

Оптимизация персонализированного подхода в лечении депрессии: о важности ситуационного контекста и необходимости новой всеобъемлющей парадигмы психического здоровья

Reynolds C. Optimizing personalized management of depression: the importance of real-world contexts and the need for a new convergence paradigm in mental health. *World Psychiatry*. 2020;19(3):266-268.

В настоящем выпуске Мај и соавт.¹ вынесли на обсуждение один из фундаментальных принципов психиатрии, а именно положение, что более точная клиническая характеристика пациентов с депрессией дает возможность персонализированного лечения и улучшает его результат. Авторы провели всесторонний и взвешенный анализ множества факторов, включая конкретные симптомы, тяжесть и стадию заболевания, подтип депрессии, функциональный статус, нейрокогнитивное функционирование, коморбидную психическую и соматическую патологию, подверженность неблагоприятным факторам в детстве, дисфункциональные личностные характеристики и стрессовые факторы окружающей среды, а также подчеркнули важность диагностики и лечения, базирующихся на количественных показателях, полученных с использованием надежных и удобных в практике психометрических инструментов.

Обзор существующих биомаркеров не входил в цели работы, но авторы отметили, что мультидименсиональный подход к клинической оценке облегчил бы их обнаружение и применение. Наиболее вероятно, что биомаркеры коррелируют скорее с отдельными психопатологическими параметрами, чем с диагностическими категориями, при использовании которых важные в клиническом и терапевтическом отношении особенности расстройства нередко отходят на второй план. В качестве предикторов, модификаторов и медиаторов вариабельности ответа биологические маркеры могут быть очень полезны в практике.

Здесь уместна аналогия с сахарным диабетом: при обнаружении высокого уровня глюкозы в крови (то же могло бы происходить при положительном результате теста на депрессию) необходимо дополнительное обследование по ряду параметров, что позволяет выбрать подходящую терапию, а в дальнейшем наблюдать за ходом лечения и предотвращать нежелательные реакции, следя за динамикой лабораторных показателей.

С точки зрения человека, страдающего депрессией, лечение успешно, если ему удалось добиться хорошего самочувствия и вернуться к прежнему уровню функционирования в социальной, профессиональной и семейной среде. Как отмечают Мај и соавт., для пациентов это наиболее важные показатели выздоровления. Уменьшение выраженности симптоматики – несомненно, очень важная цель лечения (поскольку остаточные симптомы указывают на высокий риск повторного обострения и хронификации), но пациенты и члены их семей ждут в первую очередь, что к ним вернется смысл и радость жизни, они смогут играть в обществе прежнюю социальную роль, а нагрузка на осуществляющих уход и сопутствующая ей деморализация уйдут.

Поэтому, размышляя, к какому результату мы стремимся, следует принимать во внимание точку зрения не только самого пациента, но и его семьи. Депрессия чаще всего возникает именно в семейном контексте, а не обособленно. Множество социальных, культурных и медицинских проблем также вносят в нее свой вклад. Оптимальная стратегия помощи подразумевает не только облегчение страданий, но и всестороннюю организационную помощь.

Признание, что депрессия не возникает *in vitro*, означает, что клиницистам следует выделить разновидности контекста, в рамках которых возможна более точная клиническая характеристика пациентов с депрессией. Эти особенности контекста могут включать социокультурные и медицинские проблемы, системные вопросы оказания помощи, которые необходимо решить для формирования оптимального подхода к диагностике и лечению депрессии. На основании этих особенностей контекста можно развить многомерную клиническую характеристику *in vivo*.

Говоря о социокультурном контексте, следует понимать, что члены различных этнических и расовых групп по-разному понимают, что такое депрессия, какое для нее необходимо лечение и нужно ли оно вообще. В некоторых условиях «депрессия» стигматизируется, и сама является стигматизирующим фактором. Более того, в условиях ограниченных ресурсов вовлеченность пациентов совершенно иная, чем в странах с высоким уровнем доходов, и объяснить необходимость лечения может быть особенно трудно, если ее не поддерживают члены семьи. Во многом может помочь привлечение к работе сотрудников, являющихся одновременно представителями этнической группы: работая в такой команде, легче завоевать доверие пациентов, выстроить с ними отношения сотрудничества, добиться соблюдения режима лечения и доступа к ресурсам сообщества, которые необходимы для выздоровления пациентам с депрессией, часто оказывающимся в трудном экономическом положении.

