Система оценки инструментов искусственного интеллекта для психического здоровья (FAITA-Mental Health): Шкала для оценки инструментов, основанных на искусственном интеллекте, для помощи в области психического здоровья

Ashleigh Golden, Elias Aboujaoude. The framework for AI tool assessment in mental health (FAITA – Mental Health): A scale for evaluating AI-powered mental health tools. *World Psychiatry*. 2024;23(3):444-445

Даже в условиях постоянно меняющегося мира цифровых технологий, которые помогают улучшить психическое здоровье, появление искусственного интеллекта (ИИ), крупных языковых моделей и предварительно обученных генераторов представляет собой значительный шаг вперед. Эти технологии могут предложить масштабируемые и персонализированные инструменты для диагностики, психообразования и лечения, что может помочь преодолеть существующие проблемы с доступом к медицинской помощи в области психического здоровья. В то же время существуют опасения по поводу потенциальных рисков для здоровья пациентов, связанных с неконтролируемым использованием ИИ для лечения, а также возможности неправомерного использования персональных данных на ненадежных платформах. Это создает беспрецедентные проблемы как для пациентов, так и для медицинских работников. Волнение и страх, которые окружают решения в области психического здоровья, основанные на ИИ, подчеркивают важность всестороннего анализа всех потенциальных преимуществ и рисков, связанных с этими новыми технологиями.

Насколько нам известно, не существует единой шкалы, которая бы систематически оценивала влияние ИИ на здравоохранение. Abbasian et al.[2] предложили полезные показатели для оценки разговоров о здоровье с использованием ИИ, но они не были специально адаптированы к сфере психического здоровья. L. Eliot[3], специалист в области искусственного интеллекта, предлагает оценивать чат-ботов в контексте психического здоровья на основе их автономности, то есть степени независимости от человеческого контроля. Pfohl et al.[4] уделяют особое внимание оценке справедливости и непредвзятости в применении ИИ в сфере психического здоровья. Эти работы подчеркивают необходимость разработки комплексного подхода к оценке влияния ИИ на психическое здоровье, который будет учитывать не только автономность и справедливость, но и такие факторы, как эффективность, удобство для пользователей, безопасность и этичность[5].

Важные уроки можно извлечь из опыта использования цифровых инструментов для оценки психического здоровья, которые появились еще до появления ИИ. Одним из таких инструментов было закрытое некоммерческое руководство One Mind PsyberGuide[6]. Оно предоставляло обзоры цифровых приложений для психического здоровья, основываясь на трех ключевых критериях: достоверности, удобстве для пользователей и прозрачности. Фреймворк, по-видимому, играет важную роль в нескольких различных группах. Psihogios et al.[7] высоко оценили его в своей статье о мобильных приложениях для здоровья детей, в то время как Nesamoney[8] одобрили его как полезный инструмент для разработчиков приложений и дизайнеров. Garlend et al.[9] описали его как более всеобъемлющий и удобный для пользователя, чем другие платформы для анализа приложений, в том числе от Американской психологической ассоциации.

PsyberGuide – хорошая отправная точка для создания системы оценки инструментов в сфере охраны психического здоровья с использованием ИИ. В нем представлены как краткие отзывы пользователей, так и более подробные экспертные оценки, а также рекомендации по оценке. Это важно, потому что инструменты ИИ «учатся» на основе отзывов и обзоров. Наличие системы для сравнения различных предложений в области ИИ также полезно.

В этом контексте мы представляем систему оценки инструментов ИИ для сферы психического здоровья (FAITA – Mental Health). Эта шкала представляет собой структурированный инструмент, созданный на основе обновленных параметров «достоверность», «пользовательский опыт» и «прозрачность» PsyberGuide, адаптированных для «эпохи ИИ». В FAITA – Mental Health также включены три новых важных аспекта: «ответственность пользователей», «разнообразие и инклюзивность» и «управление в кризисных ситуациях». Более подробную информацию о полной форме FAITA – Mental Health можно найти в дополнительных материалах.

Наша концепция признает как потенциал, так и проблемы, связанные с инструментами ИИ, и подчеркивает важность научно обоснованного дизайна, ориентированного на пользователя, безопасности, персонализации, учета культурных особенностей и этического использования технологий. Наша цель – продвигать «лучшие практики» и направлять развитие технологий ИИ таким образом, чтобы это приносило пользу пользователям при соблюдении их прав. Система разработана таким образом, чтобы быть достаточно гибкой для учета продолжающегося развития отрасли, а также для адаптации к другим медицинским дисциплинам, на которые влияет ИИ, таким как «FAITA – генетика».

Первый параметр системы, «достоверность», оценивает инструменты для охраны психического здоровья на базе ИИ в соответствии с их научной основой и возможностями достижения целей пользователей. Этот параметр состоит из трех подуровней: предлагаемая цель, контент, основанный на фактических данных, и сохранение. Направление выступает за мероприятия, которые имеют четкие и поддающиеся измерению цели, основаны на проверенных исследованиях и практике и могут обеспечить значимую вовлеченность пользователей в течение долгого времени и которые могут поддерживать интерес пользователей в течение долгого времени. За каждый подуровень можно получить до двух баллов, максимум шесть баллов – за инструмент, пользующийся наибольшим доверием.

