

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

рекомендации по разработке методов лечения и обсудила эффективные стратегии взаимодействия с работниками здравоохранения и общественностью. Необходимо отметить поразительное заявление, сделанное в этом документе: «Через все рекомендации красной нитью проходит основная тема – необходимость изменить культуральные представления, которые значительно ограничивают научные знания о безопасности, эффективности и режиме дозирования медицинских препаратов у беременных и кормящих. Необходим культурный сдвиг, чтобы выделить важность и значимость для общественного здравоохранения создания базы знаний для принятия медицинских решений в отношении этих групп населения»³.

Общественная мотивация защищать беременных сильна, но она должна согласовываться с заботой об их здоровье и благополучии. Беременные бы только выиграли от изменения концепции их защиты: не от исследований, а с помощью исследований. Исключение беременных женщин из клинических исследований ограничивает медицинские знания в отношении этой группы населения, что является дискриминационным и опасным. Разрешение беременным женщинам участвовать в исследованиях в конечном итоге внесет вклад в их защиту в будущем.

Большинство женщин принимают по крайней мере одно лекарство во время беременности. Среднее количество лекарств (без учета витаминов), используемых во время беременности, увеличилось с 2,5 в 1976–1978 гг. до 4,2 в 2006–2008 гг., когда 93,9% беременных принимали хотя бы одно лекарство⁴. Несмотря на эти факты, доказательные данные об эффективном медикаментозном лечении беременных практически отсутствуют. Ограниченное количество инструкций, одобренных Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (the US Food and Drug Administration) (в первую очередь, антиретровирусных и противосудорожных средств), включает информацию об изменении режима дозирования во время беременности. Однако частота и величина изменений концентрации в плазме крови во время беременности для большинства лекарств неизвестны.

Значение отсутствия этих данных продемонстрировано на примере рекомендации профилактического приема антибиотика амоксициллина беременным, заразившимся сибирской язвой в результате биотерроризма. Последующие фармакокинетические исследования показали, что концентрация анти-

биотика в плазме была недостаточной для защиты беременных, поскольку физиологические изменения при беременности увеличивают его клиренс⁵.

Примечательно, что из исследования the NIH Adaptive COVID-19 Treatment Trial, международного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования по оценке безопасности и эффективности противовирусных препаратов у взрослых на стационарном лечении, были исключены беременные и кормящие.

Необходимость культурного сдвига подтверждается тщательным анализе основных этических стандартов здравоохранения⁶. Принцип невмешательства – это принцип непричинения вреда другим. Мантра «не навреди» часто используется клиницистами как обоснование отказа от назначения лекарств беременной. Дискомфорт, связанный с ответственностью за потенциальное нанесение вреда плоду из-за назначения лекарств (ошибка вследствие нарушения правил), обычно больше по сравнению с нанесением вреда из-за отказа от назначения лекарства беременной, от состояния здоровья которой зависит плод (ошибка вследствие упущения). Обоснование отказа от лечения беременных также включает неадекватные данные для определения пользы и риска лечения, что создает постоянный цикл ухудшения здоровья с течением времени.

Принцип благодеяния включает в себя представление о вреде в более широком смысле: получение знаний, позволяющих улучшить фармакологическую помощь беременным, в будущем принесет им пользу. Принцип уважения автономии подразумевает приоритетность решений пациента в отношении своего здоровья: кто ограничивает участие беременной в клиническом исследовании, она сама или регуляторный орган, который ограничивает проведение исследования? Последний принцип справедливости требует справедливого распределения пользы, рисков и затрат. Беременные несправедливо расплачиваются за беспокойство общества по поводу вреда, который может быть причинен их плоду. Запрет беременным участвовать в клинических исследованиях противоречит духу недискриминационного доступа к улучшению их здоровья.

Парадоксально, но в США протекционизм прекращается, когда перерезается пуповина. Матери и новорожденные становятся социальными сиротами. Наша государственная политика большей частью предполагает, что здоровье матери и ребенка является частным делом женщины, а не делом коллективного значения или объектом

заботы правительства. Центры по контролю и профилактике заболеваний США сообщают, что 55% женщин репродуктивного возраста в стране живут в бедности, что очевидно является неблагоприятным воздействием.

США – единственная промышленно развитая страна, в которой нет оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком. Отпуск по беременности и родам является решающим фактором формирования привязанности матери и ребенка, улучшения здоровья и отношений в паре «мать-ребенок», поддержки грудного вскармливания. Оплачиваемый отпуск и его большая продолжительность (>12 нед) уменьшают неблагоприятное воздействие раннего возвращения к работе после родов и связаны с улучшением психического здоровья, особенно у матерей, работающих полный рабочий день⁷. После возвращения на работу многим матерям не выплачивается пособие по болезни, а уход за детьми становится недоступным. Неявный посыл здесь в сведении ценности женщины до бизнес-единицы: она несет финансовую ответственность за неудобства, связанные с ее отсутствием на приносящей доход работе из-за родов и ухода за младенцем.

Также необходим концептуальный сдвиг в сторону укрепления психического здоровья беременных, а не лечения симптомов психических расстройств. Позитивное психическое здоровье – это особое понятие, отличное от отсутствия болезней, которое связано с улучшением исходов родов и родительским воспитанием, способствующим благоприятному развитию ребенка⁸. Эмоциональное благополучие – это общее хорошее состояние эмоционального фона, удовлетворенность жизнью, наличие смысла и цели жизни, баланса и способности достигать личные цели⁹.

Качество биопсихосоциальной среды, в которой находится плод и ребенок на стадиях раннего развития, является одним из определяющих факторов риска заболеваний на протяжении всей жизни. По этой причине необходимо улучшение психического здоровья беременных и матерей. У многих из них улучшение здоровья может быть достигнуто с помощью фармакотерапии.

