

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-Straebler 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.

Поэтому ВОЗ обратилась к Рабочей группе с просьбой рассмотреть изменения в базовой концепции ЛР и, в частности, изучить значимость и осуществимость внедряемых подходов диагностики. В то же время ВОЗ подчеркнула, что любая система классификации ЛР, принятая в МКБ-11, должна быть применима и полезна для работников системы здравоохранения в условиях низких доходов, т. е. там, где отсутствуют высококвалифицированные специалисты в области психического здоровья¹.

Рабочая группа под руководством Р. Тугер при разработке своего проекта для МКБ-11 серьезно отнеслась к просьбам ВОЗ. ЛР были терминологически концептуализированы относительно определения общей тяжести состояния, отличий от нормальных личностных вариаций и подпороговых изменений личности. После удовлетворения общих требований к диагнозу ЛР отдельно были определены легкая, средняя и тяжелая степени ЛР, которые, главным образом, основывались на выраженности внутриличностной дисфункции и риске вреда для себя и окружающих. Некоторые ЛР, внесенные в МКБ-10, были полностью удалены, на их место пришли пять обширных характерологических доменов, базирующихся на научной литературе о личности²: негативная аффективность, расторможенность, отрешенность, диссоциальность и ананкастность.

Описываемые Рабочей группой предложения затем были опубликованы в специализированных и более общих научных журналах^{3,4}. Следует отметить, что, хотя суть предложений для МКБ-11 была концептуально совместима с «альтернативной моделью» диагностики ЛР в DSM-5, Рабочая группа рекомендовала не адаптировать эту модель целиком для МКБ-11, поскольку посчитала ее слишком сложной для внедрения в большинстве клиник мира.

ВОЗ узнала о значительном беспокойстве некоторых членов профессионального сообщества и некоторых исследователей ЛР по поводу различных аспектов высказанных предложений. Это послужило основой для встречи сотрудников ВОЗ с представителями Европейского общества по изучению личностных расстройств (ESSPD), Международного общества по изучению личностных расстройств (ISSPD) и Северо-Американского общества по изучению личностных расстройств (NASSPD). Руководством этих организаций недавно было опубликовано описание этих требующих решения вопросов, касающееся оригинальных предложений Рабочей группы, однако эти вопросы не были одинаковы⁵. Тем не менее ВОЗ полагает, что важным было попытаться наладить общение в рамках этого процесса, чтобы в дальнейшем избежать раскола и язвительных комментариев в этой области.

Затем ВОЗ собрала Целевую группу, состоящую из членов, утвержденных ISSPD/ESSPD/NASSPD, и членов исходной Рабочей группы, которым было предложено разработать рекомендации, отвечающие всем требованиям. Спустя несколько месяцев обсуждений стало ясно, что представители ISSPD/ESSPD/NASSPD были готовы согласиться с размерной моделью ЛР, но считали, что в предложенной модели было представлено недостаточно информации о природе отдельных нарушений личности для определения отдельного диагноза, выбора схемы лечения и ведения пациента.

Другим вопросом, требующим рассмотрения, был диагностический статус пограничного ЛР. Некоторые исследователи полагали, что пограничное ЛР является не независимой валидной категорией, а скорее гетерогенным маркером тяжести ЛР^{7,8}. Другие исследователи рассматривают пограничное ЛР как валидный и самостоятельный клинический объект, а также утверждают, что валидность подтверждается 50-летними исследованиями⁹. Многие (хотя далеко не все) практикующие врачи, похоже, являются приверженцами последней позиции. Казалось бы, в отсутствие более точных

данных мало надежды на примирение этих противоположных взглядов. Однако ВОЗ серьезно восприняла озабоченность по поводу того, что доступность услуг для пациентов с пограничным ЛР, в сфере которой некоторые страны достигли больших высот, основываясь на аргументированной эффективности терапии, может серьезно пострадать.

В сентябре 2017 г. Целевая группа провела личную встречу в Гейдельберге (Германия) под руководством и при поддержке президента ISSPD S.C. Herpertz. Целью этой встречи была разработка конкретных предложений относительно вызывающих тревогу изменений, вносимых в руководство к МКБ-11. Основные рекомендованные изменения были следующими:

- *Систематическое включение личностных функций в ключевые диагностические указания по ЛР.* ЛР определяются как длительно существующие нарушения, которые характеризуются проблемами в функционировании аспектов личности (идентичность, самооценка, точность самооценки, саморегуляция поведения) и/или межличностной дисфункцией.