Второй параметр для оценки инструментов психического здоровья, основанных на ИИ, – «пользовательский опыт» – касается более сложных взаимодействий, чем те, которые можно найти в статичных приложениях для психического здоровья. Таким образом, измерение «пользовательский опыт» в PsyberGuide, которое фокусируется на вовлеченности, функциональности и эстетике, было признано неадекватным. Были включены три новых подуровня: «персонализированная адаптивность», позволяющая оценить способность ИИ улучшаться с течением времени на основе отзывов пользователей; «качество взаимодействий», позволяющее оценить естественность взаимодействий; и «механизмы обратной связи», чтобы подчеркнуть важность сообщений пользователями о проблемах, предложений улучшения и обращения за помощью. За каждый из этих подуровней можно получить до 2 баллов, в результате чего мак-

симально возможная оценка в 6 баллов по параметру «пользовательский опыт».

Третий параметр – «свобода действий пользователей» – является новым и подчеркивает важность предоставления пользователям большего контроля над их личными данными и вариантами их обработки. Оно состоит из двух подуровней: «автономия пользователей, защита данных и конфиденциальность» и «расширение прав и возможностей пользователей». В первом подуровне основное внимание уделяется предоставлению пользователям контроля над их медицинскими данными, предоставлению четких и удобных для пользователя форм согласия, надежным мерам защиты данных, безопасному хранению и предоставлению пользователям возможности активно управлять своими собственными данными. Во втором подуровне особое внимание уделяется самоэффективности пользователей и их способности управлять собой, обеспечивая, чтобы вмешательства ИИ включали инструменты, поддерживающие независимость пользователей, и поощряли пользователей применять навыки, приобретенные с помощью этого инструмента, в реальных жизненных ситуациях, чтобы предотвратить зависимость от этого инструмента. За каждый подуровень можно получить до 2 баллов, при этом общий максимальный балл для измерения «агентство пользователей» составляет 4 балла.

Четвертый параметр – «равенство и инклюзивность» – также является новым и состоит из двух подуровней: «культурная восприимчивость» и «инклюзивность». Он оценивает способность инструмента взаимодействовать с пользователями из разных культурных слоев и подчеркивает необходимость в контенте, который признает культурные и другие различия в идентичности, и «предвзятость и справедливость», в котором говорится о приверженности инструмента разнообразию в его учебных материалах и устранении предубеждений, которые могут повлиять на справедливость и равенство. Каждому подуровню присваивается до 2 баллов, при этом максимальный балл по разделу «справедливость и инклюзивность» равен 4.

Пятый параметр – «прозрачность» – остался от PsyberGuide, но теперь выходит за рамки управления данными и включает в себя владение ИИ, финансирование, бизнес-модель, процессы разработки и основные субъекты деятельности. В нем подчеркивается важность предоставления четкой и всеобъемлющей информации об операционной и деловой практике, чтобы пользователи были лучше подготовлены к принятию обоснованных решений об использовании таких технологий. Он также призван помочь разработчикам придерживаться лучших практик, раскрывая информацию о предназначении их инструментов и управлении ими. Максимальный балл по параметру «прозрачность» равен 2.

Наконец, новый параметр «управление в кризисных ситуациях» оценивает обеспечение благополучия пользователей и эффективность поддержки психического здоровья с помощью ИИ в чрезвычайных ситуациях. В этом аспекте особое внимание уделяется комплексным протоколам и функциям обеспечения безопасности, которые не только направляют пользователей к соответствующим местным ресурсам во время кризисов, но и обеспечивают контроль за использованием этих ресурсов. Параметр «управление в кризисных ситуациях» имеет максимальную оценку 2.

Интеграция GAI, LLMs и GPTS в психиатрическую помощь открывает многообещающую, но сложную новую эпоху. Эти технологии имеют огромный потенциал для предоставления персонализированной, доступной и масштабируемой поддержки в области психического здоровья. Однако с ними связаны и некоторые проблемы. Чтобы помочь пользователям, клиницистам, исследователям, представителям общественного здравоохранения всесторонне оценить качество, безопасность, целостность и ориентированность на пользователя инструментов для охраны психического здоровья на основе искусственного интеллекта, мы разработали FAITA – Mental Health.

Общая оценка по этой шкале варьируется от 0 до 24 баллов. Она разработана, чтобы отразить сложность психиатрической помощи, основанной на ИИ, учитывая постоянное развитие этой области и возможность адаптации к другим медицинским направлениям. Однако для того, чтобы оценить сильные и слабые стороны этого подхода, а также выявить наиболее важные его составляющие, необходимо провести официальное исследование.

Ashleigh Golden[1], Elias Aboujaoude[1,2]

[1] Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.
[2] Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA.
Supplementary information including the FAITA – Mental Health scale is available at https://www.FAITAmentalhealthscale.com.

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. Torous J, Blease C. World Psychiatry 2024;23:1-2.
2. Abbasian A, Khatibi E, Jain R et al. arXiv 2023;2309.12444.
3. Eliot L. Creatively judging those generative AI mental health advisement chatbots by astutely gauging their levels of AI autonomy. Forbes, December 15, 2023.
4. Pfohl SR, Cole-Lewis H, Sayres R et al. arXiv 2024;2403.12025.
5. Lawrence HR, Schneider RA, Rubin SB et al. arXiv 2024;2403.14814.
7. One Mind. PsyberGuide. https://onemind.org/psyberguide.
8. Psihogios AM, Stiles-Shields C, Neary M. J Pediatr Psychol 2022;45:1106-13.
9. Nesamoney S. International Journal of High School Research 2023;5:104-9.
10. Garland AF, Jenveja AK, Patterson JE. Fam Syst Health 2021;39:155-7.