Прежде чем стремиться к оптимизации результатов лечения и внедрению более точных клинических характеристик, необходимо решить вопрос о значительном разрыве в качестве лечения депрессии между разными странами². Этот разрыв возникает, в частности, из-за нехватки специалистов в области психического здоровья в странах с низким и средним уровнем доходов (а также в сельских районах стран с высоким уровнем доходов), где влияние социальных детерминант заболеваемости, в том числе депрессией, особенно значимо. В дискуссии о стадийном подходе к депрессии Мај и соавт. подчеркивают, что в условиях кадровых проблем особенно важна тактика раннего вмешательства, которая позволяет предупредить и профилактировать возникновение расстройства у уязвимого контингента. Убедительна приведенная авторами аналогия с онкологическими заболеваниями: при депрессии, как и в случае с раком, раннее профилактическое вмешательство может предотвратить развитие патологии или, по крайней мере, предотвратить развитие опасных осложнений. В случае депрессии к неблагоприятным последствиям можно отнести формирование терапевтической резистентности, хронизацию расстройства, самоубийство или исход в деменцию.

Таким образом, центральным становится вопрос применения существующего опыта в сфере психического здоровья в целях персонализированной медицины. Например, в командном подходе к лечению и профилактике депрессии все чаще прибегают к делегированию отдельных задач медицинскому персоналу первичного звена и непрофессиональным медицинским работникам (см., например, у Dias и

соавт.³). Такие модели, которые иногда называют «координированной» помощью, способствуют внедрению доказательных подходов и научно-обоснованных руководств в широкую практику и организуются под руководством специалистов в сфере психического здоровья, составляющих узловое звено системы.

Модели координированной и интегративной психологической и медицинской помощи (например, технологии телемедицины и телепсихиатрии), обеспечивают больший охват, чем традиционные институциональные подходы к лечению депрессии и уменьшению суицидального риска. Практической реализации этих подходов способствует возмещение психиатрам расходов на дистанционную помощь; ситуация, когда врач и пациент не встречаются лицом к лицу, особенно актуальна в условиях пандемии COVID-19 и связанных с ней психических расстройств: депрессии, тревоги и пролонгированной реакция горя.

Май и соавт. подчеркивают, что клиническая неоднородность депрессии (в отношении патогенеза, клинической картины и вариабельности ответа) часто приводит к формированию труднокурабельных состояний (отсюда необходимость многомерной оценки для понимания причин фармакологической резистентности). Дальнейшей разработке подлежит еще один важный аспект оптимизации лечения депрессии: универсальные алгоритмы, которыми специалисты могли бы пользоваться для совместного принятия решений о повышении интенсивности лечения, смене подхода или комбинирования методов лечения, при труднокурабельной или даже резистентной депрессии.

В этом контексте, поскольку в цели лечения входит не только добиться выздоровления при минимальных побочных эффектах, но и надолго сохранить состояние ремиссии, пристального внимания требует проблема эффективности, безопасности и финансовых аспектах применения различных подходов в долгосрочной перспективе. Самые разные характеристики пациента, такие как нейрокогнитивное функционирование, наличие суицидальных мыслей, различной выраженности соматическая и/или психиатрическая коморбидность, вероятно, будут снижать или как-то

иначе модифицировать ответ на купирующую терапию в остром состоянии, а также влиять на полноту и длительность ремиссии при поддерживающем лечении. В отличие от традиционного подхода, основанного на общих прогностических факторах, персонализированная тактика при депрессии опирается именно на такие индивидуальные показатели. Возможно, роль таких факторов при депрессии будут играть и биологические маркеры, так же как при онкологических заболеваниях они служат предикторами ответа.

В заключение Май и соавт. обзора подчеркивают, что мультидименсиональная оценка состояния несомненно важна для персонализированного подхода к пациентам с высоким риском и клиническими симптомами депрессии. Многомерная и пациент-ориентированная клиническая оценка с большей вероятностью поможет оптимизировать краткосрочные и долгосрочные результаты терапии, если она будет учитывать широкий социокультурный и организационный контекст, реальные условия, в которых возникает и развивается депрессия. По моему личному мнению, существует потребность в новой, конвергентной и междисциплинарной парадигме, на которую могли бы опираться и исследователи, и многочисленные специалисты, практикующие в сфере психического здоровья⁴.

Charles F. Reynolds 3rd

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

Перевод: Шишковская Т.И. (Москва)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

Библиография

1. Maj M, Stein DJ, Parker G et al. *World Psychiatry* 2020;19:269-93.
2. Patel V. *Where there is no psychiatrist: a mental health care manual*. London: Royal College of Psychiatrists, 2002.
3. Dias A, Azariah F, Anderson SJ et al. *JAMA Psychiatry* 2019;76:13-20.
4. Eyre HA, Lavretsky H, Berk M et al (eds). *Convergence mental health: a roadmap towards transdisciplinary innovation and entrepreneurship*. Oxford: Oxford University Press (in press).

DOI:10.1002/wps.20770