятия, включая психобразовательные программы, осуществляемые местными медработниками для лиц, ухаживающих за больным. При этом упор делается на получении пациентом работы в рамках существующих правительственных программ и в частном секторе. Работа специалистов контролируется с помощью видеоконференций и периодических проверочных визитов.

Повышение осведомленности населения о психических болезнях является еще одним важным элементом программы. Недостаток понимания ведет к более позднему выявлению болезни и началу лечения и, тем самым, усугубляет стигматизацию пациента. Информационно-пропагандистские кампании ориентированы и на односельчан больного. Они включают в себя уличные спектакли, распространение плакатов и брошюр, а также показ фильмов о психических болезнях. Трансляции проводятся на экране телевизора, который установлен в задней части автобуса. Такие передачи создаются, чтобы информировать жителей сел о признаках психических расстройств. В фильме также объясняются процесс телепсихиатрии и цели программы.

Хотя программа в целом успешно продемонстрировала реальные возможности мобильной телепсихиатрической службы, основной ее задачей было обеспечение вовлеченности пациентов. Кроме того, эта программа еще раз подтвердила точку зрения В. Grady (1) о том, что телепсихиатрия скорее перераспределяет ресурсы, чем создает дополнительные возможности.

В целом, наш опыт был чрезвычайно положительным, что побуждает расширить рамки программы. Представляется крайне выгодным интеграция этого проекта в окружные программы психического здоровья, особенно в отдаленных районах. Учитывая последние достижения в области телекоммуникаций в Индии, это идеальное время для использования огромного потенциала телепсихиатрии.

**Rangaswamy Thara, John Sujit**

*Schizophrenia Research Foundation, Chennai, India  
(Индия)*

### Библиография

1. Grady B. Promises and limitations of telepsychiatry in rural adult mental health care. *World Psychiatry* 2012;11: 199-201.

DOI 10.1002/wps.20025

# Характеристика, содержание, эффективность и значение веб-сайта ВПА (www.wpanet.org)

## Levent Küey

Генеральный секретарь ВПА  
и редактор веб-сайта ВПА

Переводчик: Басова А.А.  
Редактор: Алфимов П.В.

WPA планомерно улучшает свой имидж и индивидуальность в соответствии с проектом развития на 2008-2011 и 2011-2014 гг. Важную роль в этом процессе играет официальный сайт WPA, а также другие издания ассоциации – новости, официальные (в т.ч. электронные) бюллетени.

С 2008 года все медиа-ресурсы WPA были модифицированы с целью достижения соответствия внешнего вида с их содержанием. Основными принципами изменений стали простота и элегантность. Для того, чтобы поднять эффективность как на межорганизационном уровне, так и внутри самой ассоциации, а также для адекватного отражения работы всех подразделений WPA объем информации в электронных изданиях был увеличен. Производилась регулярная рассылка просьб о предоставлении информации подразделениями, а все полученные сообщения после редактирования и утверждения были опубликованы. Генеральный секретарь WPA, являющийся также редактором всех изданий WPA, в сотрудничестве с членами исполнительного комитета и сотрудниками секретариата WPA контролировал этот процесс. В данной статье рассматриваются основные характеристики, содержание, эффективность и результативность сайта WPA.

Обновление сайта WPA, сопровождавшееся сменой веб-мастера и серверов, началось в начале 2009 г и завершилось только в текущем году. Работа была направлена на повышение глобальной роли сайта, для этого было пересмотрено его содержание, инфраструктура, дизайн и техническое обслуживание. После всестороннего обсуждения в исполнительном комитете ВПА (2008-2011) и с ИТ-персоналом, ответственным за техническое администрирование сайта, повышение его читаемости, удобство использования и эффективность, сайт был полностью реконструирован и открыт 12 апреля 2010.

## Структура сайта

Целями изменения структуры и содержания сайта WPA стали обес-

печение удобным просмотром для пользователей, простотой в управлении для веб-мастера и редактора, а также повышение качества материалов и их оформления, что было возможно благодаря хорошо развитой инфраструктуре.

Веб-сайт открыт для всех – в нем нет разделов, закрытых паролем, что способствует прозрачности и доступности деятельности WPA в целом. Кроме того, это позволяет специалистам в области психического здоровья и непрофессионалам со всего мира изучать образовательные материалы в области психиатрии на иностранных языках.