DOI:10.1002/wps.21248

Проблема пограничного расстройства личности

Peter J. Tyrer, Roger T. Mulder. The problem with borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2024;23(3):445-446

В конце 1980-х годов Рабочая группа МКБ-10 по расстройствам личности располагала ограниченным количеством данных, на которых можно было бы основать свои решения, и, по понятным причинам, последовала примеру DSM с его хорошо профинансированными и популярными третьим и последующими изданиями.

Когда Рабочая группа приступила к обсуждению вопроса о классификации отдельных расстройств личности, она пришла к выводу, что имеющихся доказательств недостаточно для включения в классификацию «пограничного расстройства личности». Однако сторонники этой концепции не согласились с таким решением, и в итоге были добавлены две дополнительные категории под общим названием «эмоционально неустойчивое расстройство личности» (F60.3): «импульсивный тип» (F60.30), характеризующийся «склонностью к неожиданным действиям», «сварливым поведением» и «неустойчивым и капризным настроением»; и «пограничный тип» (F60.31), описывающий неустойчивость самооценки, нестабильные отношения, страх одиночества и склонность к самоповреждению.

Мы до сих пор не видим убедительных данных, что диагноз «импульсивный тип» (F60.30) широко используется на

практике. Напротив, «пограничный тип» стал самым распространенным диагнозом расстройства личности, настолько, что первоначальное разделение «эмоционально неустойчивого расстройства личности» на две подкатегории практически забыто.

Во время пересмотра МКБ-11, более чем два десятилетия спустя, был сделан аналогичный вывод: пограничное расстройство личности признали неподходящим для включения в классификацию и исключили – как, впрочем, и все другие категории расстройств личности в новой дименсиональной системе[1]. Однако, как и в случае с МКБ-10, отсутствие данного диагноза вызвало недовольство[2] и многочисленные призывы вернуть его хотя бы в какой-то форме. В результате был введен «спецификатор пограничного паттерна»[3] как компромиссное решение.

Почему же, несмотря на то что две экспертные группы признали диагноз неудовлетворительным, «пограничное расстройство личности» продолжает существовать? Обычно отвечают, что он полезен в клинической практике, широко применяется и подразумевает определенные терапевтические подходы, в отличие от других диагнозов. Однако то же самое можно было сказать о неврастении, которая с конца XIX века до 1990-х годов фигурировала в классификациях (и даже вошла в МКБ-10, хотя и с осторожной формулировкой), но впоследствии была признана устаревшей – из-за расплывчатого определения, чрезмерной распространенности и стигматизирующего характера.

Эти же проблемы актуальны и для пограничного расстройства личности. Оно подобно крупной пузырчатой пленке, покрывающей все остальные личностные расстройства: заметное снаружи, но скрывающее внутренние различия. Аномалии личности проявляются через устойчивые черты, аналогичные чертам нормальной личности. Характерные признаки пограничного расстройства – это не черты, а симптомы и изменчивое поведение[4], которые, как и многие симптоматические состояния, постепенно уменьшаются со временем[5]. При факторном анализе пограничные симптомы распределяются между различными личностными и другими психическими нарушениями и не обладают специфичностью[6].

Все попытки выделить уникальную пограничную черту оказались безуспешными. Хотя симптомы пограничного расстройства личности кажутся внутренне согласованными при отдельном рассмотрении, при сопоставлении с другими симптомами расстройств личности они растворяются в общем факторе личностного расстройства[7]. Симптомы пограничного расстройства тесно коррелируют с другими личностными нарушениями, и сам диагноз лучше рассматривать как проявление личностной патологии умеренной или тяжелой степени[6,7]. Возможно, Gunderson и Lyons-Ruth были правы, определив ядро пограничной патологии как межличностную гиперчувствительность – комплекс поведенческих и эмоциональных симптомов, встречающийся при большинстве личностных расстройств[8].

Неточный диагноз ведет к неадекватному лечению. Хотя на первый взгляд существует множество методов терапии пограничного расстройства личности, их эффективность при детальном анализе оказывается не выше, чем у качественной психиатрической помощи – того, что сегодня обозначается как структурированное клиническое управление (structured clinical management, SCM) или общее психиатрическое управление (general psychiatric management, GPM). Возникает путаница в том, кому следует назначать SCM и GPM, а кому – более сложные вмешательства, такие как диалектическая поведенческая терапия (dialectical behavioural therapy, DBT), терапия, основанная на ментализации (mentalization-based therapy, MBT), психотерапия, сфокусированная на переносе (transference-focused therapy, TFT), когнитивно-поведенческая терапия (cognitive behavioural therapy, CBT) и когнитивно-аналитическая терапия (cognitive analytic therapy, CAT). Концепция поэтапного лечения звучит убедительно, но, поскольку сам диагноз расплывчат, неясно, с какого этапа начинать.

Можно возразить, что, несмотря на справедливость критики, термин «пограничное расстройство личности» удобен для клиницистов и может использоваться как синоним личностной патологии умеренной и тяжелой степени, требующей структурированной психотерапии. Однако проблема в том, что этот термин сам по себе является мощным источником стигмы. Пациенты с таким диагнозом воспринимаются как более трудные, даже если их поведение не отличается от поведения других больных без этого ярлыка[9]. Кроме того, им сложнее получить помощь по поводу других психических расстройств – таких как СДВГ, зависимости или аффективные расстройства, – а также соматических заболеваний. Сам ярлык «пограничное расстройство личности» обесценивает другие симптомы, побуждая игнорировать их, что усиливает чувство отчуждения, и без того свойственное людям с личностными нарушениями.

