Совокупность минимальных улучшений: практико-ориентированная философия клинической помощи в психиатрии

Berk M, Marx W, Nierenberg AA. The aggregation of marginal gains: a pragmatic philosophy of clinical care in psychiatry. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):291-292. doi: 10.1002/wps.21174.

Сетования на ограниченную эффективность конкретных терапевтических подходов являются клишированным первым предложением множества статей. Тем не менее эта конкретная истина не описывает всю картину. Теория совокупности минимальных улучшений (aggregation of marginal gains), также известная как «теория вклада 1%», предполагает, что незначительные, продолжительные и поэтапные улучшения по различным направлениям могут привести к существенному прогрессу в какой-либо сфере[1]. Данная теория применялась в различных сферах, включающих спорт, бизнес, а также здравоохранение. Она же, по-видимому, может быть актуальна и для психиатрической клинической практики.

Наиболее известным примером использования данного подхода является опыт британской велосипедной команды «Sky». Менеджеры команды ввели множество небольших изменений и улучшений различных аспектов деятельности команды – тренировок, питания, сна, оборудования и восстановления. Цель заключалась в объединении этих небольших по отдельности улучшений в значительное общее повышение уровня команды. Эта «алхимия» позволила уйти от горьких поражений к победам на велогонках «Tour de France». С тех пор концепция «совокупности минимальных улучшений» широко использовалась в различных сферах и стала популярной стратегией достижения долговременных улучшений[1]. В области психиатрии эта идея согласуется с недавно опубликованным в данном журнале мнением Stein et al.[2] о том, что прогресс в психиатрии будет обусловлен не появлением какой-либо одной новой преобразующей концепции, а «постепенным прогрессом и повторяемой интеграцией».

Концепция совокупности минимальных улучшений в психиатрии может заключаться в одновременном применении у каждого человека ряда подходов, направленных на устранение определенных факторов риска или патогенетических звеньев. По утверждению Kendler[3], психические заболевания крайне мультикаузальны, например, для депрессии было выявлено как минимум 37 факторов риска. В дополнение Borsboom et al.[4] показали, что сложные психиатрические синдромы объясняются скорее комплексным сетевым взаимодействием множества факторов, а не редукционистскими моделями.

Аналогично Loscazlo et al.[5] использовали математику сетей для демонстрации взаимодействия между всеми существенными факторами («интеракт-ом») и всеми изменениями, которые могут привести к патологическому состоянию («болезне-ом») данной сети. Эти сети приобретают здоровое состояние («здоровье-ом»), когда подвергаются терапевтическому вмешательству. Тем не менее это здоровое состояние склонно существовать временно и скоро возвращается в патологические состояние, «если множественные терапевтические вмешательства не зафиксируют сеть в здоровом состоянии»[5].

Помимо этого, моделирование тех факторов, что вызывают другие факторы (например, бессонница может приводить к утомляемости), может помочь клиницистам выявить наиболее важные мишени для терапии[2]. Так, продемонстрировать дальнейший путь развития может модель снижения риска «Швейцарский сыр»[6]. Данный подход, широко используемый в здравоохранении, фокусируется на поэтапных улучшениях нескольких несовершенных вмешательств для того, чтобы обеспечить суммарный эффект, который будет превосходить эффект какого-либо вмешательства по отдельности.

Попытки концептуализировать психические заболевания как имеющие строго одну причину или сугубо линейные по большей части были неудачными. Следовательно, необходимы подходы, которые используют вышеупомянутые сложные мультикаузальные сетевые модели, что также может способствовать персонализации терапии. Подходы прецизионной медицины, в основном, нацелены на какие-либо биомаркеры или другие единичные факторы, по которым можно отделять пациентов, требующих различных терапевтических подходов. В отличие от этого, клинический подход нацелен на понимание и объяснение разнообразия и взаимосвязи множества предрасполагающих, инициирующих и закрепляющих факторов, которые и приводят к возникновению нарушений и симптомов у каждого отдельного человека[7]. В их число входят генетическая предрасположенность, различные этиологические факторы для раннего или позднего начала, влияние прошлых или текущих жизненных событий и факторов стресса, факторы образа жизни и окружающей среды; сопутствующее употребление психоактивных веществ, соматические или психические расстройства; прежний жизненный опыт, развитие и последующее закрепление когнитивных схем, слабые и сильные стороны личности, текущие отношения и поддержка[7,8].

Объединение принципов совокупности минимальных изменений и комплексного клинического подхода – это действенный практико-ориентированный подход для определения индивидуальных факторов риска и сочетанного использования множества возможных и доступных методов лечения.

Кроме того, для устранения факторов, способных помешать лечению, существует субтрактивный подход. Существует два таких потенциально модифицируемых фактора: разрыв в лечении («treatment gap»), когда люди, страдающие расстройствами, не имеют доступа к лечению, и разрыв между теорией и практикой («evidence-practice gap»), отражающий несоответствие между лечением и исследовательскими данными о его эффективности[2]. Системы здравоохранения представляют из себя сложные взаимосвязанные цепи, и повреждение любого звена способно оказать пагубное влияние на оказываемую помощь. Подход продолжительных изменений включает в себя регулярную оценку состояния пациента, и постоянный поиск новых областей для улучшения. Постоянные небольшие улучшения на системном и индивидуальном уровнях, а также постоянная корректировка лечебного плана по мере необходимости могут помочь клиницистам достичь постоянного прогресса в лечении пациентов.

Образ жизни пациента влияет как на психические, так и на неинфекционные соматические заболевания. Существует большое количество данных, что курение повышает риск развития ряда психических заболеваний и ухудшает их течение. Существует настолько же большое количество данных о том, что отказ от курения не так труден, как считалось раньше, легкодостижим и приводит к улучшению во многих аспектах психического здоровья. То же относится и к повышению физической активности, улучшению качества сна и питания, снижению количества проводимого перед экраном времени: данные улучшения положительно влияют на психическое здоровье и сопутствующие соматические заболевания. Более того, свои минимальные улучшения для некоторых подгрупп людей могут повлечь фармакогеномное тестирование, а также цифровые фенотипирование и терапия[2].

В дополнение к своему непосредственному влиянию, болезни и их симптомы подрывают возможности людей зани-

маться значимой, полезной и целенаправленной деятельностью. Расписание занятий, поддержка хобби и другой деятельности, поддержание профессиональной увлеченности, волонтерство и укрепление социальных связей, а также поддержка близких и значимых людей могут помочь справиться с этими трудностями.

Таким образом, мультидисциплинарные подходы, заключающиеся во внедрении небольших улучшений в разных сферах, могут улучшить здоровье в целом. Незначительные на первый взгляд улучшения, могут со временем складываться в большие позитивные изменения. Каждое улучшение – это маленькая победа, которая слегка усиливает надежду, уверенность и самодостаточность человека, что улучшает его возможности справляться с последующими задачами. Точно так же, как и в финансовом инвестировании, прибыль от которого не появляется в первые годы, но в течение нескольких десятилетий вырастает многократно, каждое клиническое улучшение усиливает другое и открывает дорогу дальнейшему улучшению состояния.

Другим важным синергетическим фактором является настойчивость. В недавно опубликованной статье было показано, что пациенты, получавшие вплоть до десяти различных методов лечения, показали значительное клиническое улучшение[9]. Этот вывод согласуется с эпидемиологическими данными, показавшими, что люди, получавшие специализированное, многокомпонентное лечение гораздо чаще сообщают, что лечение им «очень сильно» помогло[2]. Очевидным ограничением также является время: шести или восьми недель клинического испытания недостаточно для достижения значимого улучшения самочувствия у большинства пациентов. Необходимо иметь реалистичные ожидания, ведь для большинства пациентов достижение значимого клинического улучшения – это вопрос месяцев, если не лет.

