

ния и оказываемой помощи) не оказывают существенного влияния на недобровольные госпитализации в сравнении со стандартным лечением⁸.

Может ли участие лиц, оказывающих помощь, в планировании лечения повлиять на недобровольные госпитализации остается неясным. Оценка недобровольных госпитализаций персоналом учреждений, оказывающих помощь, в целом благоприятна⁹, поскольку они являются первыми, кому приходится справляться с острыми состояниями у пациентов и нести большую часть сопутствующей нагрузки. Таким образом, их отношение может, по крайней мере в части случаев, способствовать недобровольным госпитализациям, хотя этот вопрос никогда не изучался систематически.

Из приведенного выше «синтетического» обзора ясно, что литература по факторам, способствующим или предотвращающим недобровольные госпитализации в психиатрии, является скорее спекулятивной, чем основанной на эмпирических данных, и что имеющиеся данные часто противоречивы и трудно поддаются интерпретации. Кроме того, кросс-культурные исследования очень редки, хотя они могут быть чрезвычайно полезны для прояснения некоторых аспектов. Учитывая высокую клиническую и этическую актуальность вопроса, дальнейшие исследования в этой области, очевидно, оправданы.

Вполне вероятно, что многие из факторов, которые мы кратко рассмотрели, незначительно способствуют или вносят небольшой вклад в предотвращение недобровольных

госпитализаций, и что данные мероприятия также должны быть дифференцированы и проводиться на разных уровнях.

Wulf Rössler

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; Psychiatric University Hospital, University of Zurich, Zurich, Switzerland; Institute of Psychiatry, University of São Paulo, São Paulo, Brazil

Перевод: Мурашко А.А.

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

Rössler W. Factors facilitating or preventing compulsory admission in psychiatry. *World Psychiatry*. 2019;18(3):355–356

Библиография

1. Nordt C, Rössler W, Lauber C. *Schizophr Bull* 2006;32:70914.
2. Salize HJ, Dressing H. *Br J Psychiatry* 2004;184:1638.
3. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M et al. *JAMA Psychiatry* 2016;73:65764.
4. Priebe S, Fakhoury W, White I et al. *Br J Psychiatry* 2004;185:30611.
5. Lay B, Kawohl W, Rössler W. *Psychol Med* 2018;48:84960.
6. Keown P, Weich S, Bhui KS et al. *BMJ* 2011;343:d3736.
7. Funk M, Drew N. *World Psychiatry* 2019;18:434.
8. Farrelly S, Brown GE, Flach C et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD001711.
9. Giacco D, Fiorillo A, Del Vecchio V et al. *Br J Psychiatry* 2012;201:48691.

DOI:10.1002/wps.20678

Систематическое включение культуральных данных в МКБ-11

Опыт и симптоматика психических расстройств подвержены влиянию культуры и социальной среды не только у пациентов и их семей, но также у отдельных лиц из системы здравоохранения. Эти культурные взгляды влияют на то, что считается нормальным или патологическим, поэтому они все больше учитываются в современных системах классификации.

Более ранние издания двух доминирующих систем классификации в психиатрии использовали несколько иные подходы к отражению культурных влияний на диагностику. Клинические описания и диагностические указания (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, CDDG) для психических и поведенческих расстройств МКБ-10 не включали классификацию культурно-специфических расстройств, но, скорее, отмечали наличие культурных различий у широких группах в проявлениях расстройств (например, соматоформного расстройства), в обращении за помощью и поведении, связанном с болезнью, однако, культуральные особенности не были систематически включены в данное руководство. В отличие от него, DSM-IV включала краткие описания культурных особенностей при специфических расстройствах, выделяла компоненты культурного подхода и двадцать пять «культурно-специфических синдромов»¹.

При разработке МКБ-11 большое внимание уделяется принципу глобальной применимости, то есть созданию таких диагностических руководств, которые бы хорошо работали по всему миру, в разных регионах, странах и на разных языках². Отражение культурного контекста, в котором происходят клинические встречи, вероятно, послужит этой цели. Тем не менее, существует неизбежное противоре-

чие между включением местного релевантного материала и основной целью международной системы классификации, которая должна надежно передавать клиническую информацию сквозь разнообразные границы. Ответ на этот вызов требует прагматического баланса, который включает в себя признание культурных различий, где они важны, не позволяя им отвлекать от цели общего глобального диагностического языка³.

Для рассмотрения культуральных особенностей в диагностическом процессе Департамент психического здоровья и наркологии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в числе прочего создал рабочую группу для разработки руководства по культуральным аспектам для CDDG МКБ-11, основанного на текущем состоянии клинически применимой информации для конкретных расстройств и / или их групп.

Акцент был сделан на предоставлении практически применимого материала в помощь клиницистам при оценке ими состояния пациентов с использованием МКБ-11 и снижении предвзятости при принятии клинических решений путем облегчения диагностической оценки с учетом культурных особенностей.

Так, например, признавая, что на конкретные идиомы, относящиеся к психическим заболеваниям, всегда влияет культура, руководство описывает эмоции, когнитивные процессы или поведение, которые универсальны и поэтому не являются уникальными для какой-либо культуры.