На наш взгляд, необходимо отказаться от нынешнего подхода к диагнозу «пограничное расстройство личности» и перейти к более прозрачной системе описания личностной патологии. Поскольку этот диагноз во многом совпадает с личностными расстройствами умеренной и тяжелой степени, отправной точкой должна быть оценка выраженности дисфункции пациента. У многих людей с такими нарушениями присутствуют черты, сегодня называемые «пограничными» – эмоциональная неустойчивость, межличностная гиперчувствительность, импульсивное поведение, – но далеко не у всех. Некоторые демонстрируют выраженную социальную и эмоциональную отстраненность, другие – перфекционизм, упрямство, эгоцентризм или отсутствие эмпатии. Эти особенности личности, описывавшиеся на протяжении веков, остаются вне поля внимания, когда терапевтический фокус ограничивается так называемыми пограничными проявлениями.

Новая версия Международной классификации болезней (МКБ-11) предлагает более глубокий и гибкий подход к оценке личностных нарушений. Дименсиональная классификация по степени тяжести – от личностных трудностей до легких, умеренных и тяжелых расстройств – побуждает врачей прежде всего оценивать общую выраженность патологии, а уже затем переходить к конкретным симптомам и поведенческим особенностям. Пять доменов – негативная аффективность, отстраненность, диссоциальность, расторможенность и ананкастность – близки по структуре к «Большой пятерке» нормальной личности и позволяют описывать личностные особенности за пределами рамок традиционного пограничного расстройства, особенно в сферах отстраненности и ананкастности.

Такой подход должен побуждать специалистов рассматривать весь спектр личностной патологии, а не останавливаться, едва отметив соответствие критериям пограничного расстройства. Более комплексная формулировка диагноза, вероятно, приведет к разнообразию терапевтических стратегий, а не к универсальному протоколу для всех. Кроме того, это создаст предпосылки для исследований, направленных на разработку лечения при непограничных формах личностной патологии.

В заключение, пограничное расстройство личности можно рассматривать как переходный диагноз, который способствовал привлечению внимания к пациентам с умеренными и тяжелыми расстройствами личности и стимулировал развитие структурированных психотерапевтических подходов. Однако сегодня ясно, что данный диагноз не связан с конкретными личностными чертами, чрезмерно обобщен и не подразумевает специфического лечения за пределами обычной клинической практики. Его доминирующее положение в психиатрии препятствует полноценной диагностике и терапии других личностных нарушений и усиливает стигматизацию самой концепции личностной дисфункции. Пришло время позволить диагнозу «пограничное расстройство личности» уйти в прошлое.

Peter J. Tyrer[1], Roger T. Mulder[2]

[1] Division of Psychiatry, Imperial College, London, UK.
[2]Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand.

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография
1. Tyrer P, Mulder RT, Kim YR et al. Annu Rev Clin Psychol 2019;15:481-502.
2. Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M et al. J Pers Disord 2017;31:57-789.
3. Reed GM. World Psychiatry 2018;17:227-9.
4. Tyrer P. Personal Ment Health 2009;3:86-95.
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Am J Psychiatry 2003;160:274-83.
6. Mulder RT, Horwood J, Tyrer P et al. Personal Ment Health 2016;10:84-95.
7. Sharp C, Wright AG, Fowler JC et al. J Abnorm Psychol 2015;124:387-98.
8. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. J Pers Disord 2008;22:22-41.
9. Newton-Howes G, Weaver T, Tyrer P. Aust N Z J Psychiatry 2008;42:5727-7.

DOI:10.1002/wps.21249

Клинические описания и диагностические требования МКБ-11: преимущества для системы здравоохранения и клинической практики

Oye Gureje. The ICD-11 CDDR: Benefits to health systems and clinical care. *World Psychiatry*. 2024;23(3):447-448

На базовом уровне системы классификации служат важным инструментом для медицинских работников. Они помогают выявлять людей, нуждающихся в медицинской помощи, и принимать обоснованные решения о наиболее эффективных методах лечения. Кроме того, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) надеется, что глава МКБ-11, посвященная психическим и поведенческим расстройствам и нарушениям нейропсихического развития, предоставит государствам – членам ВОЗ ценные рекомендации для снижения бремени болезней, связанных с этими расстройствами.

В процессе разработки Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR) для психических и поведенческих расстройств и нарушений нейропсихического развития в соответствии с МКБ-11[1] были использованы актуальные научные данные и передовые клинические практики. Основная задача заключалась в том, чтобы улучшить этот инструмент и сделать его универсальным языком для общения между: а) медицинскими работниками, которые не только определяют характер психических проблем и назначают лечение, но и консультируются друг с другом; б) пользователями услуг и лицами, осуществляющими уход, чтобы они могли быть в курсе своего состояния и участвовать в принятии решений, касающихся их лечения; в) государствам-участникам, которым требуется систематизировать и анализировать информацию, полученную в ходе медицинских консультаций, в виде статистических данных, играющих ключевую роль в формировании доказательной политики и планировании в области здравоохранения.

