

# Управление кризисными ситуациями плюс (pm+): пилотное исследование ВОЗ трансдиагностического психологического вмешательства у пострадавших в вооруженном конфликте в Пакистане

Последствия вооруженных конфликтов и стихийных бедствий для психического здоровья являются существенными и широко распространенными [1,2]. Существует острая необходимость вмешательства со стороны работников, не являющихся специалистами, которые могут решить целый ряд проблем, связанных с психическим здоровьем [3]. Управление кризисными ситуациями плюс (PM+) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) представляет собой краткосрочное трансдиагностическое психологическое вмешательство, использующее доказанные стратегии разрешения проблем, методы поведенческой активации, укрепления социальной поддержки и управления стрессом [4].

Мы адаптировали индивидуальной формат терапии этого вмешательства для пострадавших от вооруженного конфликта в Пешаваре, в Пакистане. Терапия состояла из пяти очных сессий, её ключевой особенностью являлась широкая доступность, поскольку может проводиться не только специалистами, но и неспециалистами, под руководством профессионалов. Мы использовали преемственную модель обучения (на рабочем месте) и контроля неспециалистов [5], которая включала первоначальную 6-дневную программу подготовки с основным тренером, местным специалистом в сфере психического здоровья, который, в свою очередь, предоставляет 8-дневную программу обучения с шестью неспециалистами. Подготовка и супервизоров

и неспециалистов также включала четыре недели практики под наблюдением местных инструкторов. Сами местные тренеры проходили супервизию с помощью аудио связи с главным тренером в течение 3-х недель, улучшая свои навыки, как в процессе интервенций, так и в процессе обучения и супервизии. Компетентность всех неспециалистов оценивалась независимыми экспертами, с использованием рейтингового инструмента, оценивающего основные навыки оказания помощи с использованием стратегии PM+ посредством наблюдения за специально разработанными ролевыми играми. Компетентность оценивалась по 5-балльной шкале. В общей сложности, четыре балла из шести соответствовали необходимому уровню компетентности по основным навыкам оказания помощи, а пять баллов из шести указывало на достижение необходимой квалификации стратегии PM+. После дополнительного обучения и супервизии все неспециалисты продемонстрировали компетентные знания в необходимых навыках.

Мы провели пилотное, слепое, рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) в Пешаваре для изучения возможности и приемлемости вмешательства. PM+ сравнивался с усовершенствованным методом лечения, которое обычно проводится врачом первой помощи, прошедшим однодневную начальную подготовку лечения распространенных психических расстройств. Исследование проводилось с марта по

май 2014 года в двух центрах первичной медицинской помощи в Gulbahar Union Council, в пригородной местности с низким уровнем дохода в районе Пешаваре. Участниками были лица, обратившиеся за первой помощью в возрасте 18 лет или выше, направленные для скрининга врачом первой помощи. Отбор проводился подготовленными членами исследовательской группы, после получения информированного согласия у лиц с признаками ухудшения и дистресса. Приглашенные участники набрали: а) 2 или более баллов по опроснику общего состояния здоровья (GHQ-12) [6], 12-пунктной анкеты, оценивающей общий психологический дистресс по 4-х балльной шкале в диапазоне от 0 до 3, рассчитываемый бимодальным образом и использующийся в качестве скринингового метода (возможный диапазон 0-12), и б) 17 баллов или выше по шкале нетрудоспособности ВОЗ (WHODAS 2.0) [7], и скринингу функциональных нарушений, состоящего из 12 пунктов, при оценке в диапазоне от 1 до 5 (возможный диапазон 12-60). Мы исключили лиц с высоким риском совершения самоубийства, тяжелыми когнитивными нарушениями (например, тяжелой умственной отсталостью или деменцией) или с выраженным риском острой потребности / защиты (например, недавняя потеря мужа и его семьи). Мы также исключили людей, которые сообщили о пережитом серьезном травмирующем событии в течение прошлого месяца и лиц с тяжелыми психическими расстройствами (психотическими расстройствами, наркоманией). Лица, отвечающие критериям исключения, были направлены в специальные центры, в зависимости от их потребностей.

Этические согласования были получены в комиссии по рассмотрению этических вопросов в больнице леди Ридинг, Пешавар и этическом комитете ВОЗ. Также было получено одобрение от администрации местной службы оказания первичной медицинской помощи. Участники были опрошены после подписания добровольного согласия.

Из 1286 человек, осмотренных врачом в течение периода исследования, 94 были отобраны для скрининга, 85 из них соответствовали критериям исследования, 81 были доступны для обследования, и 60 согласились в нем участвовать. Рандомизация РМ+ вмешательства или расширенного лечения, как обычно, проводилась независимым исследователем, не участвующим в проекте, с использованием компьютерной программы по принципу 1:1, стратифицированному по полу. Девять из 60 (15%) человек выбыли из исследования, пятеро из них из экспериментальной группы и четверо из группы контроля. Группы были сопоставимы по основным демографическим и клиническим показателям.