Таким образом, теория совокупности минимальных улучшений может быть прагматико-ориентированной и оптимистичной парадигмой клинической помощи. Из-за сложной природы психических расстройств «панацей» не так уж и много. Если сосредоточить внимание на множестве маленьких, поэтапных улучшений в различных актуальных для каждого конкретного пациента областях, то врачи смогут добиться значимого улучшения психического здоровья в целом. Используя клинический подход, врачи смогут выбрать из всего многообразия методов лечения подходящий каждому конкретному пациенту с учетом его потребностей и запросов. Кроме того, используя мультидисциплинарный подход и метод продолжительных улучшений, врачи смогут также в дальнейшем еще больше повысить качество оказываемой помощи

Michael Berk[1,2], Wolfgang Marx[1], Andrew A Nierenberg[3,4]

[1] Institute for Mental and Physical Health and Clinical Translation (IMPACT), School of Medicine, Deakin University, Geelong, VIC, Australia
[2] Orygen, Florey Institute for Neuroscience and Mental Health, and Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia
[3] Dauten Family Center for Bipolar Treatment Innovation, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA
[4] Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.
Работа M. Berk поддержана стипендией Senior Principal Research Fellowship и грантами Leadership Investigator Grant (№ 1156072 и № 2017131) Австралийского национального совета по здравоохранению и медицинским исследованиям (Australian National Health and Medical Research Council). Работа W. Marx спонсируется грантом Investigator Grant (№ 2008971) и стипендией Multiple Sclerosis Research Australia earlycareer fellowship. Работа A.A. Nierenberg поддержана P. Hackett Endowed Chair Главного госпиталя Массачусетса (Massachusetts General Hospital), фондами Erdman Fund и Dauten Family Innovation Fund.

Перевод: Ланикин Илья Константинович, г. Москва
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Slater M. Olympics cycling: marginal gains underpin Team GB dominance. BBC Sport, August 8, 2012.
2. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. World Psychiatry 2022;21:393-414.
3. Kendler KS. JAMA Psychiatry 2019;76:108591.
4. Borsboom D, Haslbeck JMB, Robinaugh DJ. World Psychiatry 2022;21:4202.
5. Lee LY, Loscalzo J. Am J Pathol 2019;189:131126.
6. Reason J. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 1990;327:47584.
7. Maj M, van Os J. De Hert M et al. World Psychiatry 2021;20:433.
8. Macneil CA, Hasty MK, Conus P et al. BMC Med 2012;10:13.
9. Kessler RC, Kazdin AE, AguilarGaxiola S et al. World Psychiatry 2022;21:27286.

DOI:10.1002/wps.21174

NIMH поддерживает более всесторонние и инклюзивные геномные исследования в психиатрии

Gitik M, Bingaman LA, Rowland LM, Marques AH. The NIMH supports more comprehensive and inclusive genomic studies in psychiatry. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):292-293. doi: 10.1002/wps.21211.

Включение разнообразных популяций в геномные исследования, а также обеспечение объективности и беспристрастности исследования – это важнейшие составляющие получения более точных и актуальных результатов. Тем не менее большинство геномных исследований было проведено на когортах европейского происхождения, с минимальным включением представителей иных популяций[1,2]. Для устранения этого исторического пробела US National Institute of Mental Health (NIMH, Национальный институт психического здоровья США), используя два источника финансирования, создал Ancestral Population Network (APN, Сеть популяций различного происхождения)[3].

APN создавалась для достижения следующих грандиозных целей: а) ускорение генетических исследований психических расстройств в когортах неевропейского происхождения; б) продвижение глобальных исследований в области психического здоровья; в) способствование единообразию измерений и подходов к анализу данных для достижения большей точности и воспроизводимости результатов; г) создание информационного ресурса для членов APN и научного сообщества. В APN также применяется отчетливый глобальный подход для преодоления различий и несоответствий в уровне исследований психического здоровья через поддержку национальных лидеров в данной сфере, предоставление возможностей для проведения исследований и помощь в профессиональном развитии молодых ученых.

В общем и целом APN соберет и проанализирует данные 200 000 участников (пациенты, контрольные группы и семьи) из более чем 25 организаций по всему миру. Эта работа будет проводиться в рамках семи проектов.

В проекте «Populations Underrepresented in Mental Illness Association Studies» (PUMAS, Недостаточно представленные в исследованиях психических расстройств популяции) будет использовано недавно изобретенное смешанное геномно-экзомное (blended genome exome, BGE) секвенирование для генетической характеристики тяжелых психический заболеваний (ТПЗ), включая шизофрению и биполярное расстройство, в Африке, Южной Америке и США. Це-

лью проекта является создание крупнейшего на сегодняшний день банка фенотипов и генотипов людей с ТПЗ неевропейского происхождения.

Проект «Genomics of Schizophrenia in the South Africa Xhosa» (SAX-II, Геномика шизофрении южно-африканского народа коса) охарактеризует геномную структуру шизофрении у представителей коренного народа коса Южной Африки с помощью сочетания методов полногеномного секвенирования (ПГС) длинных и коротких участков для определения новых классов патогенных мутаций. Использование этих инновационных геномных технологий позволит получить более глубокое понимание геномной структуры людей с шизофренией, а также откроет новый источник данных, позволяющий проводить сравнительные исследования по типу «случай-контроль» для коренных популяций.

Проект «Latin American Trans-Ancestry Initiative for OCD Genomics» (LATINA, Инициатива в геномике ОКР латиноамериканцев различного происхождения) поможет определить геномные локусы обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) в крупнейшей на сегодняшний день латиноамериканской когорте. Локусы с полногеномной значимостью будут подвергнуты точечному картированию. Также для определения генетической предрасположенности будут рассчитаны индивидуальные полигенные шкалы риска (polygenic risk scores, PRS). Результаты данного исследования позволят улучшить понимание патофизиологии ОКР и дадут новые возможности для лечения и улучшения состояния данных пациентов.

Проект «Identifying the Genetic Causes of Depression in a Deeply Phenotyped Population from South Korea» (KOMOGEN-D, Идентификация генетических причин депрессии в глубоко фенотипированной когорте из Южной Кореи) позволит выявить генетические вариации в глубоко фенотипированной когорте южнокорейских женщин с тяжелой рекуррентной депрессией. Полученные в ходе данного проекта данные будут включены в метаанализ вместе с данными других когорт, что позволит повысить пользу от этого уникального источника собранных данных.

В проекте «Genetic Architecture of Early-Onset Psychosis in Mexicans» (EPIMex, Генетическая архитектура психозов с ранним началом у мексиканцев) будет использоваться BGE-секвенирование для изучения генетической архитектуры психозов с ранним началом в глубоко фенотипированной педиатрической когорте г. Мехико (включая данные о социальных детерминантах здоровья и показатели влияния окружающей среды). Таким образом, будет создан крупнейший на сегодняшний день банк данных людей с данным расстройством. Данный проект позволит улучшить наше понимание факторов риска, с упором на популяцию Мексики, слабо представленную в психиатрических генетических исследованиях.

Проект «Asian Bipolar Genetics Network» (A-BIG-NET, Азиатская сеть генетики биполярного расстройства) создаст крупномасштабный банк генетических данных для изучения биполярного расстройства 1-го типа в популяциях Восточной и Юго-Восточной Азии. Будет проведено глубокое фенотипирование и BGE-секвенирование участников из Тайваня, Южной Кореи, Индии и Сингапура, затем будут внесены данные предыдущего исследования, проведенного в Пакистане. Все это позволит выявить новые генетические ассоциации и возможные генетические причины данного состояния. Кроме того, этот источник данных также предоставит возможность изучать и сравнивать генетическую архитектуру биполярного расстройства 1-го типа у разных популяций по всему миру, что позволит ускорить работу по выявлению новых вовлеченных генов.

В рамках проекта «Genomics of Autism in Latinx Ancestries» (GALA, Геномика аутизма у людей латиноамериканского происхождения) будет исследован генетический риск развития расстройств аутистического спектра в популяциях испанского/латиноамериканского происхождения, проведены полногеномные ассоциативные исследования (genomewide association studies, GWAS) у людей разного происхождения для выявления общих генетических полиморфизмов, проведено точное картирование и ко-локализация результатов GWAS, рассчитаны PRS и идентифицированы редкие генетические варианты.

APN предоставляет уникальную возможность улучшения важных аспектов крупномасштабных геномных исследований, включающих согласованность клинических и когнитивных фенотипов в различных социокультурных условиях по всему миру, роль социальных детерминант здоровья, этические принципы глобальных исследований на людях, местный исследовательский потенциал и лидерство, равноправный обмен полученными данными между организациями.