Объем материала на главной странице было уменьшено и/или скрыто для того, чтобы пользователю было легче проследить за информацией. Содержание стало более систематизированным и категоризированным. Эти изменения помогают читателям анализировать заголовки и находить приоритетную информацию согласно своим интересам.

Для удобства были разработаны системы боковой навигации и меню. Ориентировка на сайте осуществляется с помощью т.н. «хлебных крошек» - иерархической навигационной цепочки, которая дает пользователям возможность отслеживать свое местоположение во время просмотра программ или документов.

Инфраструктура сайта категоризирована, а база данных динамически кодируется для управления любым содержимым сайта (статьями, событиями, файлами и проч.). Все страницы систематически кодируются и автоматически переводятся в формат гипертекста (HTML).

Также была создана система управления контентом, которая поддерживает классификацию последнего и позволяет создавать карту сайта. Изменения любых страниц и контента постоянно отражаются на их шаблонах, которые относительно легко модифицировать. В административной области используется визуальный редактор "WYSIWYG" («что видишь, то и получишь»), который позволяет уменьшить количество опечаток и подобных ошибок, а также с большей легкостью добавлять на страницу изображения, ссылки, файлы в форматах PDF и/или doc.

Интерактивные материалы на сайте были переименованы и загружены в соответствии с их позицией в основной системе навигации. Такая принцип расположения доку-

ментов обеспечивает удобное использование контента в пользовательской и административной зонах. Был разработан процесс загрузки новых материалов, и, таким образом, появилась возможность размещения интерактивных приложений, таких как видеозаписи, файлы и ссылки, защищенные паролем (при необходимости), и возможность получения доступа к этим приложениям после несложных шагов регистрации и т.д. Соответственно был разработан и добавлен новый модуль, поддерживающий видеоматериалы и презентации для раздела «Электронное обучение WPA».

## Содержание сайта

Содержание сайта позволяет оценить активность разных подразделений WPA. В настоящее время на нем размещено более 3500 файлов. На сайте публикуются все разделы официального журнала WPA World Psychiatry, образовательные материалы как для психиатров, так и для непрофессионалов, приводится информация о работе научных подразделений ассоциации, публикации результатов исследований, проведенных членами WPA, описания успешных экспериментов, дается своевременное оповещение о конгрессах в психиатрии и смежных дисциплинах. Кроме того на сайте можно найти сведения о деятельности секретариата WPA, информацию о структуре и работе комитетов WPA, ее нормативные документы.

На одном из наиболее посещаемых разделов сайта выкладывается журнал World Psychiatry. Психиатры со всего мира могут читать и свободно скачивать журнал не только на английском, но и на других языках. В настоящее время полнотекстовые публикации или рефераты доступны на испанском, китайском, русском, французском, арабском, турецком, японском, польском, румынском и итальянском языках.

В 2010 г была разработана и запущена электронная обучающая программа WPA, включающая видеоматериалы, серии слайдов актуальных научных лекций и презентаций с конгрессов WPA, начиная с 2009 г (Международный конгресс WPA, Флоренция). В настоящее время выложены 33 видеолекции, синхронизированные с ppt-презентациями. Также на сайте размещена онлайн-общественная образовательная программа, предоставляющая высококачественную и

Посетители	215 836
Просмотров	313 916
Страны/территории	209
Просмотров в день (в среднем)	348
Страниц за посещение (в среднем)	3,36
Заголовки страниц посетили (по крайней мере, один раз)	3134
Заголовки страниц просматривали	1 054 151

достоверную научную информацию по психическому здоровью для непрофессионалов.

Кроме того для просмотра и свободного скачивания на сайте доступны и другие образовательные материалы, включая три набора слайдов, составленных на основании серий руководств WPA, касающихся выявления, эпидемиологии, патогенеза, культуральных аспектов, стоимости лечения и ведения депрессии с коморбидной соматической патологией (сахарный диабет, болезни сердечно-сосудистой системы и онкологические заболевания –1-3). Эти материалы доступны не только на английском, но и на 17 других языках (английском, французском, португальском, испанском, итальянском, эстонском, хорватском, немецком, шведском, азербайджанском, боснийском, румынском, чешском, русском, индонезийском, бенгальском и японском). Также на сайте помещены выпущенные WPA (4, 5) обучающий модуль и два набора слайдов, рассматривающих соматические заболевания у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами.