Специалисты в области психического здоровья должны настаивать на политике, способствующей укреплению здоровья беременных и рожениц. С помощью партнерства с дальновидными лидерами на международном уровне мы должны объединить усилия и разделить ответственность за продвижение исследований в области

лечения беременных с психическими и другими заболеваниями. Поступая таким образом, заботясь о женщинах, которые создают и воспитывают наше следующее поколение, мы воздадим честь необыкновенному дару – новорожденным. Мы должны принять наших беременных-сирот в нашу семью медицинских исследований и клинической практики.

Katherine L. Wisner¹, Catherine S. Stika², Katie Watson³

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, North-western University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA;

²Department of Obstetrics and Gynecology, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA;

³Department of Medical Social Sciences, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA

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

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

Библиография

1. Stika CS, Frederiksen MC. In: Atkinson A Jr, Abernethy D, Daniels C et al (eds). Principles of clinical pharmacology. Cambridge: Academic Press, 2007.
2. Blehar MC, Spong C, Grady C et al. Womens Health Issues 2013;23:e39-45.

3. Task Force on Research Specific to Pregnant Women and Lactating Women. Meeting summary, February 26-27, 2018 Bethesda: National Institute of Child Health and Human Development, 2018.
4. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM et al. Am J Obstet Gynecol 2011;205:51.e1-8.
5. Andrew M, Easterling T, Carr D et al. Clin Pharmacol Ther 2007;81:547-56.
6. Beauchamp TL. In: Ashcroft RE, Dawson A, Draper H et al (eds). Principles of health care ethics. Chichester: Wiley, 2007.
7. Mandal B. Matern Child Health J 2018;22:1470-6.
8. Phua DY, Kee MZ, Meaney MJ. Biol Psychiatry 2020;87:328-37.
9. Feller SC, Castillo EG, Greenberg JM et al. Public Health Rep 2018;133:136-41. DOI:10.1002/wps.20776

Перинатальное психическое здоровье и влияние стресса на плод и ребенка. Следует ли психиатрам выходить за рамки лечения психических расстройств?

Glover V. Prenatal mental health and the effects of stress on the foetus and the child. Should psychiatrists look beyond mental disorders? World Psychiatry. 2020;19(3):331-332.

Howard и Khalifeh¹ представили подробный обзор всего разнообразия психических расстройств, диагностируемых в перинатальном периоде, представили информацию о частоте их возникновения и методах лечения. Авторы обсуждают эту тему в контексте как оказания помощи матерям, так и предотвращения возможных неблагоприятных последствий для ребенка.

Однако психиатры и другие специалисты могут оказывать помощь, даже если беременная женщина не страдает психическим расстройством. Имеющиеся данные свидетельствуют о повышении риска для будущего ребенка, если мать испытывает стресс или пережила раннюю травму. Важно мыслить и оказывать помощь за рамками диагностических категорий.

Показано, что некоторые типы пренатального стресса у матери увеличивают риск эмоциональных, поведенческих и когнитивных нарушений у ребенка и могут выступать в роли их причины. Стресс у матери может быть связан с беспокойством по поводу исхода беременности, повышенным уровнем повседневных хлопот, со стихийным бедствием или техногенной катастрофой, жестоким эмоциональным обращением или другими формами домашнего насилия со стороны партнера².

Уровень внешних стрессоров, материнской тревожности и депрессии часто выше в странах с низким и средним уровнем доходов. В этих странах

уровень стресса может быть выше из-за бедности, внешних факторов, таких как война, более высокий уровень насилия в отношениях и беспокойства по поводу исхода беременности из-за высокой младенческой или материнской смертности³.

Если мать находится в состоянии стресса во время беременности, ребенок подвергается повышенному риску развития симптомов тревоги и депрессии, синдрома дефицита внимания/гиперактивности, расстройств поведения и расстройств аутистического спектра. Могут быть и другие проблемы, например, астма и преждевременные роды. Очень сильный стресс в первом триместре, такой как смерть старшего ребенка или землетрясение, увеличивает риск развития поздней шизофрении⁴. Другие эффекты могут наблюдаться на протяжении всей беременности.

Показано, что при наличии перечисленных факторов пренатального стресса, для ребенка увеличиваются только риски. Большинство детей не подвергаются негативному влиянию, а у тех, кто подвергается, степень воздействия варьируется. Индивидуальная генетическая уязвимость ребенка и характер послеродового ухода также могут влиять на исход.

Обнаружено, что жестокое обращение с матерью в раннем детстве связано с изменением структуры мозга у новорожденного и уменьшением серого вещества коры головного мозга.

Эта связь не зависела от настроения матери в период беременности и других переменных, способных потенциально оказать влияние⁵. Это говорит о том, что ранняя травма может влиять на биологию матери, что, в свою очередь, способно влиять на развитие мозга плода и указывать на уязвимость ребенка в будущем к депрессии и другим нарушениям.

Механизмы, посредством которых различные типы стресса влияют на биологическое состояние женщины и, таким образом, влияют на развитие нервной системы плода, полностью не изучены. Но роль некоторых установлена⁶. В частности, это касается гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГПН) и иммунной системы⁷. Ось ГПН и другие биологические системы реагируют на широкий спектр внешних стрессоров, и их реакция не связана с конкретным психическим заболеванием.

Есть данные, что уровни кортизола у матери и плода взаимосвязаны, в частности, при наличии у матери повышенной тревожности и депрессии. Беспокойство и подавленность матери могут сказаться на функционировании плаценты таким образом, что это приведет к проникновению большего количества кортизола к плоду. Повышение материнского кортизола связано с изменением функционирования мозга ребенка, включая усиление интернализованных симптомов у девочек в связи с