Для сотрудничества в этих областях было создано несколько рабочих групп: а) рабочая группа по согласованию фенотипов, целями которой являются формирование необходимых нормативов и стандартов согласования, поиск возможностей для согласования фенотипирования по всем проектам, ввод новых фенотипических показателей и методов стандартизации; б) рабочая группа по социальным детерминантам здоровья, целями которой являются развитие дискуссии о роли социальных детерминант в геномных исследованиях, содействие анализу взаимодействия между генетикой и социальными факторами в рамках различных проектов APN, разработка стандартного и удобного в использовании протокола для сбора данных о социальных детерминантах; в) рабочая группа по этике, целями которой являются формирование и распространение рекомендаций по надлежащей практике в области взаимодействия с сообществом, установление равноправия в глобальном сотрудничестве, информирование согласия и оценки способности к принятию решения, деятельность этических комитетов; г) рабочая группа по наращиванию потенциала, целями которой является формирование стратегий и практик по наращиванию человеческого капитала путем оценки и определения потребностей, проблем и сильных сторон проектов в рамках APN, кураторства и разработки учебных материалов, а также предложение наилучших практик, связанных с равноправным сотрудничеством; д) рабочая группа по согласованию геномных данных, целями которой являются согласование геномных данных, полученных от популяций различного происхождения, необходимое для получения результатов высокого качества в проектах APN, разработка простых в использовании и стандартизированных планов анализа и вычислений в различных центрах, а также содействие интеграции анализа распространенных и редких вариантов для совместного согласованного генетического анализа; е) рабочая группа по генетическим концепциям, целями которой являются содействие и координация совместного тестирования различных генетических гипотез в рамках APN.

Благодаря своим совместным усилиям APN стремится создать уникальный ресурс в данной области, содержащий примеры и рекомендации о том, как осуществлять равноправное глобальное научное генетическое сотрудничество, а также этические соображения для создания новых центров набора, привлечения местных сообществ и решения проблем стигматизации и нерешительности в отношении участия в научных исследованиях в области психиатрической генетики. Кроме того, APN предоставит наилучшие практики по согласованию фенотипирования с учетом культурных особенностей и интеграции фенотипических и геномных данных. Также будут включены рекомендации по сбору показателей социальных детерминант здоровья и других факторов окружающей среды в генетических исследованиях психического здоровья.

В плоскости геномных исследований целью APN является поддержка усилий по поиску новых генов, при улучшении возможности распространенных и редких вариантов, исследовании специфичных для популяций определенного происхождения вариантов, поддерживании усилий по точному картированию среди популяций различного происхождения. В свою очередь, это поможет облегчить использование PRS в различных популяциях, решить проблемы, связанные со смешением популяций, создать более полные справочные карты для каждой конкретной популяции, изучить сходства и различия в генетической структуре различных психических расстройств и их симптомов.

В плоскости подготовки кадров и расширения исследовательского потенциала, APN прививает новому поколению исследователей по всему миру психиатрический генетически ориентированный подход. С помощью объединения различных популяций со всего мира APN стремится к улучшению нашего понимания психических расстройств, что позволит разработать новые подходы для оказания помощи людям различных расовых и этнических групп.

Miri Gitik, Lora A. Bingaman, Laura M. Rowland, Andrea Horvath Marques

National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Больше информации о Ancestral Populations Network вы сможете найти по ссылке: https://www.nimh.nih.gov/about/organization/dnbbs/genomics-research-branch/ancestral-populations-network-apn.

Перевод: Ланикин Илья Константинович, г. Москва
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Fatumo S, Chikowore T, Choudhury A et al. Nat Med 2022;28:24350.
2. Ju D, Hui D, Hammond DA et al. Annu Rev Biomed Data Sci 2022;5:32139.
3. US Department of Health and Human Services. https://grants.nih.gov/grants/guide/pafiles/par20026.html. DOI:10.1002/wps.21174

DOI:10.1002/wps.21211

Лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в местах лишения свободы: заявление УНП ООН – ВОЗ, Комиссии ООН по обороту наркотических средств

Volkow ND, Scoppetta O, Busse A, Poznyak V, Krupchanka D, Campello G, Zhao M. Treatment of substance use disorders in prison settings: statement by the UNODC-WHO Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. *World Psychiatry*, 23(2), 294-295.

С 2014 года Неформальная научная сеть (ННС) Управления Организации Объединенных Наций по наркотическим средствам и преступности (УНП ООН) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) привносит голос науки в международные дискуссии по вопросам наркополитики, особенно в Комиссии по наркотическим препаратам (КНП), которая является органом ООН, разрабатывающим нормативно-правовое регулирование контроля над наркотическими веществами. В политических дебатах в рамках системы ООН важное место стали занимать вопросы общественного здоровья, связанные с проблемой наркотиков во всем мире, включая профилактику и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ)[1].

Многие попавшие в систему уголовного правосудия имеют в анамнезе расстройства, связанные с употреблением ПАВ, и другие психические нарушения. По некоторым оценкам, каждый третий, находящийся в тюрьме, употреблял наркотики в период заключения[2]. В мире насчитывается 11,2 миллиона заключенных[3], и эта цифра продолжает расти. Данный факт, отражающий переполненность тюрем, оказывает глубокое влияние на физическое и психическое здоровье людей, находящихся в заключении, а также на благополучие их семей и окружающих.

Если люди с расстройством, связанным с употреблением ПАВ, и участвуют в преступной деятельности, то зачастую это незначительные правонарушения, вызванные необходимостью продолжения употребления ПАВ[4]. Тюремное заключение не является эффективной мерой борьбы с употреблением ПАВ и со связанными с ним расстройствами[5], однако оно может усугубить уже существующие проблемы. Расстройства, связанные с употреблением ПАВ, следует рассматривать как патологические состояния, а не как преступное поведение. Важно обеспечить доступное доказательное лечение этих расстройств в обществе и вводить различные меры, не связанные с лишением свободы, в качестве альтернативы осуждению или наказанию для людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, и совершивших правонарушения, главным образом, лечение этих расстройств. В случае совершения правонарушений, связанных с личным употреблением наркотиков и других нетяжких правонарушений людьми, злоупотребляющими ПАВ, государство должно направлять их на получение медицинской помощи и мер социальной поддержки вместо применения неэффективных карательных мер.

Этот подход соответствует Международным стандартам лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ, УНП ООН – ВОЗ[4] и Международным конвенциям по контролю над наркотическими средствами, Минимальным стандартным правилам ООН в отношении обращения с заключенными[6], Минимальным стандартным правилам ООН в отношении мер, не связанных с лишением свободы[7], а также Правилам ООН по обращению с женщинами-заключенными и мерам, не связанным с лишением свободы, в отношении женщин-правонарушителей[8].

Когда тяжесть преступления не позволяет рассматривать лечение в качестве альтернативы приговору или наказанию, государство должно обеспечить как доступ к лечению в условиях тюрьмы, так и его продолжение на должном уровне после окончания заключения. Обеспечение лечения и помощи в местах лишения свободы соответствует резолюции Комиссии по наркотическим веществам (КНВ) 61/7 «Удовлетворение особых потребностей уязвимых членов общества в ответ на общемировую проблему наркотических средств»[9] и Итоговому документу Специальной сессии по наркотикам Генеральной Ассамблеи ООН 2016 года[1].

Чтобы гарантировать получение людьми с расстройством, связанным с употреблением ПАВ, в местах лишения свободы, приемлемого лечения в соответствии с международными стандартами и рекомендациями, ННС рекомендует следующее:

Лица, употребляющие ПАВ в немедицинских целях или страдающие расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, не должны подвергаться уголовному преследованию за употребление ПАВ. Данная категория граждан, в том числе находящиеся в местах лишения свободы, должна иметь доступ к добровольному лечению независимо от их правового статуса. Альтернативы осуждению или наказанию должны быть предусмотрены для людей с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, совершивших нетяжкие правонарушения, с целью снижения уровня преступности, рецидивизма и смертности, а также улучшения здоровья и благосостояния при одновременном укреплении социальной справедливости. Необходимо проводить скрининговое клиническое обследование на предмет выявления расстройств, связанных с употреблением ПАВ, и сопут-