На сайте также находятся некоторые основные документы, направленные на улучшение этических и научных стандартов качества нашей профессии: Мадридская декларация по этическим стандартам (с изменениями, внесенными Генеральной Ассамблеей WPA 21 сентября 2011 г; Буэнос-Айрес); предлагаемая WPA модель образования в области психиатрии и психического здоровья для студентов и аспирантов; рекомендации по сотрудничеству психиатров с организациями здравоохранения, работающих в сфере психиатрии и фармацевтической промышленности (6); рекомендации по наиболее передовым алгоритмам работы с пациентами и членами их семей (7); основные документы WPA по реализации психиатрической помощи (8); рекомендации по борьбе со стигматизацией психиатрии и психиатров (9); информация о психическом здоровье эмигрантов (10); материалы по укреплению психического здоровья детей, родители которых страдают тяжелыми психическими расстройствами (11) и др.

### **Производительность сайта**

Производительность сайта, которым широко пользуются во всем мире, периодически подвергается тщательному анализу. Здесь мы приводим производительность сайта с момента его опубликования в период с 12 апреля 2010 по 12 октября 2012 года. Как показано в таблице 1, за эти 2,5 года на сайт WPA зашли более 200 000 человек, что составило более 300 000 посещений. Вход осуществлялся из 209 стран, что, практически, охватывает весь мир. Учитывая, что число стран, в которых имеются национальные представительства WPA составляет 117, это означает, что, благодаря сайту, распространение WPA превзошло его организационные ограничения.

Сайт постоянно посещают новые пользователи, их доля составляет до 69%. Это отражает тот факт, что 68% посетителей сайта попадают на него через поисковые системы, 17% по ссылкам с других сайтов и 15% - напрямую.

### **Авторитетность сайта**

Одним из широко используемых критериев для оценки авторитетности сайта является "PageRank Check", бесплатная услуга, предоставляемая Google. Значение PageRank указывает на важность конкретного сайта/страницы. PageRank отражает объективный показатель цитируемости сайта, он также вполне соответствует субъективной оценке авторитетности сайта/страницы у пользователей. В настоящее время рейтинг страницы сайта WPA является 7/10 (то есть, PageRank составляет 7 из 10 возможных баллов), что указывает на большую авторитетность сайта по сравнению со многими другими подобными ресурсами.

Как редактор и Генеральный секретарь WPA, автор данной статьи в сотрудничестве с членами исполнительного комитета WPA 2008-2011 и 2011-2014 гг, а также с бывшими и нынешними сотрудниками секретариата (Anna Engström, Francesca Sotgiu и Pamela Atiase, ИТ-сотрудником из агентства в Стамбуле Saglik Bahcesi) способствовал процессу усовершенствования сайта. Энтузиазм, поддержка и умелые отлаженные

действия всего коллектива получили высокую оценку.

Таким образом, сайт представляет собой гибкую живую платформу, постоянно работая над которой, мы можем непрерывно ее улучшать. Мы надеемся, что и в дальнейшем пользователи сайта WPA своим участием и комментариями помогут нам повышать его качество.

### **Библиография**

1. Katon W, Maj M, Sartorius N. Depression and diabetes. Chichester: Wiley, 2010.
2. Glassman A, Maj M, Sartorius N. Depression and heart disease. Chichester: Wiley, 2011.
3. Kissane DW, Maj M, Sartorius N. Depression and cancer. Chichester: Wiley, 2011.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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;10:229-37.
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. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9: 131-44.
10. 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.
11. 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.

DOI 10.1002/wps.20023

# Сотрудничество Всемирной психиатрической ассоциации со Всемирной организацией здравоохранения в разработке главы по психическим расстройствам в МКБ-11

**P. Bucci**

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

Перевод: Алфимов П.В.  
Редактура: Карпенко О.А..

Разработка 11-го пересмотра Международной классификации болезней (МКБ) продолжается. Ожидается, что диагностическая система выйдет в свет в 2015 году. ВПА оказывает существенную поддержку Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в создании главы по психическим расстройствам.