Рабочая группа разработала следующие вопросы, направляющие генерацию материала о культуре:

- Есть ли свидетельства, что культура оказывает сильное влияние на представленность расстройства? Например,

есть ли заметные межкультурные различия? Известен ли механизм, как культура может влиять на симптомы или представленность расстройства?

• Есть ли доказательства того, что распространенность расстройства является особенно высокой или низкой в конкретных группах населения? Какие предосторожности следует учитывать при интерпретации этих данных (например, неправильное распределение симптомов у врачей, незнакомых со свойственным культуре проявлением дистресса)? Можно ли связать различия в распространенности с информацией о механизмах (например, имеющиеся данные о том, что распространенность нервной анорексии выше в обществах, где худоба идеализирована)?

• Какие культуральные концепции дистресса (идиомы, синдромы, объяснения / причины), связанные с расстройством, выявлены в различных культурных группах?

Для разработки руководства рабочая группа провела ряд консультаций с экспертами и рассмотрела литературу по теме культурных влияний на психопатологию и классификацию каждой диагностической группы, а также тексты, представленные в МКБ-10 CDDG и DSM-5. Также были использованы данные, полученные различными рабочими группами МКБ-11 во время работы над новым изданием⁴. Результатом стало руководство, предназначенное для того, чтобы помочь врачу принимать обоснованные решения, которые могут способствовать ориентированному на пациента лечению, учитывающему культурную и социальную среду клинической встречи.

Ниже приведен пример полученного материала о культурных влияниях для расстройства адаптации:

• Нарушение адаптации может усугубляться ограниченной семейной или общественной поддержкой, особенно в коллективистских или социоцентрических культурах. В этих сообществах причины беспокойства могут распространяться на стрессоры, воздействующие на близких родственников или друзей.

• Реакции расстройства адаптации, которые включают диссоциативные симптомы, могут быть более выраженными в некоторых культурных группах.

• Симптомы расстройства могут зависеть от местных идиом (например, *susto* или *espanto* (испуг) в Центральной Америке), которые связаны со страхом или последующим беспокойством по поводу стрессора с сильной культурной коннотацией (например, внезапный испуг при пересечении ночью в одиночку незаселенной местности). Эти идиомы также применимы к тревожным расстройствам.

Хотя руководство может повысить глобальную применимость МКБ-11, его недостаточно для достижения этой цели. Ограниченность современных научных знаний означает, что надежные проверочные данные для большинства диагностических категорий отсутствуют^{5,6}. Классификация психических расстройств представляет собой лучшее суждение на основе существующей информации, сделанное группой экспертов. Данные, на которых такие суждения обычно основаны, собраны на Западе, при этом большая часть мира вносит очень незначительный вклад в информационный пул. Хотя мы знаем, что психиатрический диагноз имеет свою ценность⁷, не может быть сомнений, что психиатрическая нозология встроена в культуру,

ее производящую, и то, где происходит сбор данных, играет важную роль.

Одним из способов преодоления ограничений, связанных с источниками данных, является попытка обеспечить их сбор в разных культурных группах для применения их опыта в процессе принятия решений⁸. В рамках нашего на данный момент несовершенство уровня знаний, ВОЗ стремилась решить эту проблему, включая в рабочие группы МКБ-11 членов из всех регионов мира, причем значительную долю составляли страны с низким и средним уровнем дохода, и гибко формируя CDDG МКБ-11, которые позволяют предоставить больше возможностей для клинического суждения с учетом средовых, в том числе, культуральных факторов⁴.

Oye Gureje^{1,2}, Roberto Lewis-Fernandez^{3,4}, Brian J. Hall⁵, Geoffrey M. Reed^{3,6}

¹Department of Psychiatry, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria;

²Department of Psychiatry, Stellenbosch University, Stellenbosch, South Africa;

³Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA;

⁴Department of Global Mental and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

⁵Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Macau, Macao (SAR), People's Republic of China;

⁶Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Перевод: Тверская Е. И. (Москва)

Редактура: к.м.н. Дорофейкова М. В. (Санкт-Петербург)

Gureje O., Lewis-Fernandez R., Hall B., Reed G. M. Systematic inclusion of culture-related information in ICD-11. *World Psychiatry* 2019;18(3): 357-358

O. Gureje и R. LewisFernández являются сопредседателями, а B. Hall – членом Рабочей группы МКБ-11 по культурному влиянию. O. Gureje также является членом Международной консультативной группы и Координационной группы по полевым исследованиям психических и поведенческих расстройств МКБ-11. G. M. Reed является сотрудником Секретариата ВОЗ, Департамента психического здоровья и наркологии. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в этом документе, которые могут не отражать решения или законодательство ВОЗ.

Библиография:

1. LewisFernández R, Kleinman A. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:433-48.
2. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:174-86.
3. Sartorius N, Ustün TB, Costa e Silva JA et al. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50: 819-24.
4. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. *World Psychiatry* 2015;14:829-0.
5. Kendler KS, Gardner CO. *Am J Psychiatry* 1998;155:1727.
6. Hyman SE. *Nat Rev Neurosci* 2007;8:725-32.
7. Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. *World Psychiatry* 2005;4: 788-6.
8. Gureje O, Stein DJ. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:606-12.

DOI:10.1002/wps.20676