ствующих состояний, в частности суицидальности, до прибытия в места лишения свободы и во время нахождения в них для постановки правильного диагноза, необходимого для обеспечения адекватного лечения и предотвращения рецидива употребления и связанных с ним расстройств. Помощь при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ, должна осуществляться в соответствии с этическими нормами, отстаивать принципы прав человека и соответствовать международным стандартам. Она не должна применяться в карательных целях. Для обеспечения качественной помощи и этичного лечения в местах лишения свободы необходимо создать независимые механизмы оценки, соответствующие общепринятым стандартам. Во всех случаях, связанных с системой правосудия, люди, отбывающие наказание, должны получать помощь и лечение того же уровня, что и вне мест лишения свободы, независимо от пола, возраста, расы, религиозного, культурного или социального статуса, включая программы для лиц с особыми потребностями в лечении и помощи. Лечение лиц с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, должно осуществляться в соответствии с принципом преемственности оказания помощи, включающего расширенный спектр медицинских и социальных услуг, чтобы сохранить достигнутый успех после возвращения в общество и для профилактики возобновления употребления наркотиков, особенно для детей и членов семей заключенных. Лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в тюремных медицинских учреждениях должно проводиться независимо от тюремной администрации и при этом эффективно координироваться. Доказательные подходы в психофармакотерапии должны широко применяться для лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ, а также коморбидных состояний, в период отбывания наказания и по возвращении в общество. Налоксон должен быть доступен для купирования передозировок как в учреждениях уголовного правосудия, так и после освобождения, также необходимо обеспечить соответствующую подготовку специалистов и сотрудников тюрем. Для обеспечения качественной помощи и устойчивого развития необходимо обеспечить соответствующую подготовку как сотрудников системы здравоохранения, так и уголовного правосудия. Необходимо обеспечить достаточное финансирование для обеспечения качественной помощи людям с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, до, во время и после заключения. Необходимо обеспечить финансовую поддержку и инвестиции в систематический сбор данных для мониторинга, оценки и распределения ресурсов. Признавая, что социальные детерминанты здоровья могут быть факторами риска для употребления ПАВ и правонарушений, следует разработать законодательные и регуляторные меры, направленные на их устранение, поскольку они одинаково важны для реабилитации и выздоровления людей с расстройствами употребления ПАВ.

Доказательный подход в терапии расстройств, связанных с употреблением ПАВ, имеет решающее значение для снижения уровня потребления ПАВ, передозировок, рецидивов употребления и совершения правонарушений среди людей, имеющих опыт взаимодействия с системой уголовного правосудия. Терапевтические меры, производимые в соответствии с международными стандартами УНП ООН и ВОЗ, могут способствовать как улучшению благосостояния общества, так и выздоровлению конкретного человека. Чтобы гарантировать, что все люди с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, оказавшиеся в контакте с системой уголовного правосудия, включая тех, кто находится в тюрьме, получат равный уровень ухода и уважительного отношения, ННС призывает государства – члены ООН рассматривать расстройства, связанные с употреблением ПАВ, не с позиции уголовного правосудия, а с позиции общественного здравоохранения.

Nora D. Volkow[1], Orlando Scoppetta[2], Anja Busse[3], Vladimir Poznyak[4], Dzmitry Krupchanka[4], Giovanna Campello[3], and the UNODC/WHO Informal Scientific Network

[1]National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD, USA;
[2]Corporacion Nuevos Rumbos, Bogotá, Colombia;
[3]UN Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria;

[4]Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Авторы благодарят за их ценный редакторский труд C. Gamboa-Riano, H. Fritz, J. Hobin, A. Lee, E. Einstein, E.M. Wargo и T. Clarke. Ответственность за взгляды, выраженные в этом письме, несут только его авторы, они необязательно отражают взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны. Состав УНП ООН – ВОЗ ННС включает: E. AdjeiAcquah, M. al'Absi, S. Al Emadi, O.A. Alibrahim, P. Arwidson, S. Ben-Ezra, J.G. Bramness, M. Branting, E. Bryun, M. Chakali, C.F. Damin, G. Fischer, E. Krupitsky, R. Lal, C. Leonardi, Z. Liu, M.A. Mahfouz, I. Maremmani, M.T. Matar, S.A. Maua, M.E. Medina-Mora, T. Mota Ronzani, E. Neumeier, I. Obot, S. Onen, K.M. Ostaszewski, P. Roska, M.P. Schaub, O. Scoppetta, V.I. Skriabin, M. Torrens, S.T. Zhenkova, J. Toufiq, G. Vilar, J.A. Villatoro-Velázquez, N. Volkow, K. Vyshinsky and M. Zhao.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск
Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. UN Office on Drugs and Crime. Outcome document of the 2016 UN General Assembly special session on the world drug problem. New York: United Nations, 2016.
2. UN Office on Drugs and Crime. World drug report 2017: global overview of drug demand and supply. Vienna: United Nations, 2017.
3. UN Office on Drugs and Crime. Data matter snapshot — global prison population and trends (2023). Vienna: United Nations, 2023.
4. UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Vienna and Geneva: UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization, 2020.
5. Jordan AE, Kashino W, Suhartono S et al. Crim Justice Behav 2023;50:787-805.
6. UN Office on Drugs and Crime. The UN standard minimum rules for the treatment of prisoners. Vienna: United Nations, 2015.
7. United Nations. UN standard minimum rules for non-custodial measures. New York: United Nations, 1990.
8. United Nations. UN rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders. New York: United Nations, 2010.
9. Commission on Narcotic Drugs. Addressing the specific needs of vulnerable members of society in response to the world drug problem. Vienna: United Nations, 2018.

DOI:10.1002/wps.21210

Система ведения пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями в Китае: вопросы, требующие ответов

Tang YL, Luo XN, Wang XD. The Serious Mental Illness Management System in China: concerns to be addressed. *World Psychiatry*. 2024;23(2):295-296. doi:10.1002/wps.21212

Система ведения пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями (SMIMS – Serious Mental Illness Management System, SMIMS) в Китае – это национальная государственная программа, направленная на удовлетворение потребностей людей с тяжелыми психическими расстройствами на общественном уровне. Руководящий документ «Стандарты ведения и лечения тяжелых психических заболеваний» был обновлен в 2018 году[1].

Система направлена на оказание помощи на уровне сообщества людям с установленным диагнозом одного из шести психических расстройств: шизофрения, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство, биполярное расстройство, психическое расстройство вследствие эпилепсии и умственная отсталость[1]. Она отражает многогранный подход, предполагающий привлечение специалистов в области психического здоровья, полиции, специалистов по социальной работе и волонтеров для формирования общей команды.

По состоянию на 2020 год в системе было зарегистрировано не менее 6,4 миллиона пациентов[2]. Однако, учитывая реальное количество людей с тяжелыми психическими заболеваниями в Китае, система, скорее всего, используется явно недостаточно. Исследование показало, что более 50% людей с вышеперечисленными диагнозами не были зарегистрированы в системе[3].

Предполагается, что SMIMS должна предоставлять ряд видов помощи на уровне сообщества, включая амбулаторное наблюдение, посещение родственников, бесплатное лекарственное обеспечение и финансовую помощь. Недавнее исследование[4] показало, что среди выписанных из стационара пациентов с шизофренией 88,9% согласились на последующее наблюдение. В ряде других исследований сообщалось, что пациенты, участвующие в программе SMIMS, имели более благоприятные исходы, включая меньшее число повторных госпитализаций, лучшую приверженность медикаментозному лечению и меньшую выраженность симптомов[2,5,6].

Проект SMIMS, вероятно, является самым крупным и всеобъемлющим в мире, в нем задействовано множество уровней власти и специалистов из разных сфер. Он принес пользу миллионам пациентов, в том числе повысил доступность лечения. Однако с годами возникли некоторые опасения относительно баланса между мониторингом и лечебными мероприятиями, отсутствия механизма выхода из системы и возможных ограничений для отдельных лиц после их регистрации в системе.

Одна из основных проблем, связанных с SMIMS, заключается в том, что в ней делается упор на мониторинг, а не на лечение. Как только человеку выставляют диагноз одного из шести вышеперечисленных заболеваний, врач обязан внести информацию о пациенте в базу данных SMIMS. После регистрации пациенты и их семьи теоретически могут отказаться от последующей социальной поддержки, однако было установлено, что более чем в 95% случаев мониторинг в последующем продолжается[2], что скорее говорит об обязательном включении всех зарегистрированных пациентов в систему мониторинга.

Кроме того, информация о пациентах в SMIMS передается в полицейские управления и локальные комитеты, что вызывает опасения по поводу конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни. Хотя предотвращение насилия и преступлений, а также обеспечение стабильности общества является важной и обоснованной целью, важно также отметить, что у людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, риск стать жертвой преступления гораздо выше, чем риск его совершить[7], и меры контроля не должны подрывать суть пациент-ориентированной помощи. Разумный баланс между мониторингом и лечением необходим для того, чтобы избежать дальнейшей стигматизации и отчуждения людей с тяжелыми психическими заболеваниями, а также для создания среды, в которой пациенты чувствуют поддержку и новые возможности на пути к выздоровлению[8].

