

между критериями риска психоза и психическими расстройствами, большая часть последней критики подхода со стороны риска психоза³ отражает предубеждения и заблуждения в понимании эпидемиологических и клинических данных, а также не согласуется с современными доказательствами.

Frauke Schultze-Lutter^{1,2}, Joachim Klosterkötter³, Wolfgang Gaebel², Stefanie J. Schmidt^{1,3}

¹University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland; ²Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty, Heinrich-Heine University, Dusseldorf, Germany; ³Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Cologne, Germany

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2018;17(1):107-108)

Библиография

1. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. Eur Psychiatry 2015;30:405-16.
2. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. Eur Psychiatry 2015;30:388-404.
3. van Os J, Guloksuz S. World Psychiatry 2017;16:200-6.
4. Schultze-Lutter F, Michel C, Ruhrmann S et al. Psychol Med (in press).
5. Linscott RJ, van Os J. Psychol Med 2013;43:1133-49.
6. Schultze-Lutter F, Renner F, Paruch J et al. Psychopathology 2014;47:194-201.
7. Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US et al. J Clin Psychiatry 2002;63:126-34.
8. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS et al. Schizophr Bull 2009;35:383-402.
9. Michel C, Ruhrmann S, Klosterkötter J et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (in press).
10. Schultze-Lutter F, Theodoridou A. World Psychiatry 2017;16:104-5.

DOI:10.1002/wps.20498

Преодоление дихотомии цифрового здоровья на имеющееся и желаемое

Будущее цифрового здравоохранения видится светлым. Страсть к приложениям для смартфонов, виртуальной реальности, искусственному интеллекту, машинному обучению и многому другому в области здравоохранения больше не является узкоспециализированным интересом, а скорее массовым увлечением. От пациентских групп, создающих технологические решения для хронических заболеваний¹, до больших технологических компаний, таких как Google, входящих в цифровой рынок здравоохранения², цифровая медицина позволяет новым каналам и перспективам принять участие в улучшении здравоохранения. Но вместе с таким большим энтузиазмом и значительным количеством каналов в цифровом здравоохранении, оно может также быть не в состоянии отделить фактические намерения преуспеть от желаемых.

Попытка разграничить факты о цифровом здравоохранении от вымысла является несколько бессмысленной, принимая во внимание, что граница постоянно меняется с появлением новых изобретений. Пожалуй, будет более продуктивно рассмотреть спектр намерений цифрового здравоохранения: от уже имеющихся до желаемых. Здесь мы выделяем два простых фактора для облегчения принятия решения о том, где в данном спектре находятся эти намерения: а) целесообразность для целевой аудитории, б) поощрения, используемые для достижения какого-либо из заданных результатов.

При оценке любых намерений цифрового здравоохранения важно рассмотреть, совпадают ли общественные технологические требования для помощи с фактическими общественными требованиями. При поверхностном рассмотрении данного вопроса это звучит просто, но в эру краудсорсинговых интернет-исследований это растущая проблема. Одним из самых сложных аспектов классических клинических исследований является набор достаточного количества участников исследования. Интернет предлагает возможное решение этой проблемы, где реклама в Facebook или Craigslist может предложить сотни возможных участников, желающих поучаствовать в исследовании или опробовать новое приложение медицинского назначения³. Но кем являются эти «онлайн-лица», которых никогда не видела исследовательская команда?

В исследованиях психического здоровья была тенденция применять простые инструменты скрининга для диагностических критериев включения, например такие, как Опрос-

ник здоровья пациента-9 (Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9), никогда не предназначавшихся для диагностики⁴. Без подтверждения или исключения других физических или психических состояний становится гораздо проще присоединиться к онлайн-исследованию психического здоровья, даже если кто-то не имеет психического расстройства. Схожей проблемой является намерение цифрового здравоохранения, касающееся симптомов болезни, выявленных у тех, кто, возможно, не имеет заболевания. Что это значит – исследовать личные симптомы посттравматического стрессового расстройства у тех, кто, может быть, и не удовлетворяет диагностическим критериям этого расстройства⁵?

Пока имеется большая целесообразность в краудсорсинге или онлайн-исследованиях здоровья, а также в исследовании нетрадиционных показателей или классификациях заболеваний, важно осознавать отличия от классических исследований. В некоторых случаях онлайн-методы могут быть лучше традиционных исследований с личным контактом. Однако определение соответствия полученных результатов установленным определениям болезни является важным для принятия во внимание при решении о способности этих новых подходов действительно изменить к лучшему исходы пациентов в медицинских учреждениях. Новые подходы, создающие новые определения заболеваний и выделяющие новые группы риска по болезни, также являются важными, но их целебность требует дальнейших подтверждений и имеет меньшую практичность на сегодняшний день.

Другим фактором для рассмотрения при оценке намерений цифрового здравоохранения является роль поощрений для достижения этого результата. Опять же, на поверхности это звучит тривиально, но трудности в цифровой среде добавляют новые проблемы. Исследования в области цифрового здравоохранения дают принявшим в нем участие поощрения, которые могут быть новыми смартфонами, деньгами для использования устройств, дополнительными обучающими сессиями и др. Но что происходит, когда цифровая платформа для здравоохранения вступает в реальный мир, когда поощрения исчезают и когда нет внешнего интереса или внимания к пользованию кем-то этими технологиями? Последнее исследование приложения для мониторинга астмы сообщило, что хотя более 49 тыс. человек установили исследовательское приложение, лишь

175 (0,35%) были активно вовлечены в его использование в течение 6 мес⁵. Успешное исследование приложения для расстройства употребления алкоголя⁶ сообщило о меньшем успехе при дальнейшем развертывании без широкого ряда поощрений⁷.

