

с уходом по сравнению с обычным уходом не только с точки зрения исходов заболевания, но и с позиций расширения прав и возможностей, уверенности в своем психическом состоянии и снижения чувства одиночества¹⁰.

В целом общее число программ, разработанных или проводимых непосредственно участниками службы взаимопомощи, и их возрастающее число, изученное в РКИ, отражают происходящее развитие службы взаимопомощи.

Несмотря на то что по-прежнему существуют проблемы с внедрением и методологией, достигнута большая ясность в отношении того, что такое взаимопомощь у лиц, страдающих психическими расстройствами, на самом деле. Большее разнообразие доступных учебных программ, разработанных шкалы финансовых показателей, предложение стандартизировать компетенции, более совершенные РКИ и появление программ, разработанных самими пациентами, являются впечатляющими достижениями в этой сфере за последние шесть лет.

Эти достижения указывают на то, что служба взаимопомощи лиц с психическими расстройствами уже вышла из стадии «младенчества». Скорее она представляет собой упрочившееся, развивающееся, многообещающее направление в сфере совершенствования реабилитации.

Marianne Farkas¹, Wilma Boevink²

¹Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, MA, USA;

²Trimbos Institute, Utrecht, The Netherlands

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

(World Psychiatry 2018;17(2):222-224)

M. Farkas подтверждает поддержку the US National Institute on Disability, Independent Living and Rehabilitation Research; the Administration for Community Living; the Substance Abuse and Mental Health Services Administration; and the Department of Health and Human Services. Содержание этой статьи не обязательно соответствует политике вышеупомянутых организаций.

Библиография

1. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. World Psychiatry 2012;11:123-8.
2. Chinman M, McCarthy S, Mitchell-Miland C et al. Psychiatr Rehabil J 2016;39:256-65
3. Cronise R, Teixeira C, Rogers ES et al. Psychiatr Rehabil J 2016;39:211-21.
4. European Union Compass Consortium. Good practices in mental health and well being. 2014. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/
5. Bellamy C, Schmutte T, Davidson L. Ment Health Soc Inclusion 2017;21:161-7.
6. Mahlke C, Priebe S, Heumann K et al. Eur Psychiatry 2017;42:103-10.
7. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Schizophr Bull 2012;38:881-91.
8. Russinova Z, Rogers ES, Gagne C et al. Psychiatr Serv 2014;65:242-6.
9. Cabasa I, Camacho D, Velez Grau C et al. J Psychiatr Res 2016;84:80-9.
10. Boevink W, Kroon H, Van Vugt M et al. Psychosis 2016;8:287-300.

DOI:10.1002/wps.20530

Патологическое накопительство (хординг) наконец стало самостоятельным расстройством, но впереди еще много трудностей

В 2010 г. рабочая подгруппа DSM-5 по обсессивно-компульсивным и смежным расстройствам порекомендовала включить в диагностическую систему патологическое накопительство как новое психическое расстройство¹. После опроса экспертов², испытаний в условиях практической работы³ и обсуждений с общественностью в декабре 2012 г. новое расстройство было одобрено для включения.

В отличие от других предложенных изменений в DSM-5, выделение патологического накопительства из обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) широко поддержали как врачи, так и пациенты, которые считали, что диагноз ОКР недостаточно точно отражает состояние их пациентов или их самих соответственно.

В пользу однозначного включения патологического накопительства как самостоятельной нозологии свидетельствует ряд факторов, в том числе признание того, что: а) симптомы, возникающие у большинства пациентов, затруднительно отнести к другим психическим расстройствам (в том числе к ОКР); б) между патологическим накопительством и ОКР существует ряд важных различий – феноменология симптомов, дебют и динамика расстройства, а также нейронные корреляты; в) пациенты с меньшей вероятностью будут отвечать на методы терапии, доказанные для ведения больных ОКР⁴; д) накопительство является распространенной проблемой, характерной для представителей обоих полов и различных культур⁵; е) риск патологизации нормального поведения (т. е. нормального накопительства) низок. Запланированное включение патологического накопительства в МКБ-11⁶ станет долгожданным дополнением, которое будет способствовать всемирному признанию этого инвалидирующего состояния.

Индивиды, страдающие патологическим накопительством, испытывают постоянные трудности, выбрасывая вещи или на время расставаясь с ними, независимо от их фактической стоимости. Это связано с осознанной необходимостью сохранять свои вещи, а также стрессом, ассоциированным с расставанием с ними, и влечет за собой избыточное накопление имущества, которое, скапливаясь, загромождает жилые помещения и затрудняет их использование, что приводит к клинически значимым проблемам или повреждениям. Эти симптомы невозможно отнести к другим физическим или психическим расстройствам.

Большинство людей с этим расстройством приобретают в избыточном количестве предметы, которые им не нужны или для которых нет свободного места, и обычно испытывают дискомфорт, если они не способны получить вещи или что-то им препятствует это сделать (признак избыточного приобретения). Значительная часть больных не понимают своих трудностей и неохотно обращается за помощью (признак отсутствия инсайта). К другим общим особенностям расстройства (они не требуются для диагностики) относятся нерешительность, перфекционизм, игнорирование, прокрастинация, трудности с планированием и организацией задач, а также патологическая отвлекаемость. Некоторые индивиды живут в антисанитарных условиях различной степени (нищета), что может быть логически связано с захлаплением пространств и/или трудностями при планировании и организации. У лиц с этим расстройством могут возникать конфликты с соседями или арендодателями, нередки судебные разбирательства в отношении выселения их из жилья или лишения опеки над детьми.

