

активное клиническое решение о том, что внимание пациентов, направленное на телесные симптомы, является «чрезмерным». Часть комментариев (17%; $\kappa=0,62$) выражала обеспокоенность по поводу того, что это приведет к тому, что пациенты будут классифицированы как психически нездоровые, и это лишит их возможности получить надлежащий биологически-ориентированный уход. Некоторые комментаторы предложили изменить определения (30%; $\kappa=0,89$). Другие выступали против включения расстройства в целом (26%; $\kappa=0,88$), в то время как ни одно обращение ($\kappa=1$) не выражало поддержки включения. ВОЗ решила сохранить телесное дистрессовое расстройство в качестве диагностической категории⁶ и урегулировала сомнения общестественности, потребовав, чтобы в версии CDDG указывались дополнительные симптомы, такие как значительные функциональные нарушения.

В обращениях по категории расстройств, связанных с сексуальным здоровьем, была высказана твердая поддержка относительно удаления сексуальных дисфункций и гендерных диагнозов из главы психических расстройств и создания отдельной главы (35%; $\kappa=0,88$)⁷. Во многих обращениях (25%; $\kappa=0,97$) использовалось шаблонное сообщение, предоставленное Всемирной ассоциацией сексуального здоровья. В нескольких обращениях утверждалось, что сохранение гендерной несовместимости в классификации болезней травмирует и стигматизирует трансгендерных людей (14%; $\kappa=0,80$), предлагалась другая формулировка определения (18%; $\kappa=0,71$) или другие диагностические признаки (23%; $\kappa=0,62$). ВОЗ частично изменила определение на основе полученных замечаний⁷.

Интересно, что большая группа обращений по предлагаемому МКБ-11 определению гендерного несоответствия детского возраста выразила несогласие с нынешними стандартами воспитания, возражая против социального перехода и гендерно-утверждающего обращения с несовершеннолетними (46%; $\kappa=0,72$), что важно и требует обсуждения, но имеет отношение к лечению, а не к классификации. Предложенное определение было подвергнуто критике или опротестовано в 31% обращений ($\kappa=0,62$), при этом некоторые из них использовали шаблон, предоставленный Всемирной ассоциацией сексуального здоровья, чтобы призвать к пересмотру на основе консультаций с сообществом (15%; $\kappa=0,93$). Другие возражали против диагноза, выражая страх перед патологизацией детского гендерного разнообразия (15%; $\kappa=0,93$) и утверждая, что это не нужно, потому что у детей не будет ни дистресса (11%; $\kappa=0,80$), ни необходимости в гендерно-подтверждающей медицинской помощи (28%; $\kappa=0,65$). Некоторые также утверждали, что диагноз не является необходимым для исследовательских целей, указывая, что исследования гомосексуализма процветают с момента его удаления из МКБ (9%; $\kappa=0,745$). Признавая противоречия, связанные с лечением, ВОЗ

сохранила эту категорию, с тем чтобы помочь обеспечить доступ к надлежащей клинической помощи при одновременном решении проблемы стигматизации путем включения ее в новую главу состояний, связанных с сексуальным здоровьем, а также посредством предоставления дополнительной информации в CDDG⁷.

В процессе обработки этих обращений стало очевидным, что многие из них были подготовлены с точки зрения информационно-пропагандистской деятельности и зачастую касались конкретной категории. Научным экспертам целесообразно пересмотреть свои рекомендации в свете опыта пациентов и отзывов. В качестве основы для внесения изменений в MMS и CDDG ВОЗ использовала замечания и предположения как содержащиеся на бета-платформе, так и из других источников информации, в частности, на основании результатов полевых исследований^{8,9}.

**Johannes Fuss¹, Kyle Lemay², Dan J. Stein³,
Peer Briken¹, Robert Jakob⁴, Geoffrey M. Reed^{5,6},
Cary S. Kogan²**

¹Institute for Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany (Германия);

²School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa, Canada (Канада);

³Department of Psychiatry, University of Cape Town and Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa (ЮАР);

⁴Department of Health Statistics and Information Systems, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Швейцария);

⁵Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland (Швейцария);

⁶Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA (США).

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактор: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Fuss J, Lemay K, Stein DJ et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2019;18:2;233-235.

Библиография

1. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
2. Reed GM, First MB, Kogan CS et al. *World Psychiatry* 2019;18:3-19.
3. Walton MT, Bhullar N. *Arch Sex Behav* 2018;47:1327-31.
4. Kraus SW, Krueger RB, Briken P et al. *World Psychiatry* 2018;17:109-10.
5. Fink P, Schroder A. *J Psychosom Res* 2010;68:415-26.
6. Gureje O, Reed GM. *World Psychiatry* 2016;15:291-2.
7. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al. *World Psychiatry* 2016;15:205-21.
8. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:174-86.
9. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:306-15.

DOI: 10.1002/wps.20635

Споры о когнитивно-поведенческой терапии шизофрении

В настоящее время эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) оспаривается. К примеру, Национальный институт здравоохранения и медицинского обслуживания Великобритании (NICE)¹ рекомендует этот метод лечения, в то время как другая влиятельная организация Великобритании, Cochrane Collaboration, утверждает, что с 2012 года нет четких доказательств того, что она эффективна^{2,4}.

Очевидно, уместно привести сетевой метаанализ психологических вмешательств при шизофрении, опубликован-

ный в этом журнале⁵, в результате которого были получены убедительные доказательства, что КПТ эффективна против продуктивных симптомов. С другой стороны, согласно метаанализу 2014 года Jauhar и соавт.⁶, не имеется четких доказательств эффективности относительно этого класса симптомов. Поскольку важно понять, какие факторы приводят к различным результатам в метаанализах⁷, мы, как авторы этих двух метаанализов решили изучить, почему могло возникнуть такое расхождение.

