

существование доступа к лекарствам и проблемы финансирования^{7,8}. Для успешного осуществления этой модели необходима организованная система первичной медико-санитарной помощи, которая способна не только решать острые медицинские проблемы, но и оказывать постоянную помощь при хронических или рецидивирующих заболеваниях.

Несмотря на наличие сложностей, модель совместной помощи остается одним из наиболее изученных и эффективных подходов к улучшению доступа к психиатрической помощи во всем мире. В ряде недавних исследований были определены стратегии преодоления общих барьеров для внедрения и стабилизации подхода, такие как мобилизация и использование существующих ресурсов сообщества, взаимодействие с мировыми общественными деятелями и формирование концепции интеграции психического здоровья в качестве пути совершенствования системы здравоохранения в целом⁸.

В ряде исследований была продемонстрирована целесообразность оказания психиатрической помощи населению с использованием подобных моделей в странах с низким и средним уровнем дохода, в т.ч. программ "Улучшение психиатрической помощи (Programme for Improving Mental Health Care, PRIME)" и "Формирование системы психического здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода (Emerging Mental Health Systems in Low- and Middle-Income Countries, EMERALD)" на примере некоторых регионов Африки и Азии⁹.

Таким образом, модель совместной помощи имеет большую доказательную базу об эффективности для лечения распространенных психических расстройств в различных учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В условиях острой нехватки психиатров по всему миру ин-

терес к способам оптимизации ограниченных ресурсов и привлечения специалистов в области психического здоровья туда, где они наиболее необходимы, растет. Хотя до настоящего времени большинство исследований по вопросам совместной помощи проводилось в странах с высоким уровнем дохода, в последних данных литературы есть основания предполагать, что общие барьеры могут быть преодолены и что этот подход может быть успешно адаптирован и внедрен в условиях ограниченных ресурсов.

**Jürgen Unützer¹, Andrew D. Carlo¹,
Pamela Y. Collins^{1,2}**

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington, Washington, WA, USA (США)

²Department of Global Health, University of Washington, Washington, WA, USA (США)

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

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

Библиография

1. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Unützer J, Katon W, Callahan CM et al. JAMA 2002;288:2836-45.
3. Archer J, Bower P, Gilbody S et al. Chichester: Wiley, 2012:2-4.
4. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ et al. Am J Prev Med 2012;42:525-38.
5. AIMS Center. Principles of collaborative care. <https://aims.uw.edu>.
6. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A et al. PLoS Med 2013;10:e1001448.
7. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S et al. Lancet Psychiatry 2019;6:174-86.
8. Acharya B, Ekstrand M, Rimal P et al. Psychiatr Serv 2017;68:870-2.
9. Lund C, Tomlinson M, Patel V. Br J Psychiatry 2016;208(Suppl. 56):s1-3.

DOI:10.1002/wps.20696

Роль новых технологий в оценке динамики психопатологии и оказания аналитически обоснованной помощи молодым людям

Hickie IB. The role of new technologies in monitoring the evolution of psychopathology and providing measurement-based care in young people. *World Psychiatry* 2020;19(1):38-39.

Двумя важнейшими инновациями в клинической психиатрии за последнее десятилетие стали развертывание программ раннего вмешательства, ориентированных на молодежь, и разработка системы стадирования для терапевтических вмешательств и патофизиологических исследований^{1,2}. Они вовлекают молодежь в активную психиатрическую помощь, продвигают стратегии вторичной профилактики и обеспечивают платформу для более углубленных клинических исследований.

Данные нововведения непосредственно связаны с эпидемиологическими данными, т. к. известно, что большинство психотических синдромов и расстройств настроения манифестируют в подростковом возрасте, ассоциированы с проблемами социальной и образовательной дезадаптации и другими формами рискованного поведения (в частности, суицидальные мысли и поведение, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами)³.

Критики этих нововведений подчеркивают возможные негативные последствия, включая преждевременное установление диагнозов, неоправданное воздействие лекарств и нецелевое использование специализированных ресурсов здравоохранения. Истинная ценность этих разработок мо-

жет быть определена только путем углубленной долговременной оценки соответствующих клинических, социальных и профессиональных исходов⁴. Для наиболее затронутых лиц, их семей и опекунов это означает обязательное серьезное долгосрочное взаимодействие с организациями, оказывающими помощь, в рамках которого собираются соответствующие данные.

Для проведения содержательного анализа нам необходимо детальное отслеживание данных в течение 5–15 лет после начала заболевания (т. е. от подросткового возраста до 30 лет). Также требуется согласование данных, получаемых из нескольких источников (отдельных лиц, членов семьи и опекунов, врачей, а также других медицинских работников и связанных с ними социальных, образовательных и трудовых организаций).

Методы сбора данных требуют высокоперсонализированных и гибких подходов, так что большая часть сведений собирается не только в ключевых периодах биологического или социального развития, но и тогда, когда молодой человек подвергается серьезному новому фактору риска, переносит серьезное ухудшение состояния или проходит эффективное лечение.

Ранее такие чувствительные лонгитюдные исследования и инновационная клиническая практика опирались в основном на когортные исследования, проводимые в узкоспециализированных клинических центрах. Кроме того, эти исследования требовали больших инвестиций в образованный исследовательский персонал, но обычно приводили лишь к ограниченному числу точек ввода данных в течение болезни. Эти традиционные методы недостаточны для моделирования всех возможных траекторий, которые определяются в течение ключевых периодов развития⁵.