Основной результат, оцениваемый независимым экспертом, был психологический дистресс, измеряемый GHQ-12 с общей суммой баллов по 12 пунктам (возможный диапазон 0-36). Другие результаты, измеряемые интервьюером, включали в себя: уровень функционирования, вычисляемый скрининговой версии WHODAS 2.0, состоящей из 12 пунктов и симптома посттравматического стресса по опроснику для оценки ПТСР для DSM-5 (PCL-5) [8]. Последний опросник представляет собой список из 20 пунктов, соответствующих двадцати симптомам ПТСР в DSM-5, наблюдающихся в течение последней недели и оценивающий каждый пункт от 0 до 4 баллов (возможный диапазон 0-80).

Вмешательство показало высокий уровень востребованности с завершением всех сессий в 22/30 (73%) случаев. Результаты терапевтического вмешательства обнаружили улучшение показателей функционирования (по WHODAS 2.0 число баллов сократилось с  $17,7 \pm 9,2$  до  $6,6 \pm 6,1$  против  $17,0 \pm 10,5$  до  $11,3 \pm 10,4$  в контрольной группе) и уменьшение симптомов посттравматического стресса (по PCL-5 число баллов сократи-

лось с  $34,2 \pm 20,1$  до  $9,8 \pm 9,1$  против  $32,3 \pm 17,1$  до  $19,5 \pm 18,5$  в контрольной группе). Из-за неравномерного распределения и неоднородной дисперсии полученных переменных была проведена логарифмическая регрессия. После корректировки исходных результатов, было обнаружено снижение на 90% в геометрическом значении в экспериментальной группе (95% CI: 90,4% - 91,7%,  $p=0,04$ ) по баллам WHODAS 2.0 и сокращение на 92% (95% CI: 91,2% - 92,3%,  $p=0,02$ ) по симптомам посттравматического стресса. Никаких существенных различий по GHQ-12 выявлено не было. Согласно качественной оценке подвыборки участников и персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь, мы обнаружили, что вмешательство было воспринято в качестве полезного и было успешно интегрировано в центры первичной медицинской помощи.

Поскольку это было экспериментальное исследование с небольшой выборкой, набранной специалистами первичной медицинской помощи, без проведения значительных расчетов, выводы и их обобщения требуют осторожного толкования. Тем не менее, успешное проведение исследования в сложных условиях, с достаточным количеством участников, низким уровнем отсева и сбалансированной рандомизацией доказывает возможность проведения РКИ в подобных условиях. Вмешательство, осуществляемое посредством неспециалистов без предшествующего опыта в сфере работы с психическим здоровьем, и обнадеживающие результаты, демонстрируют возможность выполнения задачи при изменении существующего подхода и согласовании с предыдущими сообщениями [9,10]. Результаты этого пилотного исследования должны содействовать дальнейшей адаптации этого нового, трансдиагностического психологического вмешательства и проведению крупномасштабных РКИ в дальнейшем [4].

Только авторы несут ответственность за мнения, высказанные в этой работе, которые не обязательно отражают взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны. Авторы благодарны M. Dherani и D. Wang за советы в области статистики. M. Van Ommeren и S. Ferooz являются авторами, последними присоединившимися к исследованию. Исследование финансировалось отделом по вопросам оказания помощи иностранным государствам в случае стихийных бедствий (Office of Foreign Disaster Assistance).

**Atif Rahman<sup>1,2</sup>, Naila Riaz<sup>3</sup>,**

**Katie S. Dawson<sup>4</sup>, Syed Usman Hamdani<sup>2</sup>,**

**Anna Chiumento<sup>1</sup>, Marit Sijbrandij<sup>5</sup>,**

**Fareed Minhas<sup>6</sup>, Richard A. Bryant<sup>4</sup>,**

**Khalid Saeed<sup>7</sup>, Mark van Ommeren<sup>8</sup>,**

**Saeed Ferooz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> University of Liverpool, Liverpool, UK;

<sup>2</sup> HumanDevelopmentResearchFoundation, Islamabad, Pakistan;

<sup>3</sup> Lady Reading Hospital, Peshawar, Pakistan;

<sup>4</sup> University of New South Wales, Sydney, Australia;

<sup>5</sup> VU University Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands;

<sup>6</sup> Institute of Psychiatry, Rawalpindi, Pakistan;

<sup>7</sup> Mental Health and Substance Abuse Unit, Regional Office for the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization, Cairo, Egypt;

<sup>8</sup> Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Кузнецова-Морева Е.А. (Москва)

(World Psychiatry 2016; 2: 182-183)

## Библиография

1. Steel Z, Chey T, Silove D et al. JAMA 2009;302:537-49.
2. Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. BMJ 2005;330:1160-1.
3. World Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme. Geneva: World Health Organization, 2008.
4. Dawson K, Bryant R, Harper M et al. World Psychiatry 2015;14:354-8.
5. Murray LK, Dorsey S, Bolton P et al. Int J Ment Health Syst 2011;5:30.
6. Goldberg DW. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson, 1988.
7. World Health Organization. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. Geneva: World Health Organization, 2010.
8. Weathers FW, Litz BT, Keane TM et al. The PTSD Checklist for DSM-5(PCL-5). www.ptsd.va.gov.
9. vanGinneken N, Tharyan P, Lewin S et al. Cochrane Database Syst Rev 2013;11:CD009149.
10. Rahman A, Fisher J, Bower P et al. Bull World Health Organ 2013;91:593-601.