

Переосмысление результатов требует переосмысления психических расстройств

Поразительным наблюдением в обзоре Cuijpers о диапазоне целей и результатов психотерапии является несколько отрезвляющее утверждение о том, что «до сих пор не ясно, что именно представляют собой эти [психические] расстройства»¹.

Несмотря на десятилетия исследований и потраченные миллиарды долларов, основным препятствием для понимания природы и, следовательно, лечения психических расстройств является доминирующий подход в классификации, основанный на выделении клинических фенотипов, ведущий к появлению бинарных категорий. Несмотря на то, что данный подход является единственным прагматичным подходом, разработанным на сегодняшний день, он имеет «ограниченную обоснованность», и «хотя в большинстве исследований психических расстройств в последние десятилетия использовались разные версии этих систем, они зачастую подвергались широкой критике»¹. Таким образом, мы по-прежнему не можем ответить на вопрос, который, казалось бы, не имеет ответа, и который мешал психиатрии с самого начала: в чем заключается расстройство?

Основная причина ограниченной обоснованности подхода бинарной классификации заключается в том, что «существуют доказательства того, что большинство психических расстройств следует рассматривать не как отдельные сущности, а скорее, как состоящие из дименсий, по которым одни люди получают высокие оценки, а другие – низкие»¹. Таким образом, бинарные модели психических расстройств, которые классифицируют людей на «расстройство» и «не-расстройство», не основаны на эмпирических наблюдениях. В действительности, содержание статьи Cuijpers можно было бы так же легко применить ко всему спектру психиатрической терапии, включая лекарства. Суть в том, что нам необходимо разработать способ фенотипирования состояний психического здоровья с использованием подходов, которые отражают их истинную структуру и распределение в популяции.

Комиссия Lancet по глобальному психическому здоровью и устойчивому развитию (Global Mental Health and Sustainable Development)² одобрила поэтапный подход для соединения дименсиональных и бинарных структур с описанием психических рас-

стройств. Расстройства не являются статичными, дискретными и стабильными (подразумевающими различные этиологию и терапию), эти состояния являются синдромами, которые возникают и развиваются поэтапно. Наши будущие классификации вполне могут сократить множество диагнозов до весьма ограниченного числа дименсий, каждое из которых может быть сопоставлено с определенной сетью или цепью нейронов³. Люди, испытывающие проблемы с психическим здоровьем, могут быть охарактеризованы по этим параметрам.

В поэтапном подходе четко прослеживается понятие континуума от полного отсутствия психопатологии через состояния, в которых проявления болезни мягкие и часто недифференцированные, и те, при которых возникают группы явлений, до «конечной стадии», когда они становятся тяжелыми и хроническими. В этом континууме существует высокая степень корреляции с социальным функционированием, при котором психопатология и социальное функционирование взаимодействуют двунаправленно на протяжении всего спектра тяжести.

В связи с этим основной вопрос заключается в том, насколько «глубоким» должно быть наше фенотипирование, выходящее за рамки регистрируемых явлений (конкретных симптомов), на когнитивные фенотипы (импульсивность или дефицит внимания), или какие группы явлений обоснованы, и в какой степени они должны охватывать социальные и соматические явления. Для решения этих сложных вопросов необходимо согласование поэтапного подхода с другими структурами, в частности RDoC и теориями нейросетей. Как указывает Cuijpers, эти структуры подчеркивают дисфункцию нервных цепей как механизм в определенных областях психопатологии, который может предложить новые мишени для вмешательств.

Этот подход особенно подходит для психотерапии, так как она может быть классифицирована в соответствии с тяжестью симптомов и нарушением социального функционирования⁴. С клинической точки зрения и с точки зрения общественного здравоохранения, этапный подход указывает на возможность применения к уходу за пациентами с легкими нарушениями и ранними стадиями низкоинтенсивных вмешательств: управляемого в цифровом

режиме самообслуживания, работников общественного здравоохранения, психологические и социальные вмешательства⁵. Это не только эффективный способ оставить дорогостоящие услуги специалиста в области психическому здоровью для тех людей, которые находятся в более тяжелом состоянии, он также дает больше возможностей для значительной части людей с более мягкими нарушениями, которые могут выздороветь и оставаться здоровыми без необходимости диагностики с помощью вмешательств, которые могут быть доступны через различные платформы снабжения.

Дименсиональный подход также предлагает механистическую основу для растущего объема доказательств в пользу одноэлементных психотерапевтических вмешательств, например, поведенческой активации при депрессивных симптомах или симптомах тревоги. Их концепция состоит в направленном воздействии на конкретные сети мозга или нейронные цепи, связанные с этим опытом (и которые, в виду того, что наша способность картировать и изображать коннектомы улучшается, могут предложить новые мишени для вмешательств). Хотя некоторые из этих элементов могут сами по себе являться трансдиагностическими, отражая то, как различные области мозга влияют друг на друга через сети, несколько элементов могут быть объединены в единый трансдиагностический протокол, который может быть приспособлен для влияния на конкретные психопатологии в широком диапазоне состояний психического здоровья.

Что же тогда может быть наиболее приемлемым результатом? Cuijpers утверждает: «если мы до сих пор достоверно не знаем, что представляют собой расстройства и как их следует определять, какие мишени лечения мы должны использовать, то как мы можем измерить их результат?»¹. Но на самом деле, хотя я и полностью согласен с тем, что не должно быть результата, одинаково приоритетного для всех заинтересованных сторон, я считаю, что страдания, испытываемые человеком, получающим вмешательство в области психического здоровья, должны быть на первом месте.