Чтобы выполнять свои функции, CDDR должны быть надежными, достоверными и соответствовать своему назначению, то есть иметь клиническую ценность. Несмотря на то что достижения в области нейрогенетики и психофизиологии не дали достаточной основы для новых характеристик психических состояний, диагностическая обоснованность этих состояний, то есть доказательства того, что они соответствуют заявленным характеристикам, была подтверждена эмпирическими исследованиями чувствительности к лечению и закономерностями клинических исходов[2]. При сохранении или включении новых диагностических категорий в CDDR эти данные были тщательно проанализированы и использованы для установления достоверности. Надежность диагностики тяжелых состояний оценивалась клиницистами с различным опытом работы в разных странах.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приложила значительные усилия, чтобы гарантировать, что категории и диагностические рекомендации, представленные в МКБ-11 и CDDR, имели достаточную и обоснованную клиническую ценность[3]. Основываясь на предыдущем опыте[4], ВОЗ разработала более подробное определение клинической полезности. Оно включает в себя: а) концептуализацию – степень, в которой понятие или категория помогают понять состояние здоровья пациента; б) соответствие клинической реальности – степень, в которой описания и требования точно отражают симптомы пациентов и помогают врачам выбирать методы лечения и принимать соответствующие клинические решения; в) простоту использования – практическую применимость рекомендаций, особенно в клинических условиях, где врачи часто сталкиваются с нехваткой времени.

Чтобы упростить использование CDDR во всем мире, необходимо было также учесть их применимость в различных культурах. Во-первых, поскольку психиатрическая нозология опирается на эмпирические источники, ее успех зависит от разнообразия этих источников. Классификация, которая основывается на ограниченном числе данных, будет иметь узкую сферу применения. Поэтому диверсификация источников данных является ключевым требованием для обеспечения глобальной доступности. Кроме того, необходимо учитывать различные точки зрения при определении границ между нормативным опытом и клинически значимыми отклонениями[5]. Во-вторых, международная классификация должна быть гибкой и учитывать культурные особенности, поскольку культура оказывает значительное влияние на характер, форму и проявления большинства психических расстройств.

Чтобы получить разнообразные данные, были проведены клинические исследования в сети международных центров полевых исследований. Эти исследования помогли оценить клиническую пользу и удобство использования предлагаемых CDDR в реальных условиях, а также надежность диагнозов, которые чаще всего приводят к обращению за медицинской помощью. Полевые исследования были проведены в 13 странах, представляющих все регионы мира ВОЗ. В каждой стране исследования проводились на местном языке. Кроме того, ВОЗ создала Всемирную сеть клинической практики (Global Clinical Practice Network, GCPN), которая активно участвовала в разработке CDDR для МКБ-11. Полевые исследования проводились через интернет.

Независимо от качества информации, полученной в ходе исследований, и имеющейся научной литературы, необходимо было прийти к определенному пониманию того, что представляет собой состояние психического здоровья. Учитывая отсутствие точных биомаркеров, которые могли бы определить большинство психических расстройств с высокой степенью чувствительности и специфичности, было бы сложно полагаться исключительно на научные данные для классификации этих расстройств. Поэтому, чтобы обеспечить актуальность и глобальную применимость CDDR, крайне важно, чтобы решения, касающиеся классификации, принимались на основе консенсуса с участием различных групп заинтересованных сторон. Это означает, что эти группы должны были выразить свои взгляды на то, что считается отклонением от нормы[5].

Это решение привело к формированию междисциплинарных рабочих групп по МКБ-11, в которые вошли представители всех регионов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): Африки, Северной и Южной Америки, Европы, Восточного Средиземноморья, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Как и при выборе мест для проведения полевых исследований, в число которых вошли центры в Бразилии, Китае, Индии, Мексике и Нигерии – странах, где проживает около 43% населения мира, – в состав каждой из рабочих групп также входила значительная доля экспертов из стран с низким и средним уровнем дохода.

Как уже было отмечено, культурные факторы играют важную роль в восприятии психических расстройств и в том, как люди обсуждают и принимают решения о лечении. Учет культурных особенностей позволяет принимать более обоснованные решения во время клинических осмотров и способствует предоставлению комплексной и персонализированной помощи. Поэтому было уделено особое внимание тому, как сделать CDDR более применимыми в различных культурных контекстах, где они будут применяться.

Создание классификации, которая учитывала бы культурные различия, не умаляя при этом своей основной цели – способствовать международному общению, – требовало особого внимания. ВОЗ создала Рабочую группу по культурным аспектам, которая провела глубокий анализ имеющихся научных данных о влиянии культуры на диагностику и психопатологию для каждой диагностической категории. В обзор вошли соответствующие формулировки о культуре, содержащиеся в МКБ-10 и DSM-5. В результате работы группы для каждой диагностической категории в CDDR появилась рубрика «Культуральные особенности». Эта часть, разработанная для повышения применимости и эффективности, освещает контекстуально значимые культурные проблемы. Она предназначена для помощи клиницистам принимать обоснованные решения о состоянии пациента с учетом его жизненного опыта, а также обсуждать подходящие варианты помощи. Это позволяет медицинским работникам, независимо от их культурной принадлежности, делиться своими клиническими достижениями и опытом.

В начале своей деятельности Международная консультативная группа ВОЗ, ответственная за организацию мероприятий по пересмотру, подчеркнула, что для облегчения доступа к надлежащим службам охраны психического здоровья необходимо иметь точную, достоверную и клинически полезную систему классификации[7], которая будет способствовать выявлению и лечению состояний, по поводу которых люди обращаются за медицинской помощью. Результаты полевых исследований показали, что использование CDDR позволяет надежно диагностировать как распространенные, так и тяжелые заболевания, а также обеспечивает единообразное толкование требований в различных странах[8]. Важно отметить, что подход CDDR, основанный на описании основных признаков каждого расстройства, отражает реальные модели принятия клинических решений и помогает избежать произвольного сокращения или подсчета симптомов, оказался весьма полезным в клинической практике[9].