- *Более богатое по содержанию и клинически информативное формирование концепции тяжести ЛР.* Степень и распространенность нарушений в функционировании аспектов личности; межличностная дисфункция в различных контекстах и взаимоотношениях (например, в контексте романтических взаимоотношений, школы/работы, родителей/детей, семьи, друзей, сверстников); эмоциональные, когнитивные и поведенческие проявления дисфункции личности; ассоциированные расстройства и функциональные нарушения должны быть учтены при оценке тяжести у лиц, отвечающих общим диагностическим требованиям ЛР.

- *Более богатое по содержанию и клинически информативное формирование концепции критериев диагностики.* Каждый из них должен описывать ключевую особенность совокупности симптомов, за которой должно следовать описание общих проявлений этой совокупности у лиц с ЛР.

- *Полное описание ЛР включает оценку степени тяжести и применимый квалификатор личностных черт.* ВОЗ признает, что не во всех условиях возможно проведение полной оценки.

- *Подготовка возможных критериев «пограничного паттерна».* Эти критерии позволят повысить клиническую значимость, облегчая идентификацию у лиц, которые могут ответить на отдельные психотерапевтические схемы. Отдельный вопрос – не будет ли информация избыточной при наличии систем классификации для отдельных особенностей.

Пересмотр диагностических руководств, основывавшийся на указанных выше рекомендациях, был одобрен рабочей группой по МКБ-11 и ISSPD/ESSPD/NASSPD. Эти руководства доступны для рассмотрения и комментариев по адресу <http://gcp.network> и в данный момент проходят испытания в «полевых условиях».

Мнение, высказанное в этом письме, является мнением автора и не представляет официальную политику или позицию ВОЗ. В состав Рабочей группы МКБ-11 по ЛР входили P. Tyrer (председатель), R. Blashfield, L.A. Clark (взаимодействие с DSM), M. Crawford, A. Farnam, A. Foshati, Y.-R. Kim, N. Koldobsky, D. Lecic-Tosevski, R. Mulder, D. Ndeti и M. Swales. ISSPD / ESSPD / NASSPD представляли S.C. Herpertz, M. Bohus, S.K. Huprich и C. Sharp. ВОЗ признает важный вклад L.A. Clark и M.B. First в пересмотр вышеуказанных диагностических руководств.

Geoffrey M. Reed

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

Библиография

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
2. Krueger RF, Markon KE. Annu Rev Clin Psychol 2014;10:477-501.
3. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al. Personal Ment Health 2011;5:246-59.
4. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Lancet 2015;385:717-26.

5. Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M et al. J Pers Disord 2017;31:577-89.
6. Hopwood SJ, Kotov R, Krueger RF et al. Personal Ment Health 2018;12:82-6.
7. Sharp C, Wright AGC, Fowler JC et al. J Abnorm Psychol 2015;124:387-98.
8. Williams TF, Scalco MD, Simms LJ. Psychol Med 2018;48:834-84.
9. Clarkin JF, Lenzenweger MF, Yeomans F et al. J Pers Disord 2007;21:474-99.

DOI:10.1002/wps.20533

Нейрокогнитивные расстройства в МКБ-11: дебаты и их результаты

В МКБ-11 в главы «06. Психические, поведенческие или нейроонтогенетические расстройства» и «08. Заболевания нервной системы» включают соответственно группы «Нейрокогнитивные расстройства» и «Расстройства с преобладанием нейрокогнитивных нарушений». Озабоченность по поводу «неверного» распределения деменций в диагностической системе породила множество критических реакций профессионалов в области психического здоровья, которые ожидали неблагоприятных последствий в отношении лечения и ухода при таком подходе. Здесь мы обобщаем предпосылки и последствия этих реакций коллег.

В конце 2016 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) перенесла категории деменции (вопреки традиционному расположению в МКБ-10 – F00-F03) из главы 06 в главу 08 проекта МКБ-11. На этом этапе, последовавшем за предложением Консультативной группы по вопросам неврологии, протестные замечания были выдвинуты примерно двумя десятками национальных и международных научных ассоциаций, относящихся, в основном, к областям психиатрии, психологии и другим службам психического здоровья. В начале 2017 г. ВОЗ внесла правки в предшествовавший вариант и перенесла категории деменции в главу 06.

