

Повышение частоты применения психологических методов лечения распространенных психических расстройств: призыв к действию

Эмпирически обоснованные психологические методы лечения, объединяющие межличностные, когнитивные и поведенческие терапевтические методики, рекомендованы в качестве вмешательств первой линии при лечении депрессивных, тревожных и связанных со стрессом расстройств во всем мире. В то же время они остаются недоступными для большого числа людей во всем мире, как в странах с низким и средним уровнями доходов (НСУД), где менее 5% людей получает адекватный терапевтический минимум¹, так и в странах с высокими уровнями доходов (ВУД), где этот показатель достигает лишь 20%¹.

Этот значительный пробел в применении таких эффективных терапевтических методик является беспрецедентным в медицине, и, как показывает опыт стран с ВУД, это не простые проблемы, которые возможно решить кадровым расширением служб в области поддержки психического здоровья. Здесь мы суммируем ряд потенциальных стратегий, которые позволят расширить спектр воздействия этих терапевтических методик, раскрыть их потенциал и сократить глобальное бремя распространенных психических расстройств.

Распространению психологических методов лечения препятствуют три основных барьера: дефицит квалифицированных специалистов, ограниченный доступ и низкий спрос на психиатрическую помощь. В большинстве стран каждый из них создает препятствие, но все они имеют жизнеспособные, основанные на доказательствах решения.

Если мы предположим, что «квалифицированный» исполнитель является профессиональным медиком, прошедшим обучение по одной из дисциплин в области психического здоровья (социальная работа, психология или психиатрия), то у нас не будет шансов преодолеть первый барьер. Во всех странах существуют значительные несоответствия между необходимым и фактическим числом специалистов в области психического здоровья. Кроме того, методы, обычно используемые для обучения этих специалистов, являются дорогостоящими, трудоемкими и требуют регулярного наблюдения более опытного специалиста в течение длительного периода.

Эффективной стратегией преодоления этого барьера является «разделение задач» или подготовка неспециализированных исполнителей, т. е. индивидов, не имеющих формальной подготовки или опыта в области охраны психического здоровья, которые обеспечат проведение коротких курсов психологических терапевтических вмешательств с низкой степенью интенсивности. Концепция подготовки неспециализированных исполнителей берет начало от парапрофессиональных сообществ США и Великобритании. В них входят практикующие медсестры, работники общественного здравоохранения, учителя и старшие товарищи, выбор на которых падает из-за их соответствия требованиям, небольших затрат, доступности помощи и близости к населению, которое они обслуживают². Помимо того что неспециализированные исполнители в странах с НСУД могут обучаться терапевтическим методикам так же эффективно, как специалисты в странах с ВУД^{2,3}, недавние оценки показывают, что они могут обеспечить более качественное лечение за счет партнерского подхода⁴. Это позволяет устранить помеху в виде необходимости постоянного наблюдения специалистами в области психического здоровья.

В недавних исследованиях также четко показано, что использование базового набора общих «элементов» лечения (таких как поведенческая активация, конфронтация, обучение навыкам принятия решений и общения) может уменьшить сложность необходимых для изучения разнообразных схем психологической терапии для специфических клинических фенотипов пациентов (таких как депрессивные, тревожные и связанные со стрессом расстройства). Например, в исследовании COBRA в Великобритании было продемонстрировано, что младшие сотрудники психиатрической службы, не имеющие специальной подготовки в области психического здоровья, успешно овладевали схемой лечения, ориентированной на базовый элемент поведенческой активации. Результаты показали эквивалентную эффективность в уменьшении тяжести симптомов депрессии как таковой у специалистов, предоставляющих более длительные курсы когнитивно-поведенческой терапии⁵. Аналогичным образом в Индии консультанты, прошедшие трехмесячную подготовку по культурно-адаптированной версии поведенческой активации в оказании первичной помощи, достигли высоких показателей ремиссии и стабильных результатов у лиц, обратившихся по поводу средней и тяжелой депрессии⁶.

Следующей преградой является ограниченная доступность психологического лечения. В большинстве стран психологическое лечение доступно лишь малому числу индивидов, которые могут позволить себе частное лечение или которых поддерживают щедрые страховые программы. Кроме того, ориентированные на исполнителя терапевтические методики обычно применяются лицом к лицу в специализированных учреждениях и в то время, которое удобно исполнителю. Основанные на доказательствах решения, напротив, включают осуществление психологической терапии в условиях и временных рамках, комфортных для пациента (например, дома или в выходные). Кроме того, этой гибкости может способствовать использование телемедицины или других цифровых платформ, которые также будут направлены на самопомощь. Проведение лечения посредством цифровой платформы может стать эффективной мерой персонализированной терапии, предпочтительной для получателя и имеющей более устойчивые результаты⁷. Более того, в недавних исследованиях было показано, что терапевты могут эффективно обучаться посредством цифровых платформ⁸.

Во всех контекстах эти приемлемые и экономически эффективные решения могут быть особенно полезны лицам, чьи финансовые, социальные или физические возможности для посещения медицинских учреждений ограничены. К ним относятся матери с детьми раннего возраста, индивиды с физической недееспособностью или люди, которые не покидают дом по различным причинам, в том числе обусловленным психическими расстройствами.

В-третьих, отмечается низкий спрос на психологические вмешательства, что наиболее характерно для низких социальных классов и этнических меньшинств, а приверженность лечению для большинства психологических терапевтических подходов у большинства пациентов в популяции не превышает 50%. Решения этих проблем вытекают из уроков, извлеченных из модели группового вовлечения, применяемой при психозах⁹. Растет количество доказательств преимуществ: привлечения «нулевых» перспектив

при развитии и дизайне служб психического здоровья; избегания биомедицинских терминов и использования собственных моделей объяснения пациентам; нацеливания на социальные детерминанты одновременно с психологическими симптомами; вовлечения индивидуальных взаимоотношений и ресурсов, в том числе их партнеров и общества в целом. Кроме того, подход с обобщенными элементами также, вероятно, будет более приемлем, поскольку является кратким, целенаправленным и влечет за собой освоение ограниченного набора навыков.

