

Преимущества использования виртуальных технологий для оказания помощи при перинатальных психических расстройствах

Vigod S, Dennis C. Advances in virtual care for perinatal mental disorders. *World Psychiatry*. 2020;19(3):328-329.

В своем превосходном обзоре Howard и Khalifeh¹ умело обрисовывают масштабы и бремя перинатальных психических расстройств, которое несут женщины, их дети и семьи по всему миру, и делают акцент на научно обоснованных методах лечения этих расстройств. Ключевым моментом обзора являются убедительные доказательства того, что подавляющее большинство этих расстройств остается нелеченными или недолеченными в странах с высоким, средним и низким уровнем доходов. По имеющимся оценкам, во всем мире лишь каждая пятая женщина, страдающая перинатальным психическим расстройством, получает лечение, необходимое для достижения ремиссии². При 130 млн родов в год во всем мире и примерно 20% женщин, заболевших каждый год, это означает, что около 2 млн женщин ежегодно будут страдать от нелеченных или недолеченных перинатальных психических заболеваний, что окажет существенное влияние на последующие поколения.

Причины, по которым перинатальные психические расстройства остаются без лечения, многочисленны, сложны и часто взаимосвязаны. Некоторым женщинам не предлагают помощь, или они не обращаются за лечением из-за недостаточной осведомленности о своем состоянии, из-за стыда, стигматизации, давления со стороны общества и семьи и предубеждений по поводу психических заболеваний в до- и послеродовом периоде³.

Доказательная психотерапия является высокоэффективным методом лечения таких распространенных состояний, как депрессия, тревога, обсессивно-компульсивное расстройство, а также посттравматические расстройства и расстройства, связанные со стрессом, и ей отдает предпочтение большинство женщин. Тем не менее, беременные могут быть лишены возможности взять выходной для регулярных встреч с психотерапевтом до выхода в отпуск по уходу за ребенком. В послеродовом периоде некоторые женщины могут быть ограничены в передвижении, вначале из-за проведенного кесарева сечения, а позже непредсказуемый режим новорожденного способен затрутить,

если не сделать невозможным, регулярную психотерапию. В более тяжелых случаях женщины и медицинские специалисты часто неохотно прибегают к фармакотерапии и/или избегают повышения доз до адекватного уровня, особенно если специализированная помощь, которая позволила бы определить соотношение пользы и рисков, недоступна⁴. Ограничения доступности лечения усугубляются отсутствием специализированной психологической и психиатрической поддержки во многих юрисдикциях, особенно за пределами городских районов с высоким доходом, а также стоимостью услуг, транспортной доступностью и необходимостью обеспечить уход за детьми во время сеансов лечения.

Виртуальное оказание помощи, определяемое как любое удаленное взаимодействие с пациентами или людьми, обеспечивающих уход за ними, которое использует коммуникационные или информационные технологии для облегчения или максимального повышения качества и эффективности ухода за больным⁵, является очень привлекательным решением этих важных и давно существующих препятствий для лечения перинатальных психических расстройств.

Виртуальные технологии могут быть представлены приложениями для самостоятельной работы, асинхронным взаимодействием пациент-специалист или специалист-специалист, интерактивным взаимодействием по телефону или видеосвязи, что позволяет оказывать помощь дистанционно, или сочетанием этих вариантов. Модели обслуживания с применением мобильных приложений, особенно доступны, отказоустойчивы и обеспечивают недорогие возможности по расширению охвата аудитории. Мобильные технологии быстро распространились по всему миру. Сегодня, по имеющимся оценкам, мобильные устройства есть более, чем у пяти миллиардов людей, и более половины из них – смартфоны, что делает виртуальное оказание помощи жизнеспособным вариантом для многих. Таким образом, виртуальное оказание помощи имеет большой потенциал для решения ряда неотложных задач по обеспечению своевременного и равно-

правного доступа к эффективным медицинским услугам для женщин с перинатальными психическими расстройствами во всем мире.

Прежде чем приступить к внедрению новых технологий, необходимо ответить на важные вопросы. Какие типы виртуального оказания помощи уже используются для лечения перинатальных психических расстройств и среди каких уязвимых групп населения? Доступны ли они женщинам, которые иначе не получили бы лечения? Являются ли они столь же эффективными, как оказание помощи «вживую»? Должны ли они быть такими же эффективными, как оказание помощи «вживую», если при этом некоторые люди, которые иначе вообще не получили бы медицинской помощи, получают хотя бы какое-то лечение с доказанной эффективностью?

Происходит разработка и оценка множества вмешательств, многие из которых представляются перспективными для устранения барьеров, характерных для лечения перинатальных психических расстройств. Мета-синтез пяти качественных исследований показал, что интерактивные дискуссионные группы, модулируемые самими участниками, могут снизить стигматизацию и увеличить обращаемость за помощью. Благоприятный эффект, возможно, связан с оказанием женщинам помощи в переосмыслении того, что значит быть «хорошей матерью», и отделении стигмы психических заболеваний от их материнской идентичности.

Недавний метааналитический обзор, включающий пять рандомизированных контролируемых исследований, показал эффективность вмешательств с участием психотерапевта, доступных через интернет, при лечении перинатальных депрессивных и тревожных симптомов (размер эффекта был средним)⁶. Это очень привлекательная модель с клинической точки зрения, т.к. такое лечение более экономично, чем живое общение один-на-один, поскольку один врач оказывает помощь большему количеству женщин в единицу времени, а женщины выполняют задания в удобное для себя время, таким образом решается проблема выделить определенное время для регулярной терапии.