Следовательно, понимание контекста и поощрений, используемых для получения положительного результата из новых мер цифрового здравоохранения, важно для решения о том, может ли эта мера быть применена в реальных текущих условиях или, если она является более желательной, внедрить ее с новыми ресурсами и усилиями, необходимыми для поддержания вовлеченности. Нельзя сказать, что результаты исследовательских проектов, которые поощряют участников, являются невалидными или нерелевантными, – напротив, они дают ценную информацию для понимания, что нужно для того, чтобы цифровое здравоохранение работало, и каким образом система здравоохранения должна развиваться для его поддержки. Но эти данные должны приниматься во внимание при решении о том, что возможно внедрить сейчас же, против того, что требуется еще не созданной поддерживающей базы.

Все исследования в области цифрового здравоохранения и намерения несут полезную информацию. Некоторые предлагают текущие решения для здравоохранения, которые следует применить сегодня же, а другие освещают возможности в будущем. Но все же стирание границ между необходимым и желаемым может иметь обратный эффект. Заявление о том, что желаемое цифровое здравоохранение готово для немедленного использования, может привести к негативным результатам и широкому разочарованию. В то же время оно может неожиданно привести к «хайпу» в цифровом здравоохранении и породить чрезмерный скептицизм в этой области.

Однако игнорирование технологии цифрового здравоохранения с высокой доказательностью для реального применения будет упущенной возможностью для улучшения

исходов болезни пациентов. Так же важно ценить то, как амбициозные исследования могут направлять, информировать и вдохновлять на текущие усилия. Подобно этому, реальные успехи реализованных усилий могут помочь сделать амбициозные исследования в становлении более осуществимыми в системе здравоохранения.

Здесь нет лучшего указания, так как обе крайние точки спектра от фактического до ожидаемого имеют важные роли, которые не могут быть отделены друг от друга. Однако ценность обоих подходов зависит от правильного определения положения каждого проекта в этом спектре – и дальнейшее рассмотрение выбранного населения и использованных поощрений является важным для его определения.

John Torous¹, Joseph Firth²

¹Department of Psychiatry and Division of Clinical Informatics, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

²NICM, School of Science and Health, Western Sydney University, Sydney, Australia

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2018;17(1):108-109)

Источники:

1. Lee JM, Hirschfeld E, Wedding J. JAMA 2016;315:1447-8.
2. Eyre HA, Singh AB, Reynolds C. World Psychiatry 2016;15:21-2.
3. Walch OJ, Cochran A, Forger DB. Sci Adv 2016;2:e1501705.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. J Gen Intern Med 2001;16:606-13.
5. Place S, Blanch-Hartigan D, Rubin C et al. J Med Internet Res 2017;19:e75.
6. Gustafson DH, McTavish FM, Chih MY et al. JAMA Psychiatry 2014;71:566-72.
7. Ford JH II, Alagöz E, Dinauer S et al. J Med Internet Res 2015;17:e201.

DOI:10.1002/wps.20464

Компульсивное сексуальное расстройство поведения в МКБ-11

В течение последнего десятилетия проходили разгоряченные дебаты относительно классификации компульсивного сексуального поведения как психического/поведенческого расстройства. Компульсивное расстройство сексуального поведения было предложено для включения в МКБ-11 в качестве расстройства влечений¹. Оно характеризуется стойкой повторяющейся невозможностью контролировать сильное сексуальное влечение, приводящее к повторяющемуся сексуальному поведению в течение длительного времени (6 мес и дольше) и вызывающее отмечаемые страдания или нарушение в личностной, семейной, социальной, образовательной, трудовой или других важных сферах функционирования.

Поведение проявляется в виде одного или более перечисленных видов: а) участие в повторяющихся сексуальных активностях, которые становятся центром личной жизни человека до степени игнорирования ухода за собой, своим здоровьем и других интересов, занятий и ответственности; б) лицо предпринимало множество неуспешных попыток контролировать или значительно уменьшить повторяющееся сексуальное поведение; в) лицо продолжает участвовать в сексуальных активностях, несмотря на неблагоприятные последствия (например, повторяющиеся разрывы отношений, последствия для работы, негативное влияние на здоровье); или д) лицо продолжает участвовать в повторяющихся сексуальных активностях, даже если они не при-

носят или в небольшой степени приносят ему удовольствие.

Вопросы о сверхпатологизации сексуального поведения четко регулируются диагностическими руководствами, предложенными для данного расстройства. Лица с высоким уровнем сексуальной заинтересованности и поведения (например, из-за высокого сексуального влечения), но не демонстрирующие нарушения контроля над своим сексуальным поведением и дистресса или нарушения функционирования, не должны попадать под диагноз компульсивного расстройства сексуального поведения. Диагноз также не должен быть предназначен для описания высокого уровня сексуальной увлеченности и поведения (например, мастурбации), которая распространена среди подростков, даже если она связана со стрессом.

Предложенные диагностические рекомендации также подчеркивают, что диагноз компульсивного расстройства сексуального поведения не должен основываться на психологическом стрессе из-за морального осуждения сексуальных влечений, побуждений или поведения, которые в противном случае не будут рассмотрены как психопатологические. Сексуальное поведение, которое является эгодистонным, может вызвать психологический стресс; но психологический стресс из-за сексуального поведения сам по себе не служит основанием для постановки диагноза компульсивного расстройства сексуального поведения.