Oye Gureje

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Neurosciences and Alcohol and Drug Abuse, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements
1. for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://
2. www.who.int/publications/i/item/9789240077263.
3. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. World Psychiatry 2022;21:393-414.
4. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Am Psychol 2016;71:3-16.
5. First MB, Pincus HA, Levine JB et al. Am J Psychiatry 2004;161:946-54.
6. Gureje O, Stein DJ. Int Rev Psychiatry 2012;24:606-12.
7. Gureje O, Lewis-Fernandez R, Hall BJ et al. BMC Med 2020;18:25.
8. International Advisory Group for the Revision of ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
9. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:174-86.

DOI:10.1002/wps.21250

Внедрение «Клинических описаний и диагностических требований» МКБ-11 в Китае

Jiang Long, Na Zhong, Jingjing Huang, Geoffrey M. Reed, Zhen Wang, Yifeng Xu, Min Zhao. Implementation of the ICD-11 CDDR in China. *World Psychiatry*. 2024;23(3):):448-449

С 2007 года Китай активно сотрудничает со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и иностранными коллегами в области пересмотра, полевых испытаний, обучения применению и внедрения главы МКБ-11, посвященной психическим, поведенческим расстройствам и нарушениям нейропсихического развития, а также соответствующих ей «Клинических описаний и диагностических требований» (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)[1]. В 2018 году Национальная комиссия по здравоохранению ясно подчеркнула важность МКБ-11 и потребовала от всех медицинских работников в Китае использовать МКБ-11 в своей клинической практике[2]. CDDR МКБ-11 особенно важны для достижения этой цели в системах охраны психического здоровья Китая – огромной страны с более чем 30 административными районами провинциального уровня и населением более 1,4 миллиарда человек.

Шанхайский центр психического здоровья (Shanghai Mental Health Center, SMHC), являющийся Сотрудничающим центром ВОЗ по исследованиям и обучению в области психического здоровья и Национальным центром изучения психических расстройств, возглавил полевые испытания и внедрение CDDR МКБ-11 в Китае[3]. Вместе с другими Сотрудничающими центрами ВОЗ в Китае, Национальными центрами изучения психических расстройств и другими ведущими учреждениями по всей стране SMHC образовал основу команды по внедрению CDDR МКБ-11, в которую вошли более 60 национальных лидеров в области психического здоровья, включая руководителей ведущих психиатрических учреждений и президентов научных и профессиональных ассоциаций. Внедрение CDDR в Китае включает в себя взаимосвязанный и масштабный комплекс мероприятий, в том числе перевод, тестирование на местах, исследования, распространение и обучение использованию.

Перевод являлся краеугольным камнем внедрения CDDR МКБ-11 в Китае. Процесс перевода начался в 2016 году и представлял собой коллективную работу экспертов из Шанхая, Пекина и Чанши, координируемую SMHC. Это был многоэтапный процесс, включавший восемь раундов проверки и пересмотра в течение восьми лет, в котором приняли участие

24 переводчика и 12 рецензентов. Окончательная версия CDDR МКБ-11 на китайском языке теперь доступна для всех специалистов в области психического здоровья в Китае.

Одновременно с процессом перевода Китай проводил полевые испытания CDDR МКБ-11 с 2016 по 2021 год, следуя протоколам, предоставленным ВОЗ. SMHC был назначен ВОЗ Международным центром полевых исследований, а президент SMHC Min Zhao была выбрана председателем Международной консультативной группы по обучению и внедрению МКБ-11. В работе по полевым испытаниям в Китае приняли участие 2224 пациента, 59 клинических экспертов, 59 направляющих врачей и 23 научных ассистента из 10 центров по всей стране. Испытания проводились на основе тщательного междисциплинарного подхода с привлечением всех заинтересованных сторон, а его результаты были представлены в ВОЗ в 2021 году для обеспечения валидации и окончательной доработки CDDR МКБ-11.

В июне 2018 года, после того как адаптация большей части CDDR была завершена, SMHC объединил усилия с различными государственными и профессиональными учреждениями для обсуждения национального плана обучения. В ноябре 2018 года SMHC запустил официальную учебную программу, стратегически разработанную для поэтапного внедрения с привлечением группы психиатров, представляющих различные регионы Китая. Эти специалисты прошли обучение, а затем инструктаж, чтобы стать наставниками в своих учреждениях.

Эта программа обучения продолжает работать с минимальными затратами и направлена на создание сети наставников и системы распространения информации среди клиницистов по всему Китаю – огромной и густонаселенной стране. Эксперты продолжают проводить более специализированные тренинги на научных конференциях и образовательных мероприятиях. Используя различные методы и каналы, а также сотрудничая с национальными ассоциациями, обществами и другими специализированными учреждениями, SMHC на сегодняшний день обучил более 5000 психиатров.