Несмотря на увеличение базы данных, подтверждающей эффективность этих захватывающих инноваций, широкая доступность психологической терапии остается скорее исключением. Одним из уникальных примеров внедрения этой терапии является проект «Улучшение доступности психологического лечения» (IAPT) в Великобритании. Ежегодно служба IAPT лечит более 537 тыс. пациентов с депрессией и тревожным расстройством, на коротких аккредитованных курсах обучает неспециализированных исполнителей и специалистов, а также оценивает прогресс практически у всех пациентов (98%), используя уникальную систему мониторинга результатов¹⁰. Их результаты показывают, что этапные модели оказания помощи клинически эффективны, способствуют сокращению времени ожидания, что повышает посещаемость среди пациентов, а также способствует формированию партнерства между врачом и пациентом.

Чтобы интегрировать и оптимизировать новые модели, выходящие за привычные рамки деятельности специалиста в области психического здоровья, мы должны разрабатывать, внедрять и оценивать системы ступенчатой помощи. Как было продемонстрировано в IAPT, эта модель будет иметь два уровня: вводный, слабоинтенсивный шаг (шаг 1) для большинства пациентов с симптомами легкой и средней тяжести и высокоинтенсивный шаг (шаг 2) для меньшей части пациентов с тяжелыми симптомами и тех, кто не отвечает на первый шаг.

Шаг 1 будет ориентирован либо на самообслуживание, либо на выполнение рядом профессионалов, не имеющих специального образования, таких задач, как скрининг, проведение коротких, имеющих доказательную базу психологических вмешательств, а также осуществление функции менеджера, обеспечивающего связь между пациентом, семейным врачом и специалистами из области психического здоровья или других дисциплин. Во время шага 2 специалисты в области психического здоровья будут осуществлять лечение более тяжелого спектра этих расстройств, следить за режимом приема лекарств, а также обеспечивать качественное лечение путем обучения и наблюдения за профессионалами, не имеющими специальной подготовки.

Эта модель ступенчатой помощи акцентирует внимание на персонализированных подходах и сотрудничестве с

локальными сообществами. Это включает получение информации о наилучших методах проведения лечения, которые позволят сократить административные барьеры, а также привлекут близких пациента к планированию и совершенствованию существующих систем. В дополнение мы можем нацеливаться на релевантные сопутствующие факторы риска путем интеграции в области здравоохранения таких программ, как родительские платформы, вмешательства при хронических заболеваниях и медицинское обслуживание по месту жительства. При этом у нас также может появиться возможность охвата маргинализированных групп, которые обычно не обращаются за психиатрической помощью.

Мы призываем широкое сообщество специалистов в сфере психического здоровья принять эти основанные на доказательствах стратегии в качестве рутинной медицинской практики, как экономически эффективный подход к сокращению удивительно большого пробела в лечении распространенных психических расстройств во всем мире.

Авторы выражают благодарность R. Maunder за его вклад в это письмо.

Daisy R. Singla^{1,2}, Giuseppe Raviola^{3,4}, Vikram Patel^{3,5}

¹Department of Psychiatry, University of Toronto and Sinai Health System, Toronto, ON, Canada; ²Lunenfeld-Tanenbaum Research Institute, Toronto, ON, Canada; ³Department of Global Health & Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ⁴Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA; ⁵Sangath, Alto Porvorim, Goa, India

Перевод: Кацубо Е.М. (Ростов-на-Дону)

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

(World Psychiatry 2018;17(2):226-227)

Библиография

1. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S et al. Br J Psychiatry 2017;210:119-24.
2. Singla DR, Kohrt B, Murray LK et al. Annu Rev Clin Psychol 2017;13:149-81.
3. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M et al. World Psychiatry 2018;17:90-101.
4. Singla DR, Weobong B, Nadkarni A et al. Behav Res Ther 2014;60:53-9.
5. Richards DA, Ekers D, McMillan D, et al. Lancet 2016;388:871-80.
6. Patel V, Weobong B, Weiss HA et al. Lancet 2017;389:176-85.
7. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG et al. PLoS One 2010;5:e13196.
8. Fairburn CG, Allen E, Bailey-Straebl S et al. J Med Internet Res 2017;19:e214.
9. Hunter A, Riger S. J Community Psychol 1986;14:55-71.
10. Clark DM, Canvin L, Green J et al. Lancet 2018;391:679-86.

DOI:10.1002/wps.20532

Прогресс, достигнутый в разработке классификации расстройств личности для МКБ-11

При назначении Рабочей группы, занятой разработкой рекомендаций в области личностных расстройств (ЛР) для МКБ-11, Департамент психического здоровья и зависимостей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркнул ряд проблем с классификацией ЛР в МКБ-10.

Во-первых, ЛР оказались существенно недооценены относительно их распространенности среди индивидов с другими психическими расстройствами. Во-вторых, из 10 специфических ЛР только два (эмоционально неустой-

чивое расстройство личности, пограничный тип, и диссоциативное расстройство личности) одинаково часто регистрировались в общедоступных базах данных. В-третьих, частота совпадений была чрезвычайно высокой, причем большинство индивидов с тяжелыми расстройствами соответствовали критериям множественных ЛР. В-четвертых, типичное описание персистенции ЛР на протяжении многих лет не соответствует существующим обоснованиям утраты временной стабильности.