Насколько рациональным был этот перенос? Согласно руководству по применению МКБ-11, принципами «распределения объектов» являются «сохранение структурной и функциональной целостности» классификации и «сохранение согласованности с предыдущими версиями». Классификация должна изменяться только при наличии «сильного обоснования», а категории должны оставаться на «привычном месте» в тех случаях, когда они «могут быть расположены в двух и более местах».

Такие нейрокогнитивные расстройства, как деменция, вызванная болезнью Альцгеймера, классифицируются в МКБ-10 в соответствии с системой крестика-звездочки, когда клинические проявления располагаются в главе F (F00*), а этиология – в главе G (G30†). В МКБ-11, соответствуя принципу «привычного места», деменция, обусловленная болезнью Альцгеймера, по-прежнему должна классифицироваться как в главе 06 («расстройства»), когда речь идет о проявлениях, так и в главе 08 («заболевания»), когда речь идет об этиологии, в соответствии с новым посткоординационным шифрованием.

Несмотря на расширение знаний об этиопатогенезе и биомаркерах, деменции обычно диагностируются клинически и классифицируются в соответствии с проявлениями. Предложение перенести их в главу 08 может либо ввести в заблуждение относительно терминологии, либо быть неправильно истолковано ВОЗ, хотя конечная цель классификации субъектов болезни – в первую очередь основываться на этиологии и дисфункции систем, а не только на клинических проявлениях. Вопреки крылатому выражению Griesinger, что «психические заболевания – это болез-

ни мозга», и несмотря на высокую частоту признаний дисфункции мозга и их большую важность, большинство «психических» расстройств нельзя рассматривать только как «мозговые расстройства» или заболевания, в основе которых лежит исключительно патология головного мозга.

Аргументы против перемещения деменций в главу 08 касались административных вопросов ВОЗ (это противоречит совместным рекомендациям консультативных групп в области психического здоровья и неврологии), концептуальных и методологических вопросов (отсутствие доказательств в пользу перемещения; необходимость биопсихосоциального подхода в общей концепции ухода), лечения и оказания услуг (результатом является ограничение доступности медицинской помощи; преимущественная важность нейрофизиологических, а не биомедицинских мероприятий в вопросах терапии и ухода), профессиональных и междисциплинарных вопросов (межнациональные различия в подготовке специалистов, но преимущественно важная роль психиатров в вопросах лечения и ухода; важность сохранения баланса между дисциплинами), экономических вопросов (проблемы с возмещением финансов страховыми компаниями в некоторых странах, которые возникнут, если деменция будет исключена из раздела психических и поведенческих расстройств), психопатологических вопросов (поведенческие симптомы не относятся к «неврологии», но являются основной проблемой пациентов и лиц, осуществляющих уход, и, следовательно, основное внимание акцентируется на их лечении), а также классификационных аналогий в МКБ-11 (например, главы, касающиеся сердечно-сосудистых, инфекционных и эндокринных заболеваний).

По итогам обсуждения ВОЗ вернула деменции к психическим расстройствам в главу 06, что согласуется с МКБ-10 и DSM-5. В нейрокогнитивном разделе главы 08 охватываются только «заболевания», например болезнь Альцгеймера, которая может сопровождаться посткоординационным кодированием «6E00 Деменция, обусловленная болезнью Альцгеймера». По итогам комментариев Японского общества психиатров и неврологов (JSPN), Ассоциации психиатров и психотерапевтов Германии, а также Американской психиатрической ассоциации теперь также имеются варианты посткоординационного кодирования для «6D91 Нейрокогнитивное расстройство легкой степени» (F06.7 в МКБ-10), которое может быть ассоциировано с любым заболеванием в главе 08 или с заболеваниями, классифицированными в других разделах.

Другим предложением JSPN было внедрение спецификаций для поведенческих симптомов, относящихся к диагнозу деменции, поскольку они являются значимыми для пациентов и лиц, осуществляющих уход. Оно было реализовано ВОЗ в рамках «6E20 Поведенческие или психологические нарушения при деменции».