Экс-президент ВПА, М. Мај, член Консультативной группы по подготовке МКБ-10, в этот раз является председателем Рабочей группы по аффективным и тревожным расстройствам. Ряд специалистов ВПА были назначены руководителями рабочих групп по разным темам МКБ-11, среди них: W. Gaebel (рабочая группа по психотическим расстройствам), P. Tuger (ведущий разработчик раздела расстройств личности), L. Salvador-Carulla (рабочая группа по вопросам умственной отсталости), O. Gureje (председатель группы по соматическому дистрессу и диссоциативным расстройствам) и D. Stein (обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства).

Общества членов ВПА (WPA Member Societies) были задействованы в масштабном исследовании ВПА под эгидой ВОЗ, посвященном сбору мнений о классификации психических заболеваний [1]. В этом исследовании участвовало 4887 психиатров, использующих в своей ежедневной практике официальную международную классификацию. Учитывалась частота обращения к МКБ-10, наиболее распространенные диагнозы, используемые специалистами. Собирались мнения о роли классификации в практике, необходимости применения строгих критериев (по сравнению с руководствами, имеющими описательный характер), мнения о том, как объединить тяжесть заболевания и функциональный статус в классификации, о необходимости использования дименсиональ-

ных компонентов, а также мнения о культуральной приемлемости текущих мировых классификаций и применимости диагностических категорий МКБ-10. Результаты этого исследования на данный момент используются для усовершенствования главы МКБ-11 по психическим заболеваниям.

Ряд экспертов и практикующих врачей, являющихся членами ВПА, привлечены и (или) привлекаются к исследованиям, а также к адаптации или переводам разделов МКБ-11 в рамках ее разработки. ВПА активно поддерживает процесс гармонизации между МКБ-11 и DSM-V.

В рамках 15-го Всемирного конгресса по психиатрии, проведенного в Буэнос Айресе (Аргентина, сентябрь 2011 г.), был проведен ряд симпозиумов, посвященных разработке МКБ-11, включая специальный симпозиум «Разработка классификации МКБ-11 по психическим расстройствам: тематические исследования и глобальные перспективы» с участием ведущего эксперта, проф. G. Reed.

В журнале World Psychiatry, одном из основных информационных источников для международного психиатрического сообщества, постоянно публикуются обновленные данные по разработке МКБ-11. В специальной статье [2], опубликованной Международной консультативной группой по МКБ-11, в обобщенном виде представлена «философия» всего процесса разработки. Опубликован первый доклад Рабочей группы по вопросам умственной отсталости [3], а также обзор фактов и предложений для МКБ-11 по расстройствам приема пищи и кормления [4]. Ряд статей, подготовленных Рабочей группой по аффективным и тревожным расстройствам, были объединены в отдельное приложение к журналу [5]. Большой материал по теме представлен в предыдущих выпусках журнала [6-25]. Все перечисленные публикации доступны на сайте ВПА ([www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)).

## Библиография

1. 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.

2. 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.
3. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/ intellectual disability" in ICD-11. World Psychiatry 2011;10:175-80.
4. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. World Psychiatry 2012;11:80-92.
5. Maj M, Reed GM (eds). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. World Psychiatry 2012;11 (Suppl.1).
6. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.
7. Widiger TA. Personality and psychopathology. World Psychiatry 2011;10:103-6.
8. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. World Psychiatry 2011; 10:181-6.
9. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". World Psychiatry 2011; 10:226-8.
10. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry 2011;10:11-8.
11. Owen MJ. Is there a schizophrenia to diagnose? World Psychiatry 2011; 10:34-5.
12. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology. World Psychiatry 2011;10:107-8.
13. Links PS. Personality and psychopathology: the dangers of premature closure. World Psychiatry 2011;10:109-10.
14. Torgersen S. Personality may be psychopathology, and vice versa. World Psychiatry 2011;10:112-3.
15. Zimmerman M. Broadening the concept of bipolar disorder: what should be done in the face of uncertainty? World Psychiatry 2011;10:188-9.

16. Frank E. Bipolar spectrum: has its time come? *World Psychiatry* 2011; 10:193-4.
17. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
18. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
19. 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.
20. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
21. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11: 67-9.
22. Carlson GA. Differential diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents. *World Psychiatry* 2012;11:46-52.
23. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. *World Psychiatry* 2012;11:172-80.
24. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Psychiatry* 2012;11: 24-5.
25. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. *World Psychiatry* 2012;11:22-3.

(DOI 10.1002/wps.20024)

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**