Отсутствие механизма выхода из системы SMIMS вызывает этические опасения. В настоящее время, как только человек оказывается зарегистрирован в системе, информация о нем остается там на неопределенный срок, независимо от того, улучшилось ли его состояние, достиг ли он ремиссии или изначально по случайности был выставлен неверный диагноз. Такая практика не учитывает динамическую природу психических расстройств и возможность выздоровления или значительного улучшения функционирования с течением времени. Механизм выхода не только позволит избежать ненужного обременения для тех, кто больше не соответствует критериям тяжелого психического заболевания, но и позволит более эффективно распределять ресурсы среди тех, кто в них больше всего нуждается.

Тот факт, что правительство имеет доступ к информации о пациентах, вызывает опасения, что права пациентов могут быть ущемлены. Согласно действующим правилам с расплывчатыми формулировками, возможные ограничения для лиц, зарегистрированных в SMIMS, включают отказ в выдаче водительских прав[9]. Когда информация о пациентах вносится в SMIMS, их обычно информируют о преимуществах, но не о потенциальных рисках. Нередко пациенты и их семьи задают вопросы психиатрам, поставившим эти диагнозы, что приводит к конфронтации. В результате многие психиатры, особенно ведущие амбулаторный прием, могут не решаться ставить определенные диагнозы или прибегать к диагнозам, не входящим в перечисленные шесть категорий, например, ставить неуточненное расстройство настроения вместо биполярного расстройства. Стоит задуматься о том, почему система, созданная с благими намерениями, не только оттолкнула многих пациентов, но и стала источником конфликтов между пациентами и врачами.

Кроме того, не существует организованной системы для оспаривания или обжалования вышеупомянутых ограничений. Любые ограничения должны быть тщательно продуманы, четко определены и регулярно пересматриваться с целью защиты как прав отдельных лиц, так и благополучия общества.

Чтобы решить обозначенные проблемы и усовершенствовать SMIMS, необходимо предпринять несколько шагов. Во-первых, необходимо провести строгие независимые исследования для оценки эффективности и применимости системы в сравнении с данными об аналогичных программах на уровне сообщества. Исследования должны быть направлены на изучение влияния системы на пациентов, специалистов и общество. Во-вторых, система должна сместить акцент с мониторинга на пациент-ориентированный подход, который ставит во главу угла индивидуальное благополучие, лечение и выздоровление. В-третьих, в SMIMS должен быть предусмотрен механизм выхода из системы, чтобы выводить из нее пациентов, которые больше не соответствуют критериям тяжелого психического заболевания или которым был поставлен неверный диагноз. Регулярный анализ состояния пациентов обеспечит эффективное распределение ресурсов и позволит избежать излишнего давления на пациентов. Наконец, любые потенциальные

ограничения в отношении отдельных лиц в рамках SMIMS должны быть прозрачны, четко определены и доведены до сведения пациентов и их семей, а пациенты должны иметь механизм для оспаривания и обжалования таких ограничений.

В заключение надо сказать следующее. Мы верим, что система SMIMS в Китае представляет собой исторически значимую попытку решить проблемы управления тяжелыми психическими заболеваниями в рамках сообщества. Тем не менее необходима всесторонняя независимая оценка системы, которая должна послужить основой для внесения изменений, основанных на доказательном подходе, которые ставят во главу угла заботу о пациенте, права личности и общую цель – улучшение жизни пациентов и их окружения. В частности, необходимо решить проблемы, связанные с балансом между мониторингом и лечением, отсутствием механизма выхода и потенциальным ограничением прав человека.

Yi-Lang Tang[1,2], Xiao-Nian Luo[3], Xiang-Dong Wang[4]

[1]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, GA, USA;
[2]Mental Health Service Line, Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA;
[3]Wu Zhongpei Memorial Hospital, Foshan City, Guangdong Province, China;
[4]Institute of Mental Health, Peking University Sixth Hospital, Peking University, Beijing, China.

Авторы выражают благодарность L. Zhou за комментарии к статье.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск
Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. National Health Commission of China. Standards for the management and treatment of serious mental illness. Beijing: National Health Commission of China, 2018.
2. Zhang WF, Ma N, Wang X et al. Chinese J Psychiatry 2022;55:122-8.
3. Guo J, Zhou L, Liu J et al. Chin Ment Health J 2019;33:728-33.
4. Wang J, Su J, Sun X et al. Asian J Psychiatry 2023;80:103433.
5. Zhu XX, Li Y, Zhou AH. Contemp Med 2022;28:5-8.
6. Wang W, Tang Y, Xiong KW et al. Clin Med 2017;37:30-2.
7. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA et al. World Psychiatry 2023;22:230-1.
8. Tang YL. Chin Ment Health J 2013;27:563-8.
9. Ministry of Public Security of China. Regulations on the application and use of motor vehicle driving licenses. Beijing: Ministry of Public Security of China, 2021.

DOI:10.1002/wps.21212

Прием препаратов и выход на больничный при биполярном расстройстве: общенациональное регистровое исследование

Holm M, Tanskanen A, Tiihonen J et al. Medication use and sickness absence from work in bipolar disorder: a nationwide register-based study. *World Psychiatry*. 2024;23(2):296-297. doi:10.1002/wps.21213.

Согласно репрезентативным регистровым исследованиям демографических данных в Скандинавских странах[1–3], меньше половины лиц с биполярным аффективным расстройством трудоустроены, а у тех, кто трудоустроен, затруднено поддержание стабильной занятости и распространены выходы на больничный[4].

Известно, что антипсихотики и стабилизаторы настроения эффективны для купирующей терапии мании и профилактики рецидивов биполярного расстройства[5–8]. Несмотря на то, что схема приема препаратов может оказывать значительное влияние на трудоспособность, связь между приемом лекарств и посещением работы у лиц с биполярным расстройством не была изучена.

Целью настоящего исследования было изучение связи приема стабилизаторов настроения, антипсихотиков и антидепрессантов с риском временной нетрудоспособности (выход на больничный) среди трудоустроенных лиц с биполярным расстройством в общенациональной когорте.

Выборку составили лица с диагнозом биполярного расстройства (коды F30 или F31 по МКБ-10 или 2962–2964 и 2967A по финской версии МКБ-9) в период с 1987 по 2017 год, согласно Финскому реестру здравоохранения, в возрасте от 18 до 63 лет.

Наблюдение началось с 1 января 2005 года или с момента первой постановки диагноза биполярного расстройства, или по достижении людьми возраста 18 лет (в зависимости от того, что наступило последним). Наблюдение закончилось 31 декабря 2018 года или по достижении людьми возраста 63 лет, или в случае их смерти (в зависимости от того, что наступило раньше).

Из всей когорты была выделена группа, которую составили лица с первым эпизодом биполярного расстройства, установленным в период с 2005 по 2017 год. Те, кто принимал антипсихотические препараты или стабилизаторы настроения в течение года до своего первого диагноза, были исключены из этой выборки.

Данные о периодах занятости и больничных листах с 2005 по 2018 год были получены из регистров Финского центра пенсионного обеспечения и Института социального страхования. Основным исследуемым показателем был риск выхода на больничный в периоды работы. Короткие больничные листы (т. е. менее 10 дней) не учитывались.

Данные о приобретении лекарств были получены из регистра рецептов, а периоды приема лекарств были оценены с помощью методологии PRE2DUP[9]. Согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации (ATX), препараты кодировались следующим образом: антипсихотики – N05A, за исключением лития; стабилизаторы настроения: литий – N05AN01, вальпроаты – N03AG01, ламотриджин – N03AX09 и карбамазепин – N03AF01; антидепрессанты – N06A.

При статистическом анализе мы использовали внутрисубъектный дизайн, где каждый человек служил своим собственным контролем. Методом регрессии Кокса мы сравнили категории приема препаратов (только антидепрессант; только стабилизатор настроения; антидепрессант и стабилизатор настроения; только антипсихотик; антипсихотик и антидепрессант; стабилизатор настроения и антипсихотик; стабилизатор настроения, антипсихотик и антидепрессант) с отсутствием приема. Изменяющимися во времени ковариатами были возраст на начало наблюдения, порядок классов лекарств, количество предыдущих пропусков по болезни, использование бензодиазепинов (N05BA и N05CD) и использование Z-препаратов (N05CF). Отдельно рассматривались данные мужчин и женщин.

Выборку составили 50 072 человека, из них 28 089 (56,1%) женщин. Из всей выборки 22 408 (44,7%) человек были трудоустроены во время наблюдения (57% женщин, средний возраст: 34,8±11,5 года). Из трудоустроенных 12 812 (25,6% всей выборки) человек не имели периода занятости, заканчивающегося выходом на больничный, тогда как у 9596 (19,2% всей выборки) лиц такой период занято-

сти был. Выборка первого эпизода состояла из 18 000 человек (56% женщин, средний возраст: 37,0±13,0 лет), из которых у 10 000 (55,5%) был период занятости во время наблюдения, и 4216 (23,4%) был выписан больничный лист.