В дополнение к вышеупомянутой работе в Китае был организован ряд исследовательских и просветительских мероприятий, посвященных CDDR для МКБ-11, чтобы способствовать лучшему ее распространению и внедрению. SMHC организовал и опубликовал серию статей по CDDR в *Chinese Journal of Psychiatry*, наиболее авторитетном китайском психиатрическом журнале. Серия состоит из двух статей, в которых рассказывается о самих CDDR, ходе их разработки и актуальной информации об их внедрении в Китае[4,5], и десяти статей, в которых представлены значительные изменения в диагностике основных расстройств по CDDR МКБ-11, включая тревожные расстройства, аффективные расстройства, расстройства личности, шизофрению и другие первичные психотические расстройства, нарушения нейропсихического развития и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Примечательно, что в серию также вошла одна статья, в которой обсуждаются ход исследований и горячие дискуссии, связанные с появлением диагноза игрового расстройства в МКБ-11. Кроме того, поскольку в Китае в настоящее время не хватает знаний и опыта в области игровых расстройств, SMHC возглавил исследования и разработал скрининг-инструмент на китайском языке, предоставил рекомендации для организаторов общественного здравоохранения[7], внес вклад в совместный проект с ВОЗ по разработке новых международных инструментов скрининга и диагностики этого расстройства[8], а также организовал вебинары для расширения возможностей оценки и лечения этого расстройства в сотрудничестве с ВОЗ и другими важными партнерами.

За более чем 15 лет работы успешному внедрению CDDR МКБ-11 в Китае способствовало несколько факторов. Во-первых, правительство Китая играет решающую роль в установлении и продвижении международных стандартов в области национального здравоохранения. Значительная поддержка МКБ-11 правительством создает отличные условия для внедрения и распространения CDDR. Во-вторых, назначение и наделение полномочиями руководителя направления по внедрению CDDR в Китае очень важно для обеспечения управления, общей координации, мобилизации ресурсов, обучения, обеспечения качества, переходного менеджмента и устойчивости. SMHC, по поручению ВОЗ, возглавил работы по внедрению и сыграл жизненно важную роль в решении огромных проблем, связанных с переходом на новую классификацию. В-третьих, кампании по информированию общественности и инициативы по привлечению заинтересованных сторон позволили повысить осведомленность о преимуществах использования CDDR МКБ-11. Привлечение таких заинтересованных сторон, как ВОЗ, Национальная комиссия по здравоохранению, профессиональные ассоциации, ведущие исследовательские центры, медицинские работники и общества защиты интересов пациентов, могут помочь создать устойчивый импульс и заручиться существенной поддержкой на пути внедрения, способствуя его успеху.

В будущем мы намерены продолжать содействовать использованию и распространению CDDR МКБ-11 в Китае, стремясь в конечном итоге к масштабированию психиатрической помощи в стране[9]. Во-первых, мы продолжим проводить общенациональные тренинги по CDDR для МКБ-11 для специалистов в области психического здоровья, включая психиатров, психологов, врачей общей практики, медсестер, социальных работников, а также руководителей здравоохранения и политиков. Во-вторых, будет создана интерактивная сеть по внедрению CDDR МКБ-11 для продвижения исследований, обучения и клинических инициатив, что позволит повысить качество охраны психического здоровья в стране. В-третьих, будут проводиться дальнейшие мероприятия, такие как разработка новых вспомогательных диагностических, скрининговых инструментов и учебных программ на основе МКБ-11, для облегчения адаптации и применения CDDR МКБ-11 в практике. Наконец, Китай продолжит укреплять сотрудничество с международными экспертами и организациями в области психиатрии для улучшения психического здоровья во всем мире.

Jiang Long[1,2], Na Zhong[1,2], Jingjing Huang[1,2], Geoffrey M. Reed[3,4], Zhen Wang[1,2], Yifeng Xu[1,2], Min Zhao[1,2]

[1] Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China;
[2] WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health, Shanghai, China;
[3] Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA;
[4] WHO Collaborating Center for Capacity Building and Training in Global Mental Health.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263.
2. National Health Commission of the People's Republic of China. Notice on Issuing the Chinese Version of the Eleventh Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). Beijing: National Health Commission of the People's Republic of China, 2018.
3. GCP Network. Network perspectives: ICD-11 implementation in China: interview with Dr. Min Zhao and Dr. Jiang Long. https://gcp.network.
4. Dai Y, Xiao Z, Zhao M et al. Chinese J Psychiatry 2015;48:126-7.
5. Huang J, Zhao M, Xiao Z et al. Chinese J Psychiatry 2017;50:340-4.
6. Zhong N, Du J, Poznyak V et al. Chinese J Psychiatry 2018;51:149-52.
7. Zhao M, Hao W. Gen Psychiatr 2019;32:e100086.
8. Carragher N, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Addiction 2022;117:2119-21.
9. Long J, Chen J, Xie B et al. Lancet 2022;400:732.

DOI:10.1002/wps.21251

Как клинические описания и диагностические требования МКБ-11 отражают аспекты общественного здравоохранения, связанные с употреблением психоактивных веществ

María Elena Medina-Mora, Rebeca Robles. How the ICD-11 and the CDDR address the public health dimensions of substance use. *World Psychiatry*. 2024;23(3):449-451

Злоупотребление психоактивными веществами является распространенной проблемой, которая существенно влияет на рискованное поведение, уровень заболеваемости и смертности. Согласно данным Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности[1], опубликованным во Всемирном докладе о наркотиках в 2021 году, каждый 17-й человек в возрасте от 15 до 64 лет употреблял запрещенные вещества в течение предыдущего года. Число потребителей возросло с 240 миллионов в 2011 году до 296 миллионов в 2021 году, что значительно превышает темпы роста населения.