Исследование влияния КПТ на наличие продуктивных симптомов Bighelli и соавт.⁵ было основано на 27 исследованиях из имеющихся 40, которые удовлетворяли критериям включения (остальные исследования содержали данные по одному или нескольким другим показателям, например, по всем группам симптомов, негативным симптомам, рецидивам/регоспитализациям, депрессии, качеству жизни, функционированию, смертности). В этих 27 исследованиях совокупная величина эффекта находилась в верхней части небольшого диапазона, как по отношению к традиционному лечению (-0,30; 95% ДИ: от -0,45 до -0,14, 18 исследований), так и по отношению к неактивным контрольным вмешательствам (-0,29; 95% ДИ: от -0,55 до -0,03, 7 исследований). Большая величина эффекта была относительно КПТ по сравнению с поддерживающей терапией (-0,47; 95% ДИ: от -0,91 до -0,03, 2 исследования). Оставляя в стороне выводы для поддерживающей терапии, где количество исследований было небольшим, эти выводы сами по себе несильно отличаются от совокупной величины эффекта КПТ, которую Jauhar и соавт.⁶ выявили относительно продуктивных симптомов по сравнению с группами контроля (-0,25; 95% ДИ: -0,37 до -0,13, 33 исследования).

Впрочем, различия между двумя метаанализами были связаны с результатами ослепленных исследований. Bighelli и соавт.⁵ продолжали находить значительный эффект КПТ (-0,27; 95% ДИ: от -0,41 до -0,13) в 15 ослепленных исследованиях, но не против неактивного контроля (-0,14; 95% ДИ: от -0,37 до 0,09), хотя количество исследований здесь было меньше (n=5). Напротив, Jauhar и соавт.⁶ в субанализе из 20 ослепленных исследований обнаружили, что совокупная величина эффекта КПТ на продуктивные симптомы относительно всех групп контроля упала до очень низких уровней (-0,08; 95% ДИ: от -0,18 до 0,03).

Расхождения в результатах слепых исследований не отражают различий в том, каким образом критерии «слепоты» применялись к исследованиям, включенным в два метаанализа. Используемый подход аналогичен, и перекрестная проверка показала, что расхождения в квалификации исследований как «слепых», «неслепых» или «неоднозначных» являются тривиальными.

Было установлено, что наиболее важное различие между двумя метаанализами касается используемых критериев включения. В то время как Jauhar и соавт.⁶ использовали общую стратегию, аналогичную тем, которые использовались NICE¹ и Cochrane Collaboration²⁻⁴, акцент в метаанализе Bighelli и соавт.⁵ с самого начала⁸ был смещен в сторону эффективности психологических вмешательств в лечении продуктивных симптомов (изначально КПТ была выбрана для этих целей). Следовательно, исследования, проведенные у пациентов с преимущественно негативными симптомами и у стабильных пациентов (т. е. исследования по профилактике рецидивов), были исключены. Bighelli и соавт.⁸ также решили исключить исследования, которые проводились у пациентов с первым эпизодом, на том основании, что такие исследования, как было установлено, имеют значительно более высокие показатели ответа на лечение по сравнению с исследованиями с участием хронических пациентов.

Это методологическое различие оказалось важным. Хотя количество исследований по КПТ, включенных в эти два метаанализа (27 и 33), несильно отличалось, только 14 исследований включенных Bighelli и соавт. фигурировали у Jauhar и соавт.. Это означает, что у Bighelli и соавт.⁵ было больше исследований о воздействии на продуктивные симптомы в качестве четких критериев включения (14 у Jauhar и соавт.⁶ против 27 у Bighelli и соавт.⁵).

Таким образом, расхождение в отношении эффективности КПТ при продуктивных симптомах шизофрении (особенно в ослепленных исследованиях), обнаруженное в наших двух метаанализах, отражает существенно различающиеся стратегии набора данных. Чтобы уменьшить путаницу в этой области, где дизайн исследований гораздо более изменчив, чем в исследованиях о фармакологических методах лечения шизофрении, мы предлагаем, чтобы будущие систематические обзоры психотерапии шизофрении всегда документировали свои методы и, в частности, критерии включения в изначальный протокол публикации.

Peter McKenna^{1,2}, Stefan Leucht³, Sammy Jauhar⁴, Keith Laws⁵, Irene Bighelli³

¹FIDMAG Research Foundation, Barcelona, Spain (Испания);

²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Spain (Испания);

³Department of Psychiatry and Psychotherapy, Klinikum rechts der Isar, School of Medicine, Technical University Munich, Munich, Germany (Германия);

⁴Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, London, UK;

⁵School of Life and Medical Sciences, University of Hertfordshire, Hatfield, UK (Великобритания)

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

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

McKenna P, Leucht S, Jauhar S et al. The controversy about cognitive behavioural therapy for schizophrenia. *World Psychiatry* 2019;18(2):235-236.

Библиография

1. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. London: National Collaborating Centre for Mental Health/National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
2. Jones C, Hacker D, Cormac I et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4: CD008712.
3. Jones C, Hacker D, Meaden A et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;11: CD008712.
4. Jones C, Hacker D, Xia J et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;12: CD007964.
5. Bighelli I, Salanti G, Huhn M et al. *World Psychiatry* 2018;17:316-29.
6. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J et al. *Br J Psychiatry* 2014;204:20-9.
7. Helfer B, Prosser A, Samara MT et al. *BMC Med* 2015;13:82.
8. Bighelli I, Salanti G, Reitmair C et al. *BMJ Open* 2018;8:e019280.

DOI: 10.1002/wps.20636