

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 личной, 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.

Особое внимание следует уделить выявлению лиц, которые определяют себя как имеющие это расстройство (например, называющие себя «сексуально озабоченными» или «порнозависимыми»). При обследовании такие лица могут и не проявлять клинических характеристик этого расстройства, хотя они все же могли бы пройти лечение от других психических проблем (например, тревожность, депрессия). В добавление, они часто испытывают такие чувства, как стыд и вина за свое сексуальное поведение², но эти переживания не указывают достоверно на лежащие в их основе расстройства.

Предложенное диагностическое руководство также помогает клиницистам в дифференциальной диагностике компульсивного расстройства сексуального поведения от других психических расстройств и других состояний здоровья. К примеру, хотя биполярное расстройство обнаруживается на высоком уровне у лиц с компульсивным расстройством сексуального поведения³, сексуальное поведение должно наблюдаться и возникать независимо от гипоманиакальных или маниакальных эпизодов для предоставления основания для возможного диагноза этого расстройства. Диагноз компульсивного расстройства сексуального поведения не должен ставиться, если поведение может быть объяснено другими медицинскими состояниями (например, деменция) или эффектами некоторых препаратов, назначенных для лечения особого медицинского состояния (например, болезнь Паркинсона)⁴ или же полностью обусловлено прямыми эффектами наркотических веществ (к примеру, кокаина, кристаллического метамfetамина).

На данный момент ведется активная научная дискуссия о том, может ли компульсивное расстройство сексуального поведения представлять собой манифестацию поведенческой зависимости⁵. Для МКБ-11 была рекомендована сравнительно консервативная позиция, как признание того, что у нас еще нет определенной информации о том, являются ли процессы, вовлеченные в развитие и сохранение этого расстройства, эквивалентными наблюдаемым при расстройстве употребления психоактивных веществ, азартных играх или игровой зависимости⁶. По этой причине компульсивное расстройство сексуального поведения не включено в МКБ-11 в группу расстройств, относящихся к злоупотреблению психоактивными веществами и зависимому поведению, а скорее в группу расстройств влечений. Понимание компульсивного расстройства сексуального поведения будет улучшаться по мере того, как исследование разъяснит феноменологию и нейробиологические основы этого состояния⁷.

В отсутствие соответствующих определений и общественных эпидемиологических данных измерение точной распространенности компульсивного расстройства сексуального поведения представляло сложности. Эпидемиологические оценки находилось в диапазоне 3–6% у взрослых⁸, хотя последние исследования дали более низкие оценки – 1–3%⁹. Ожидается, что более четкие диагностические требования МКБ-11 дадут меньшую распространенность.

В целом, данное расстройство выявляется у мужчин чаще, чем у женщин, хотя надежных данных, оценивающих половые различия, недостаточно. В добавление, более высокая частота расстройства наблюдалась у лиц, употребляющих психоактивные вещества. Среди лиц, обращающихся за медицинской помощью, расстройство имеет негативное влияние на трудовое функционирование, физическое и психическое здоровье и любовные отношения. Но недостаточно систематических данных, касающихся распространенности расстройства в разных популяциях и связанных социокультурных и социодемографических факторов, включая лиц, не обращающихся за медицинской помощью.

Растущие доказательства говорят, что компульсивное расстройство сексуального поведения является важной клинической проблемой с возможными серьезными последствиями, если останется без лечения. Мы полагаем, что включение расстройства в МКБ-11 улучшит согласованность, с которой врачи подходят к диагностике и лечению лиц с данным расстройством, включая согласованность в отношении того, как расстройство не должно быть диагностировано. Правовые вопросы о сверхпатологизации сексуального поведения были тщательно рассмотрены в предложенных клинических руководствах. Мы утверждаем, что включение этой категории в МКБ-11 предоставит лучший инструмент для устранения неудовлетворенных клинических потребностей в лечении пациентов, обращающихся за помощью, а также, возможно, уменьшит у этих лиц стыд и вину, связанную с обращением за помощью.

Предложенные диагностические руководства будут протестированы в международных многоязыковых полевых интернет-исследованиях с использованием стандартизированных случаев, которые помогут оценить генерализуемость модели в разных регионах и культурах и способность врачей отграничить его от нормальных вариантов сексуального поведения и от других расстройств. Дополнительные полевые исследования в клинических учреждениях дадут больше информации о клинической практичности предложенных рекомендаций для этого расстройства в популяциях больных.

Shane W. Kraus¹, Richard B. Krueger², Peer Briken³, Michael B. First², Dan J. Stein⁴, Meg S. Kaplan², Valerie Voon⁵, Carmita H.N. Abdo⁶, Jon E. Grant⁷, Elham Atalla⁸, Geoffrey M. Reed^{9,10}

¹Edith Nourse Rogers Memorial Veterans Hospital, Bedford, MA, USA;

²Department of Psychiatry, Columbia University, College of Physicians and Surgeons and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA;

³Institute for Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany;

⁴Department of Psychiatry, University of Cape Town and Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa;

⁵Department of Psychiatry, University of Cambridge, Cambridge, UK;

⁶Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil;

⁷Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Chicago, Chicago, IL, USA;

⁸Primary Care and Public Health Directorate, Ministry of Health, Manama, Bahrain;

⁹Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland;

¹⁰Global Mental Health Program, Columbia University Medical Center, New York, NY, USA

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

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

(World Psychiatry 2018;17(1):109-110)

Библиография

1. Grant JE, Atmaca M, Fineberg NA et al. World Psychiatry 2014;13:125-7.
2. Gilliland R, South M, Carpenter BN et al. Sex Addict Compulsivity 2011;18:12-29.
3. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Compr Psychiatry 2003;44:370-80.
4. Weintraub D, Koester J, Potenza MN et al. Arch Neurol 2010;67:589-95.
5. Griffiths MD. Addict Res Theory 2012;20:111-24.
6. Kraus SW, Voon V, Potenza MN. Addiction 2016;111:2097-106.
7. Kraus SW, Voon V, Potenza MN. Neuropsychopharmacology 2016;41:385-6.
8. Kuzma JM, Black DW. Psychiatr Clin N Am 2008;31:603-11.
9. Klein V, Rettenberger M, Briken P. J Sex Med 2014;11:1974-81.

DOI:10.1002/wps.20499