Прием стабилизаторов настроения, с одновременным приемом антипсихотиков или антидепрессантов или без таковых, был ассоциирован с более низким риском выхода на больничный, чем отсутствие приема препаратов. Прием только стабилизатора настроения был ассоциирован с самым низким риском (отношение рисков (hazard ratio), HR=0,79, 95% ДИ: 0,72–0,87), за ним следовал одновременный прием стабилизатора настроения и антипсихотика (HR=0,82, 95% ДИ: 0,74–0,95), а также стабилизатора настроения и антидепрессанта (HR=0,88, 95% ДИ: 0,79–0,97). Прием только антидепрессанта был ассоциирован с более высоким риском выхода на больничный, чем отсутствие приема препаратов (HR=1,23, 95% ДИ: 1,15–1,33). Из ковариат с повышенным риском выхода на больничный был ассоциирован прием как бензодиазепинов (HR=1,34, 95% ДИ: 1,24–1,46), так и Z-препаратов (HR=1,34, 95% ДИ: 1,23–1,47).

Результаты по группе первого эпизода схожи с результатами по всей выборке, за исключением более выраженной ассоциации между приемом антипсихотических препаратов или стабилизаторов настроения и выходом на больничный. Одновременный прием стабилизатора настроения и антипсихотика был ассоциирован с самой низкой частотой выхода на больничный (HR=0,63, 95% ДИ: 0,53–0,74), за ним следовал прием стабилизатора настроения и антидепрессанта (HR=0,65, 95% ДИ: 0,54–0,79), прием только стабилизатора настроения (HR=0,65, 95% ДИ: 0,56–0,76) и прием только антипсихотика (HR=0,77, 95% ДИ: 0,66–0,90). Кроме того, ассоциация между приемом только антидепрессантов и выходом на больничный едва достигла уровня статистической значимости (HR=1,12, 95% ДИ: 1,01–1,24) (см. также дополнительную информацию).

Мы также отдельно изучили риск выхода на больничный у женщин и мужчин. Полученные данные были схожи с результатами исходного анализа. В выборке первого эпизода риск выхода на больничный при приеме только стабилизатора настроения, стабилизатора настроения и антидепрессанта и только антипсихотика был немного ниже у мужчин, чем у женщин, что указывает на более сильный эффект, например, для использования только антипсихотика HR составил 0,66 (95% ДИ: 0,52–0,84) у мужчин и 0,86 (95% ДИ: 0,71–1,05) у женщин. Следует отметить, что ассоциация между приемом только антидепрессанта и выходом на больничный была схожей у мужчин и женщин (см. также дополнительную информацию).

Таким образом, наше исследование демонстрирует заметное снижение риска временной нетрудоспособности, определяемой как выход на больничный, среди лиц с первым эпизодом биполярного расстройства, которые принимали стабилизаторы настроения и/или антипсихотик, по сравнению с периодами без приема этих препаратов. Хотя эффект был несколько ниже во всей выборке, прием стабилизатора настроения, как отдельно, так и в сочетании с антидепрессантом или антипсихотиком, оставался в значительной степени ассоциированным со снижением риска отсутствия по болезни.

Эти результаты согласуются с предыдущими исследованиями, показывающими, что стабилизаторы настроения и антипсихотики эффективны для терапии аффективных расстройств и для профилактики рецидивов при биполярном расстройстве в частности. Однако в предыдущих исследованиях функциональные результаты игнорировались и, насколько нам известно, связь между посещением работы и использованием препаратов ранее не исследовалась. Результаты этого исследования подчеркивают важность эффективного лечения, особенно на ранних стадиях. Терапия также может быть способна уменьшить вторичные негативные эффекты расстройства, которые препятствуют способности к поиску работы и удержанию на рабочем месте. С другой стороны, монотерапия антидепрессантами была ассоциирована с повышенным риском выхода на больничный. Хотя это открытие может быть отчасти связано с влиянием вмешивающихся сопутствующих факторов (известно, что симптомы депрессии тесно связаны с сокращением рабочих часов), тем не менее оно подчеркивает необходимость более эффективных вариантов терапии депрессивных эпизодов у лиц с биполярным расстройством.

Minna Holm[1], Antti Tanskanen[2-4], Jari Tiihonen[2–4], Heidi Taipale[2–5]

[1] Equality Unit, Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland; [2] Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; [3] Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland; [4] Center for Psychiatry Research, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; [5] School of Pharmacy, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Исследование финансировалось Академией Финляндии (грант № 310295). Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу: https://osf.io/8kx7v/?view_only.

Перевод: Арбенина Анастасия Алексеевна, г. Москва
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Holm M, Taipale H, Tanskanen A et al. Acta Psychiatr Scand 2021;143:61-71.
2. Christensen TN, Wallstrøm IG, Eplov LF et al. Nord J Psychiatry 2022;76:225-32.
3. Hakulinen C, Elovainio M, Arffman M et al. Psychiatr Serv 2020;71:250-5.
4. Carlborg A, Ferntoft L, Thuresson M et al. Bipolar Disord 2015;17:76-85.
5. Yildiz A, Nikodem M, Vieta E et al. Psychol Med 2015;45:299-317.
6. Miura T, Noma H, Furukawa TA et al. Lancet Psychiatry 2014;1:351-9.
7. Lähteenvuo M, Tanskanen A, Taipale H et al. JAMA Psychiatry 2018;75:347-55.
8. Kishi T, Ikuta T, Matsuda Y et al. Mol Psychiatry 2022;27:1136-44.
9. Tanskanen A, Taipale H, Koponen M et al. BMC Med Inform Decis Mak 2015; 15:1-13.

DOI:10.1002/wps.21213

Модуляция самореферентной обработки посредством медитации и психоделиков: имеет ли научное исследование самотрансценденции клиническую значимость?

Sacchet MD, Fava M, Garland EL. Modulating self-referential processing through meditation and psychedelics: is scientific investigation of self-transcendence clinically relevant? *World Psychiatry*. 2024;23(2):298-299. doi:10.1002/wps.21214.

Самореферентная обработка является основной чертой человеческого опыта и включает в себя множество когнитивных способностей, которые поддерживают «Я»-концепцию, включая внутренние представления, связывающие важную информацию с идентичностью человека. Хорошо известно, что самореферентная обработка играет большую роль в возникновении, поддержании, профилактике и лечении психических расстройств, включая аффективные, тревожные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Мы предполагаем, что медитации и психоделики могут модулировать процесс самореферентной обработки через самотрансценденцию, и призываем к дальнейшему исследованию этого трансдиагностического механизма действия.

Медитативные практики и психоделики вновь обрели популярность в психиатрии после первоначального интереса в 1970-х годах. Медитация – это форма когнитивной тренировки с целью улучшения внимания, эмоциональной саморегуляции и достижения самотрансценденции. Психоделики – это сильнодействующие психоактивные вещества, которые изменяют восприятие и настроение, влияют на многочисленные когнитивные процессы, включая самоощущение, и, как предварительно показано, оказывают терапевтический эффект при аффективных и тревожных расстройствах.

Можно утверждать, что научное исследование медитации прошло через две эпохи и в настоящее время мы вступаем в третью. Первая эпоха (1995–2005 гг.) характеризуется двумя типами исследований. Первая серия исследований предоставила первоначальные результаты, указывающие на терапевтические эффекты медитации во многих областях (например, депрессия, тревожность и боль) с различной степенью эффективности, а затем воспроизвела их. Параллельно с этим вторая серия исследований продемонстрировала первоначальные результаты, касающиеся различий между людьми с большим опытом медитации и новичками, сосредоточившись на ранее не изученном влиянии медитации на мозг. Вторая эпоха, примерно с 2005 по 2020 год, характеризовалась более строгими полномасштабными рандомизированными контролируемыми испытаниями (РКИ), а также исследованиями, направленными на определение когнитивно-аффективных механизмов, лежащих в основе пользы медитации для здоровья. Например, исследователи использовали методы функциональной нейровизуализации для изучения внимания и регуляции эмоций, а также связи этих процессов со здоровьем и благополучием, включая влияние на психическое состояние.