В отношении «живого» виртуального лечения недавнее исследование эффективности интерперсональной психотерапии (ИТ), проводимой средним персоналом по телефону при послеродовой депрессии, выполненное одним из авторов данной статьи (N=241), показало снижение клинической депрессии в 4,5 раза у женщин, участвовавших в ИТ, спустя 12 нед после рандомизации по сравнению с получавшими стандартную медицинскую помощь⁷. В рамках меньших «пилотных» исследований проведено сравнение оказания помощи с использованием видеосвязи и «вживую». Результаты показали, что, хотя женщины предпочитают оказание помощи «вживую» в случае ее доступности, терапия по видеосвязи и телефону удобнее с точки зрения выделения свободного времени и непредсказуемости режима ребенка⁸.

Виртуальное оказание помощи также применяется для поддержки женщин и медицинских работников при ограниченном доступе к специализированным консультациям в области их проживания. В США Массачусетская программа доступа к детской психиатрии (Massachusetts Child Psychiatry Access Program, MСРАР) для мам обеспечивает быстрый телефонный доступ к психиатрическим консультациям для акушеров, благодаря чему женщины могут получать лечение в учреждениях, где за ними организовано до- и послеродовое наблюдение.

За первые 3,5 года работы программы МСРАР для мам охвачено 145 акушерских клиник, проведено 145 тренингов для 1174 медицинских работников и оказана помощь 3699 женщинам, что свидетельствует об отличном использовании и растущих доказательствах эффективности⁹. В Канаде мы обнаружили, что женщины в пре-

гравидарном и послеродовом периоде легче принимали решение об использовании антидепрессантов во время беременности после оказания интерактивной помощи в режиме онлайн, особенно те, кто не имел доступа к специализированной репродуктивной психиатрической помощи¹⁰.

Одним из примечательных выводов, сделанных в ходе исследования виртуального оказания помощи, является то, что не все вмешательства одинаковы. Даже незначительные различия в дизайне, характере применения и «дозе» могут повлиять на уровень вовлеченности, приверженность и эффективность. Например, есть данные, позволяющие предположить, что психологическая помощь при участии психотерапевта с доступом через интернет связана с высоким уровнем выбывания при применении малоинтенсивного онлайн-коучинга, но показатели значительно улучшаются при переходе на коучинг по телефону⁶.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на инициативы в области виртуального оказания помощи, позволяющие увеличить доступность и охват социально-экономически уязвимых групп населения, в том числе тех, кто имеет ограниченный доступ к интернету или телефону, или тех, кто испытывает трудности с поиском безопасного уединенного места для участия в терапии (например, в условиях насилия со стороны партнера). Кроме того, важна оценка эффективности в разных культурах, чтобы определить необходимость модификации стандартных процедур.

Учитывая гибкость цифровых технологий в современных системах здравоохранения, виртуальное оказание помощи является многообещающей и чрезвычайно интересной областью,

позволяющей решить проблему недостаточного лечения женщин с перинатальными психическими расстройствами и улучшения доступности и охвата. Тщательно разработанные исследования и протоколы имеют решающее значение для того, чтобы мы максимально использовали эту беспрецедентную возможность.

**Simone N. Vigod^{1,2},
Cindy-Lee Dennis³**

¹Women's College Hospital and Women's College Research Institute, Toronto, ON, Canada;

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Toronto, Toronto, ON, Canada;

³Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, ON, Canada

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)

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

Библиография

1. Howard L, Khalifeh H. *World Psychiatry* 2020;19:313-27.
2. Byatt N, Xiao RS, Dinh KH et al. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:187-91.
3. Dennis CL, Chung-Lee L. *Birth* 2006;33:323-31
4. Walton GD, Ross LE, Stewart DE et al. *Arch Womens Ment Health* 2014;17:493-501.
5. Shaw J, Jamieson T, Agarwal P et al. *J Telemed Telecare* 2018;24:608-15.
6. Loughnan SA, Joubert AE, Grierson A et al. *Arch Womens Ment Health* 2019;22:737-50.
7. Dennis CL, Grigoriadis S, Zupancic J et al. *Br J Psychiatry* 2020;216:189-96.
8. Yang R, Vigod SN, Hensel JM. *J Med Internet Res* 2019;21:e13172.
9. Byatt N, Moore Simas TA et al. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2018;39:297-306.
10. Vigod SN, Hussain-Shamsy N, Stewart DE et al. *J Affect Disord* 2019;251:91-9.

DOI:10.1002/wps.20775

Беременные женщины остаются «терапевтическими сиротами»

Wisner KL, Stika CS, Watson K. *Pregnant women are still therapeutic orphans. World Psychiatry.* 2020;19(3):329-330.

«Беременная женщина, пожалуй, последняя настоящая терапевтическая сирота. По этическим и медико-юридическим соображениям, а также в целях сохранения безопасности плода у беременных проводится мало фармакокинетических, фармакодинамических или клинических исследований». Stika и Frederiksen¹ сделали это наблюдение об отсутствии исследований безопасности и эффективности лекарств у беременных женщин в 2001 г.

В 2010 г. Национальный институт здоровья США (the US National Institutes of Health, NIH) опубликовал отчет, содержащий пронизательный комментарий: «Мы еще очень многого не знаем о том, как эффективно и безопасно лечить беременных и как предотвратить неблагоприятные исходы беременности. Клинические исследования могли бы предоставить эту информацию. Тем не менее, сохраняется буквально нездоровое нежелание вклю-

чать беременных женщин в клинические исследования»².

К сожалению, эти утверждения остаются верными и сегодня. В США межправительственной целевой группе было поручено изучить пробелы в знаниях о безопасных и эффективных методах лечения беременных и кормящих. Целевая группа рассмотрела этические проблемы, связанные с их участием в клинических исследованиях, имеющиеся исследования, подготовила