Если это так, то как это должно выглядеть? Дименсиональные измерения общей психопатологии, широко использовавшиеся ранее (например, Опросник общего состояния здоровья (General Health Questionnaire) или

Опросник самоотчета (Self-Reporting Questionnaire)), могут вернуться в моду. Дименсональные измерения в конкретных областях, такие как Опросник здоровья пациента – 9 (Patient Health Questionnaire – 9, PHQ-9) для симптомов депрессии, уже являются наиболее часто сообщаемыми результатами. Таким образом, нам не нужно определять нашу «целевую» группу на основе их базового «диагноза», опираясь на существующие системы классификации.

Нам все еще нужно выяснить, что представляет собой значимое изменение в баллах, и нам, возможно, придется придерживаться относительно произвольных клинических показателей в качестве ответа (например, снижение баллов на 50%, часто используемое в исследованиях депрессии), которые также применяются для других измерений показателей состояния здоровья (например, для артериальной гипертензии), или мы могли бы откалибровать значимое изменение в баллах вопреки определяемым пациентом общим рейтингом, чтобы получить «минимальную клинически значимую разницу»⁶. В свою очередь, результаты могут варьироваться в зависимости от степени тяжести психопатологии; например, на

одной стадии все внимание может быть сфокусировано на переживании симптомов, но при переходе на другую стадию внимание может быть сосредоточено на социальном функционировании.

Другим следствием принятия дименциональных подходов является то, что получение новых видов результатов, поддающиеся удаленному мониторингу, может стать реальностью, например, пассивная оценка цифровых поведенческих маркеров в реальном времени. В этом контексте оценка результатов полезна не только в качестве конечных точек для оценки эффективности психотерапии, но и в качестве динамических точек для принятия решений о выборе тактики лечения, когда могут быть назначены вмешательства разной интенсивности в соответствии с течением расстройства: на ранних стадиях вмешательства низкой интенсивности и более интенсивное лечение для тех, кто в нем нуждается.

Таким образом, переосмысление результатов и целей должно требовать переосмысления характера психических расстройств. Мы должны инвестировать в парадигмы клинических исследований, где используются новые, дименциональные подходы к характеристике этих состояний, пред-

лагая новые подходы к определению целей и результатов. Нынешняя система, которая была основой психиатрических исследований и которая исторически должна была привести к выяснению этиологии, механизмов и методов лечения, привела нас в тупик.

Vikram Patel

Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

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

Vikram Patel. Reimagining outcomes requires reimagining mental health conditions. *World Psychiatry* 2019;18(3): 286-87.

Библиография

1. Cuijpers P. *World Psychiatry* 2019; 18: 276-85.
2. Patel V, Saxena S, Lund C et al. *Lancet* 2018; 392: 1553-98.
3. Fox MD. *N Engl J Med* 2018; 379: 2237-45.
4. Patel V. *PLoS Med* 2017; 14: e1002257.
5. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK et al. *Annu Rev Clin Psychol* 2017; 13: 149-81.
6. McGlothlin AE, Lewis RJ. *JAMA* 2014; 312: 1342-3.

DOI: 10.1002 / wps.20662

Процессы терапевтических изменений объединяют и уточняют цели и результаты

Господство модели латентных заболеваний в DSM и МКБ привело к тому, что, как отмечает Cuijpers¹, все внимание сконцентрировано на облегчении симптомов в качестве основной цели и результата психотерапевтических вмешательств.

Клиенты, работодатели, спонсоры и общественность в целом не нуждаются в таком сужении фокуса, сопровождающего психиатрическую нозологию. Как справедливо отмечает Cuijpers¹, есть и другие мишени, и результаты, которые могут быть гораздо важнее: улучшение качества жизни или жизненного функционирования, или экономический результат. К ним мы можем добавить социальные и физические переменные здоровья: снижение межличностного насилия или физические заболевания, связанные с образом жизни.

Cuijpers¹ заключает, что наибольший вес следует уделять мнению пациентов при определении приоритетов в целях и ожидаемых результатах психотерапии. Мы согласны. Но если мы рассмотрим более широкий диапазон результатов вмешательства, будет еще более важно

прояснить, как эмпирически перейти от индивидуальных характеристик к индивидуальным целям, узнав больше о «наборе основанных на теории, динамических, прогрессивных и многоуровневых изменениях, которые происходят в предсказуемых эмпирически установленных последовательностях, ориентированных на желаемые результаты»². Другими словами, нам нужно будет понять процессы терапевтических изменений и связать их с основой эффективного вмешательства.

Основной вопрос современной интервенционной науки: «Какие основные биопсихосоциальные процессы следует сделать потенциальной мишенью у конкретного клиента, ставящего конкретную цель в данной ситуации, и как их можно наиболее эффективно и действительно изменить?»². В этом контексте мы обеспокоены тем, что Cuijpers¹ отвергает процесс изменений и другие «промежуточные результаты». Без фокуса на сам процесс, более широкие взгляды на результат могут привести к еще большей путанице, чем сейчас.

Основываясь на исследованиях медиации (mediation), Cuijpers приходит к

выводу, что «нет никаких доказательств» того, что это поможет достичь ориентирования на процессы изменений. Мы не согласны. Медиация — это только один способ, и традиционный подход к изучению медиации во многих отношениях несовершенен. Процессы изменений являются индивидуальными по своей природе³, и, таким образом, статистические допущения, встроенные в классический анализ медиации, повсеместно нарушаются.

Классическая медиация фокусируется на нескольких процессах, предположительно связанных с результатами линейно, неизменных во времени, без каких-либо петель обратной связи или рекурсивных процессов. Такие неподобные предположения лежат в основе требований необходимости доказать, что не было никаких нарушений временной зависимости между медиаторами и исходами, показать эффект «доза-ответ» или доказать, что никакая третья переменная не может быть задействована. В некоторых ситуациях (например, третьи переменные) нет способа удовлетворения этих требований, а в других (например, вре-