Мы предполагаем, что в настоящее время исследования медитации вступают в третью фазу, выходя за рамки фокуса на механизмах регулирования внимания и эмоций и переходя к изучению продвинутой медитации, то есть состояний и стадий практики, которые раскрываются с ростом мастерства, включая более глубокие психологические трансформации, такие как самотрансценденция и недвойственное осознание (т. е. эмпирическое объединение дихотомии субъект-объект, которая обычно структурирует человеческий опыт). Клинические результаты и нейронные механизмы таких самотрансцендентных переживаний теперь начали изучаться в контексте психоделик-ассистированной психотерапии.

На сегодняшний день эффект медитации преимущественно изучался через призму снижения стресса. Например, техника снижения стресса, основанная на осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), наиболее известная и широко применяемая программа, которая базируется на медитации, была разработана для снижения стресса, хотя позже было обнаружено, что она также эффективна для снижения тревожности и тяжести симптомов депрессии у широкого круга людей. Сейчас мы находимся на пороге новой волны исследований и клинического применения таких техник, которые фокусируются на аспектах продвинутой медитации, включая самотрансценденцию.

Самотрансценденция – характеризующаяся растворением эго, аффективным блаженством и слиянием или смягчением границы между собой и другим/объектом (т. е. недвойственностью) – это феноменологический опыт, о котором сообщалось во многих созерцательных, философских, религиозных и духовных традициях по всему миру на протяжении тысяч лет. Этот опыт ценится как катализатор сострадательного поведения и самоактуализации. Значительные доказательства указывают на то, что психоделики могут вызывать радикальные переживания самотрансценденции. Мы утверждаем, что самотрансценденция и то, что называют измененными состояниями сознания или пиковыми переживаниями, должны быть полноправными объектами для изучения. Мы считаем, что в настоящее время существует потребность в тщательном изучении этих явлений в контексте современной психиатрии и что это стремление может предоставить новые возможности для содействия психологического благополучия в клинических и неклинических контекстах.

В недавнем РКИ (N=165) мы обнаружили, что основанная на осознанности программа при злоупотреблении опиоидами вызывала самотрансцендентные переживания, характеризовавшиеся растворением эго, блаженством и недвойственным осознанием в значительно большей степени, чем в группе контроля, в которой проводилась психотерапия[1]. Самотрансцендентные переживания были связаны с увеличением мощности тета-волн на ЭЭГ в области передней средней линии во время медитации, что опосредовало эффекты основанной на осознанности программы по снижению злоупотребления опиоидами в течение 9 месяцев наблюдения. Эти эффекты были точно воспроизведены в другом исследовании[2]. Два других недавних РКИ показали, что развитие повышенного самотрансцендентного переживания посредством медитации связано с уменьшением хронической боли[3,4].

Психоделики также были связаны с самотрансценденцией в клинических испытаниях[5], и некоторые нейровизуализационные исследования выявили связи между самотрансценденцией (иногда в посвященной психоделическому опыту литературе называемой «растворением эго»), деактивацией сети пассивного режима работы мозга[6] и активацией кортико-стриато-таламо-кортикальной системы[7].

Исследование самотрансценденции и других аспектов продвинутой медитации позволит получить более тонкое понимание феноменологии этих переживаний, видов практик, которые к ним ведут, их траекторий развития (имеется в виду развитие в процессе медитации) и результатов (достижения конечных целей практики). Нейровизуализационные исследования самотрансценденции и продвинутой медитации в более широком смысле (например, связанные с измененным восприятием времени, пространства и процессами, связанными с вознаграждением) могут обеспечить понимание механизмов для обоснования вычислительных моделей модуляции аберрантных нейронных систем (например, дисфункциональные самореферентные процессы при психических расстройствах и модулируемые медитацией и психоделиками[8]).

В конечном счете это направление исследований имеет потенциал для стимулирования разработки новых методов терапии психических расстройств, включая комбинированную терапию, интегрирующую программу снижения стресса на основе осознанности и психоделики, новые методы терапии, основанные на медитации, а также созерцательных традициях и практиках, которые еще не были широко изучены западной наукой[9], новые протоколы нейромодуляции для воздействия на нейронные сети с помощью нейронной обратной связи и стимуляции мозга.

Опыт самотрансценденции может оказаться средством реструктуризации дисфункций нейронных систем, лежащих в основе развития и поддержания ряда неадаптивных форм поведения и психических расстройств. Погружаясь в более глубокое исследование продвинутых форм медитации, включая ее развитие и конечные точки, а также психоделическую психотерапию, мы можем получить доступ к огромному неиспользованному потенциалу для облегчения страданий и содействия человеческому благополучию.

Matthew D. Sacchet[1], Maurizio Fava[1], Eric L. Garland[2]

[1] Meditation Research Program, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; [2] Center on Mindfulness and Integrative Health Intervention Development, College of Social Work, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA

Исследование M.D. Sacchet выполнено при поддержке National Institute of Mental Health (R01MH12 5850), Dimension Giving Fund, and the Brain and Behavior Research Foundation (грант № 28972). Исследование E. L. Garland выполнено при поддержке National Center for Complementary and Integrative Health (R01AT011772) и National Institute on Drug Abuse (R01DA056537, R01DA057631, R01DA048094).

Перевод: Арбенина Анастасия Алексеевна, г. Москва
Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. Garland EL, Hanley AW, Hudak J et al. Sci Adv 2022;8:eabo4455.
2. Hudak J, Hanley AW, Marchand WR et al. Neuropsychopharmacology 2021; 46:836-43.
3. Garland EL, Hanley AW, Riquino MR et al. J Consult Clin Psychol 2019;87:927-40.
4. Hanley AW, Garland EL. Mindfulness 2022;13:1532-43.
5. Watts R, Kettner H, Geerts D et al. Psychopharmacology 2022;239:3461-83.
6. Carhart-Harris RL, Erritzoe D, Williams T et al. Proc Natl Acad Sci USA 2012;109:2138-43.
7. Vollenweider FX, Preller KH. Nat Rev Neurosci 2020;21:611-24.
8. Sezer I, Pizzagalli DA, Sacchet MD. Neurosci Biobehav Rev 2022;135:104583.
9. Chowdhury A, van Lutterveld R, Laukkonen RE et al. Neuropsychologia 2023;190:108694.

DOI:10.1002/wps.21214

Внедрение в клиническую практику разработанных экспертами методов когнитивной реабилитации для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ

Verdejo-Garcia A, Berry J, Caracuel A et al. Clinical translation of expert-endorsed cognitive rehabilitation interventions for substance use disorders. *World Psychiatry*, 2024;23(2):299-301. DOI:10.1002/wps.21126.

После недавно достигнутого консенсуса посредством метода Дельфи было принято решение добавить четыре способа когнитивной реабилитации к существующим методам лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. К ним относятся коррекция когнитивных искажений, ситуационное воздействие, когнитивная ремедиация и программа по улучшению эмоциональной регуляции. Данное инновационное сочетание является ответом на прежде не решенный вопрос когнитивных изменений, рискующих снизить эффективность существующих методов лечения вышеупомянутых расстройств. В статье представлены терапевтические механизмы данных четырех способов, а также рассуждения о сложностях их внедрения в клиническую практику и рекомендации по преодолению этих сложностей.

Коррекция когнитивных искажений основана на подходах компьютеризированного когнитивного тренинга и нацелена на изменение предубеждений, связанных с употреблением психоактивных веществ. Данный метод позволяет перенаправить склонность пациента употребить наркотическое вещество в пользу его альтернативы (например, употребить вместо алкогольного напитка безалкогольный напиток). Ситуационное воздействие предлагает материальное поощрение (например, в виде денежного вознаграждения) в обмен на достижение таких терапевтических целей, как присутствие на лечении, снижение частоты употребления или отказ от наркотического вещества. Оба способа нацелены на борьбу с возникшими вследствие употребления психоактивных веществ искажений в системе вознаграждения пациента. Коррекция когнитивных искажений и ситуационное воздействие уменьшают степень положительной реакции мозга на наркотическое вещество и увеличивают ценность альтернативных стимулов.

Когнитивная ремедиация обучает пациента психологическим стратегиям, позволяющим устранить или преодолеть когнитивные нарушения в целях улучшения ежедневного самочувствия. Такая схема действий, как «остановиться – вспомнить свою цель – сделать выбор» может быть использована в целях избежать импульсивных поступков в сценариях высокого риска, как, например, социальное взаимодействие с группами людей, использующих наркотики, или семейные встречи, являющиеся потенциальным источником конфронтации для пациентов в ремиссии. Программа по улучшению эмоциональной саморегуляции также включает различные психологические стратегии, сосредоточенные на управлении негативными эмоциями (когнитивная переоценка), а также на усиление положительного аффекта (например, получение удовольствия от естественного вознаграждения). Усиливая нисходящий контроль над поведением и эмоциями, методы когнитивной ремедиации и улучшения эмоциональной саморегуляции позволяют бороться с искажениями, вызванными зависимостью.