Патологическое накопительство имеется как минимум у 1,5% мужчин и женщин⁵. Как правило, большинство пациентов обращаются за помощью после 50 лет, однако первые симптомы могут возникнуть раньше, даже в подростковом возрасте. Обычно симптомы начинают мешать ежедневному функционированию к середине третьего десятилетия жизни, а клинически значимое ухудшение наступает к середине четвертого десятилетия⁷. Как правило, с каждым десятилетием жизни симптомы постепенно усугубляются⁷. С момента дебюта симптомы зачастую приобретают хроническое течение, и лишь у немногих индивидов отмечается усиление или ослабление симптоматики⁷. Как и ожидается, в случае недавно описанного расстройства причины патологического накопительства неизвестны, но в некоторых исследованиях предполагается важность как генетических факторов, так и факторов риска, связанных с окружающей средой⁸. Анекдотические гипотезы о связи между материальной депривацией (например, бедностью в детстве) и накопительством не получили поддержки в научной литературе.

Диагноз обычно основывается на интервью, позволяющем определить, соответствует ли человек диагностическим критериям. Поскольку накопительство не всегда может являться первичным поводом для консультации, практикующие врачи часто задают прямые вопросы, такие как «Как вы считаете, трудно ли избавиться от вещей или разлучиться с ними на некоторое время?» или «Не имеется ли у вас дома вещей в таком количестве, чтобы они захламляли и загромождали комнаты?». Для оценки беспорядка, тяжести заболевания и ассоциированных рисков рекомендовано посещение дома врачом. Если визит домой невозможен, лечащий врач должен постараться собрать дополнительную информацию из надежных источников, таких как супруг или родственник (с согласия пациента). Это особенно важно для лиц с ограниченной критикой, поскольку они могут недооценивать масштабы и последствия своего состояния. Оценка состояния должна включать тщательную оценку риска. Следует обратить внимание на потенциальную опасность пожара, риск обрушения загроможденных, наличие грызунов и насекомых, а также антисанитарные условия, потенциально представляющие опасность для здоровья. Кроме того, важно установить живут ли другие уязвимые лица (например, дети, пожилые люди) с человеком, склонным к накопительству.

Лишь в немногие исследования были включены лица, соответствующие критериям патологического накопительства DSM-5, потому что доказательства для терапии первой линии являются неполными. В настоящее время терапевтической методикой для этого расстройства, имеющей самую сильную доказательную базу, является лечение, основанное на когнитивно-поведенческой модели⁹. Вмешательство включает: сеансы в кабинете врача и на дому; методы мотивационного опроса, направленные на устранение амбивалентности в отношении терапии; образование по вопросам накопительства; определение целей; обучение навыкам организации, принятия решений и решения проблем; обучение сортировке, избавлению от вещей и отказу от их приобретения; а также когнитивные стратегии, направленные на облегчение этой работы. Это вмешательство было оценено в нескольких контролируемых клинических испытаниях с многообещающими результатами. Однако пока результаты скромны, а долгосрочный прогноз неизвестен¹⁰.

Несмотря на то что официальное признание патологического накопительства как полноценного психического расстройства является огромным шагом в верном направле-

нии, впереди ожидает еще множество проблем: одни из них непосредственно связаны с расстройством, другие – с ограниченным числом исследований эффективных методов лечения и ведения пациентов. К некоторым проблемам, связанным с пациентами, относится то, что у многих из них ограничена критика к своему состоянию и они активно или пассивно сопротивляются вмешательству. Даже пациенты, глубоко осознающие свое состояние, очень стыдятся и чувствуют себя стигматизированными, поэтому они также могут не обращаться за помощью.

С момента, когда расстройство было включено в DSM-5, многие исследования были приостановлены. Существующие варианты лечения очень ограничены и доступны лишь в нескольких университетских клиниках по всему миру. Расстройство часто недооценивается. Даже при правильной диагностике варианты терапевтических вмешательств у коллег ограничены или отсутствуют. Обычные клиники, занимающиеся ОКР или тревожным расстройством, плохо оснащены для проведения интенсивных поведенческих вмешательств, требующих визитов на дом в течение длительного времени.

Эти проблемы могут быть решены только крупными инвестициями в исследования в ключевых стратегических областях: частота и стоимость исследований заболевания; повышение выявляемости и снижение стигматизации; развитие терапевтических методик; развитие терапевтического сервиса; разработка законодательных рамок, позволяющих регулировать права и удовлетворять нужды таких пациентов (отказывающихся от помощи, несмотря на ее необходимость) в согласованности с другими членами общества: членов их семьи (к примеру, детей), соседей или арендодателей, которых также может затронуть расстройство.

David Mataix-Cols

Lorena Fernandez de la Cruz Centre for Psychiatry Research, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Перевод: Кацубо Е.М. (Ростов-на-Дону)

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

(World Psychiatry 2018;17(2):224-225)

Библиография

1. Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A et al. *Depress Anxiety* 2010;27:556-72.
2. Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Nakao T et al. *Psychol Med* 2011;41:2475-84.
3. Mataix-Cols D, Billotti D, Fernández de la Cruz L et al. *Psychol Med* 2013;43:837-47.
4. Bloch MH, Bartley CA, Zipperer L et al. *Mol Psychiatry* 2014;19:1025-30.
5. Nordsletten AE, Reichenberg A, Hatch SL et al. *Br J Psychiatry* 2013;203:445-52.
6. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al. *J Affect Disord* 2016;190:663-74.
7. Tolin DF, Meunier SA, Frost RO et al. *Depress Anxiety* 2010;27:829-38.
8. Iervolino AC, Perroud N, Fullana MA et al. *Am J Psychiatry* 2009;166:1156-61.
9. Frost RO, Hartl TL. *Behav Res Ther* 1996;34:341-50.
10. Thompson C, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D et al. *Asian J Psychiatry* 2017;27:53-66.

DOI:10.1002/wps.20531