Итак, можно ли в XXI веке улучшить качество этих фундаментальных услуг сферы здравоохранения^{4,6} и провести такие важные клинические и связанные с ними патофизиологические исследования на должном уровне? Поскольку теперь у нас есть инструменты цифровых технологий, ответ может быть утвердительным⁶. В настоящее время можно получить доступ к цифровой инфраструктуре в сочетании с системами безопасности, конфиденциальности и этическими рамками для оказания как расширенной клинической помощи, так и проведения долгосрочных исследований.

С использованием персональных цифровых технологий можно регулярно собирать как субъективные, так и объективные данные от молодых людей, дополнительную информацию от семей и опекунов и быть связанными с интеллектуальными информационными системами сферы здравоохранения. Мы продемонстрировали, что, когда эти инструменты разрабатываются совместно с молодежью и реализуются в рамках подлинно этически ориентированных партнерств, они обладают способностью к широкому охвату соответствующих групп населения⁶.

В нашей собственной клинической работе мы подчеркнули способность таких технологических подходов отслеживать одновременно несколько дименсий (например, тип заболевания, стадию и течение; социальную и профессиональную функцию; суицидальные мысли и поведение; физическое здоровье; употребление алкоголя и других психоактивных веществ)⁴. Связь клинического наблюдения с мобильными персональными технологиями, которые собирают дополнительные объективные данные, добавляет глубины этим подходам^{7,8}.

Таким образом, впервые мы можем отследить – в реальном времени, в мельчайших деталях и в масштабе – процесс манифестации психопатологии у молодых людей. Группа населения, представляющая наибольший интерес, может включать тех, кто обращается за медицинской помощью, а также тех, кто находится «в зоне риска» (из-за воздействия известных генетических, семейных или экологических факторов риска). Можно непосредственно наблюдать за изменением паттернов соответствующих симптомов, синдромных кластеров, связанных поведенческих нарушений (например, употреблением алкоголя или психоактивных веществ; самоповреждением или суицидальным поведением) или физиологических маркеров (например, 24-часовыми паттернами двигательной активности)⁸. Такие паттерны у людей из групп риска или у уже больных людей можно затем сравнить с данными лиц из контрольной группы, которая проходит через тот же самый период развития.

Данные, полученные в результате таких мероприятий, открывают широкие возможности для выхода за рамки тех упрощенных или диагностически изолированных подходов, которые характеризовали многие предыдущие клинически ориентированные когортные или большие популяционные исследования. В сочетании с другими мощными стратегиями (например, генетическими, лонгитудинальными близнецовыми, семейными исследованиями, оценкой клинических вмешательств в параллели с нейробиологическими показателями), а также новыми подходами к анализу данных⁵

вполне вероятно, что мы сможем выйти за рамки нашего нынешнего пространного описательного подхода и наметить гораздо более четкие механизмы возникновения и течения основных аффективных и психотических синдромов.

В наших исследованиях этот процесс сбора персональных данных (и любая последующая передача третьим лицам или консолидация в рамках любого другого деидентифицированного набора данных) контролируется самим молодым участником. Однако при наличии соответствующих разрешений он может подключен к интеллектуальным системам здравоохранения. Это имеет реальное преимущество в обеспечении технической базы для надлежащего и аналитически обоснованного ухода в реальном времени. Когда каждое новое решение о лечении принимается совместно и на основе общих и высоко персонализированных данных, может быть реализован потенциал улучшения долгосрочных клинических и функциональных результатов. Кроме того, количество молодых участников таких мероприятий по сбору данных значительно расширяется, когда мы сосредотачиваемся, во-первых, на обеспечении оптимального ухода и, во-вторых, на углублении нашего понимания сложных траекторий развития болезни.

Эта деятельность может осуществляться не только в больших масштабах, но и в самых различных условиях. Важно отметить, что цифровые технологии – это не просто роскошный инструмент богатой молодежи в развитых странах. Поскольку телекоммуникационная инфраструктура в настоящее время является важным компонентом экономического и социального развития в большинстве стран, она быстро становится повседневной частью жизни в большинстве регионов мира. Как было признано на Всемирном Экономическом Форуме⁹, до тех пор, пока учитываются проблемы этики, равноправия и конфиденциальности, они являются наиболее вероятными инструментами для обеспечения эффективной психиатрической помощи не только молодым людям в период пика заболеваемости психическими расстройствами, но и всем восьми миллиардам человек в мире.

Ian B. Hickie

Brain and Mind Centre, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney Central Clinical School, Sydney Australia (Австралия)

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

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

Библиография

1. McGorry PD, Goldstone SD, Parker AG et al. *Lancet Psychiatry* 2014;1:559-68.
2. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R et al. *World Psychiatry* 2018;17:133-42.
3. Merikangas KR, He JP, Burstein M et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:980-9.
4. Hickie IB, Scott EM, Cross SP et al. *Med J Aust* 2019;211(Suppl. 9):S4-11.
5. Nelson B, McGorry PD, Wichers M et al. *JAMA Psychiatry* 2017;74:528-34.
6. Hickie IB, Davenport TA, Burns JM et al. *Med J Aust* 2019;211:S3-39.
7. Insel TR. *World Psychiatry* 2018;17:276-7.
8. Merikangas KR, Swendsen J, Hickie IB et al. *JAMA Psychiatry* 2019;76:190-8.
9. World Economic Forum. Empowering 8 billion minds. Enabling better mental health for all via the ethical adoption of technologies. Geneva: World Economic Forum, 2019.

DOI:10.1002/wps.20697