Эксперты консенсуса Дельфи рекомендуют внедрять вышеприведенные способы после детоксикации и поддерживать их применение еженедельно хотя бы в течение следующих трех месяцев. Выбор в пользу специфической терапии должен быть основан на индивидуальных нейропсихологических и психосоциальных особенностях, а также учитывать наиболее подходящие методы для отдельных расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (например, коррекция когнитивных искажений для пациентов с алкогольной зависимостью). Для повышения

эффективности основного лечения могут быть скомбинированы несколько методов, например, когнитивная ремедиация и ситуационное воздействие.

Несмотря на научное подтверждение эффективности одобренных экспертами вышеупомянутых терапевтических методов, ряд факторов препятствует их внедрению в клиническую практику: споры вокруг концепции зависимости, разногласия в сферах исследований и клинической практики, недоступность технологий и ресурсов, а также сложная политическая обстановка.

Основанные на когнитивной реабилитации терапевтические подходы основаны на нейронаучных данных, однако рискуют быть приравненными к упрощенным моделям зависимости как «болезни головного мозга». Такие модели в последнее время критикуются, так как не учитывают социальные аспекты расстройства, а также в ограниченной степени влияют на лечение и обращение пациентов за медицинской помощью. Вышеупомянутые факторы могут вызвать разногласия между учеными и практикующими специалистами в сферах социальной и поведенческой терапии с одной стороны и сторонниками терапевтических методов, основанных на нейронауке, с другой стороны.

Существует также расхождение между научным сообществом, разрабатывающим методы когнитивной реабилитации, и специалистами, которые обучают медицинский персонал и внедряют разработанные методы. Ученые и клиницисты имеют разные референтные группы и разные приоритеты, по-разному и разными институциональными структурами оценивается эффективность их работы. Ограниченные возможности обучения клиницистов, работающих с зависимостью, подходам и принципам, основанным на нейронауке, также усложняют задачу.

Методы когнитивной реабилитации требуют специфических технологий и материальных ресурсов, таких как компьютеры и облачные сервисы, а также наличия специального бюджета для поощрения пациентов. Такие затраты представляются невозможными для обычного лечебного учреждения. Более широкий политический ландшафт может создавать дополнительные проблемы: не поддерживать специалистов в кризисных ситуациях; не обеспечивать достаточное количество ресурсов и необходимую оперативность для интеграции новых подходов в доступные, финансируемые государством планы лечения.

Несмотря на перечисленные сложности, прогресс в практиках научного сотрудничества и трансляционной науки открывает новые возможности для интеграции когнитивной реабилитации в структуру помощи пациентам с зависимостями.

Выше нами было указано на существующие противоречия между поведенческими, социальными и основанными на нейронауке терапевтическими подходами, однако такие разногласия, предположительно, являются искусственными. Во-первых, методы когнитивной реабилитации влияют на нейропластичность и на принципы обучения, улучшая здоровье мозга, а также способствуют адаптивным изменениям в поведении и улучшению социального функционирования. Во-вторых, такие методы должны восприниматься и внедряться как дополнительный способ лечения вдобавок к существующим подходам, а не как заменяющий их способ. Данный интегрированный подход соответствует последним рекомендациям Всемирной организации здравоохранения: поддерживать здоровье мозга в контексте разнообразных индивидуальных и социальных детерминант; а также он соотносится с биопсихосоциальной моделью зависимости. Как и в случае с другими психическими расстройствами, зависимость требует комплексного подхода, нацеленного на оптимизацию здоровья мозга путем создания обратной связи с помощью социальных ресурсов и внешних механизмов.

Расхождения более практического характера между научными исследованиями и реальностью клиницистов можно решить с помощью эффективных подходов, разработанных трансляционной наукой, например посредством ко-локации и ко-продукции. Ко-локация может применяться уже в процессе обучения будущих клинических специалистов на уровне магистратуры и докторантуры, во время которых студенты смогут использовать результаты исследований для внедрения в свою будущую практику. Ко-продукция, включающая в себя сотрудничество между исследователями, клиницистами и поставщиками услуг для разработки методов лечения, предоставляет уникальную возможность для вовлечения в процесс всего медицинского персонала, работающего с зависимостями. Ко-продукция позволяет разрабатывать примеры конкретных случаев с учетом индивидуальных и контекстуальных потребностей, а также подходящие и технически осуществимые формы предоставления услуг и бизнес-модели. Кроме того, сотрудничество непосредственно с промышленными партнерами может быть использовано для разработки решений в области медицинских технологий, чтобы оптимизировать опыт пациентов и их вовлеченность в лечебные мероприятия.

Методы ко-локации и ко-продукции способствуют развитию коллективных дискуссионных площадок между учеными, клиницистами и организаторами. Такой подход позволит упростить объединение индикаторов успешной работы в сферах исследований и клинической практики, повышая интерес ученых к внедрению результатов исследований в практику и предоставляя клиницистам больше возможностей участвовать в исследованиях. Изменение тактики поощрения также может привести к повышению мотивации персонала, работающего с зависимостями, обучаться новым методам, а процесс их освоения может быть ускорен с помощью дистанционного обучения и профессиональной подготовки будущих преподавателей.

Финансовая поддержка является критическим фактором в восполнении нехватки технологий и ресурсов. В США более 1,4 млрд долларов ежегодно направляются на финансирование исследований расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Однако, исходя из подсчетов, результаты только 15% из профинансированных медицинских исследований были внедрены в клиническую практику. Специальные схемы финансирования независимых организаций и благотворительных учреждений, нацеленные на приобретение необходимой техники и ресурсов, стали бы практическим решением данной проблемы и позволили бы внедрить разработанные методы когнитивной реабилитации.

Новые технологии и ресурсы могут быть использованы для отслеживания результатов когнитивной реабилитации в условиях клинической практики, а также для анализа их влияния с помощью ценностно ориентированного подхода, исходя из отзывов пациентов. В будущем представляется возможность внедрения когнитивной реабилитации в стандартные протоколы лечения в целях улучшить здоровье и общее состояние пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Antonio Verdejo-Garcia[1], Jamie Berry[2], Alfonso Caracuel, Marc L. Copersino[4], Matt Field[5], Eric L. Garland[6], Valentina Lorenzetti[7], Leandro Malloy-Diniz[8], Victoria Manning[1], Ely M. Marceau[9], David L. Pennington[10], Tara Rezapour[11], Justin C. Strickland[12], Reinout W. Wiers[13], Hamed Ekhtiari[14]

[1] Monash University, Melbourne, VIC, Australia; [2] Macquarie University, Sydney, NSW, Australia; [3] Universidad de Granada, Granada, Spain; [4] McLean Hospital and Harvard Medical School, Belmont, MA, USA; [5] University of Sheffield, Sheffield, UK; [6] University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; [7] Australian Catholic University, North Sydney, NSW, Australia; [8] Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; [9] University of Wollongong, Wollongong, NSW, Australia; [10] University of California, San Francisco, CA, USA; [11] Institute for Cognitive Science Studies, Tehran, Iran; [12] Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA; [13] University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; [14] University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA.

Перевод: Бурлакова Ольга Алексеевна, г. Лион (Франция)
Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. Verdejo-Garcia A, Rezapour T, Giddens E et al. Addiction 2023;118:935-51.
2. Dominguez-Salas S, Diaz-Batanero, Lozano-Rojas et al. Neurosci Biobehav Rev2016;71;772-801.

3. Ekhtiari HM, Zare-Bidoky M, Verdejo-Garcia A. In: El-Guebaly N, Carrà G,Galanter M (eds). Textbook of addiction treatment: international perspectives. Milan: Springer, 2021:1159-76.
4. Kiluk BD, Buck MB, Devore KA et al. J Subst Abuse Treat 2017;72:80-8.
5. Heather N, Field M, Moss M et al. Evaluating the brain disease model of ad-diction. London: Routledge, 2022.
6. Schwartz AC, Frank A, Welsh JW et al. Acad Psychiatry 2018;42:642-7.
7. World Health Organization. Optimizing brain health across the life course. Geneva: World Health Organization, 2022.
8. Volkow ND, Blanco C. World Psychiatry 2023;22:203-29.9. Zurynski Y, Smith CL, Knaggs G et al. Aust N Z J Public Health 2021;45:420-3.

DOI:10.1002/wps.21126