Каннабис по-прежнему остается наиболее употребляемым запрещенным веществом (219 миллионов человек – 4,3% взрослого населения мира); 36 миллионов употребляли амфетамины, 22 миллиона – кокаин, и 20 миллионов – метилендиоксиметамфетамин (МДМА или «экстази») либо родственные препараты. По оценкам, 60 миллионов человек употребляют опиоиды в немедицинских целях, из них 31,5 миллиона – опиаты (то есть несинтетические опиоиды, главным образом героин)[3,4].

Во всем мире эффективные стратегии профилактики употребления психоактивных веществ[2] внедряются крайне редко, а в лечении расстройств, вызванных таким употреблением[3], наблюдается значительный пробел. Глобальные данные подчеркивают необходимость новой, всеобъемлющей концепции расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, охватывающей весь спектр состояний – от рискованного потребления до психических расстройств, вызванных пагубным употреблением[4].

В ответ на эти вызовы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) применила подход общественного здравоохранения при разработке классификации расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Подход общественного здравоохранения подразумевает более широкий взгляд, объединяющий медицинские и социальные аспекты, направленный на благо пострадавших людей и их сообществ, с акцентом на благополучии населения[5].

С точки зрения общественного здравоохранения, важно выявлять лиц, употребляющих психоактивные вещества в опасных количествах, что увеличивает риск вредных психологических или медицинских последствий, но не соответствует критериям диагноза расстройства, связанного с употреблением. Таким людям могут быть полезны образовательные, профилактические и общественные программы. Лица с диагностированными расстройствами нуждаются в помощи, направленной на снижение вреда, и в лечении различной интенсивности – в зависимости от характера состояния и типа вещества. Также необходимо выявлять тех, кто страдает от физического или психологического вреда, вызванного употреблением психоактивных веществ другими людьми[6].

В соответствии с этим подходом перечень психоактивных веществ, включенных в раздел МКБ-11 о расстройствах, связанных с их употреблением, был расширен, что отражает изменения в составе веществ, оказывающих влияние на общественное здоровье в разных регионах мира. Расширение перечня позволяет точнее отслеживать тенденции и формулировать соответствующие клинические и социальные меры на национальном и глобальном уровнях. Например, добавлены новые категории расстройств, связанных с употреблением синтетических каннабиноидов. Эти вещества распыляют на смеси натуральных трав для имитации эйфорического эффекта каннабиса, однако они могут вызывать серьезные осложнения, включая угнетение дыхания[7]. Их использование чаще фиксируется в странах с высоким уровнем дохода, тогда как данные по странам с низким и средним уровнем дохода ограничены[1].

Как указано в клинических описаниях и диагностических требованиях Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements CDDR)[8] для психических и поведенческих расстройств и нарушений нейроразвития МКБ-11, для каждого класса психоактивных веществ выделяются четыре основных состояния, которые иерархически взаимно исключают друг друга: а) употребление опасных веществ – тип употребления, частота или количество которого повышает риск негативных физических или психических последствий для самого человека или окружающих. Поскольку вред еще не проявился, это состояние не рассматривается как психическое расстройство и включено в главу МКБ-11 «Факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение в медицинские организации», что способствует раннему выявлению и консультированию; б) эпизод вредного употребления – употребление, которое уже вызвало вред физическому или психическому здоровью человека либо привело к поведению, наносящему вред другим, при отсутствии устойчивого паттерна употребления; в) пагубный паттерн употребления – диагноз субзависимости, характеризующийся устойчивым и повторяющимся употреблением, непосредственно причиняющим вред самому человеку или другим; г) зависимость от психоактивных веществ – нарушение регуляции употребления вследствие повторного или постоянного приема, обычно сопровождающееся сильным внутренним побуждением к употреблению.

В МКБ-11 диагностика зависимости упрощена по сравнению с МКБ-10 и основывается на наличии как минимум двух из трех признаков: а) утрата контроля над употреблением, б) приоритет употребления перед другими видами деятельности, в) физиологические проявления толерантности или синдрома отмены. Физический и психический вред часто сопутствуют зависимости, но не являются обязательным критерием.

В CDDR отмечается, что в дополнение к четырем основным диагнозам врач может поставить другие, в зависимости от клинической ситуации: интоксикацию, абстинентный синдром, а также ряд психических расстройств, вызванных употреблением веществ (делирий, психотические, аффективные, тревожные, обсессивно-компульсивные и расстройства контроля импульсов). При необходимости можно добавить медицинские диагнозы для описания последствий употребления. Клиницисты также могут использовать спецификаторы, уточняющие диагноз по степени тяжести, течению или иным особенностям.

Классификация состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ, в МКБ-11 четко соотносится с разными уровнями потребности в помощи, что соответствует пирамиде услуг ВОЗ, определяющей оптимальное сочетание сервисов психиатрической помощи[9]. Опасное употребление является целью кратковременных вмешательств и программ профилактики, а вредное употребление может корректироваться в рамках общей медицинской помощи – от минимальных до более интенсивных мер в зависимости от характера проблемы и вещества. Тяжелые случаи зависимости требуют специализированного лечения, но составляют лишь небольшую часть общего бремени заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Таким образом, МКБ-11 и CDDR помогают клиницистам лучше понимать и выбирать оптимальные формы помощи для конкретных случаев, а также способствуют внедрению программ общественного здравоохранения, направленных на более распространенные, но менее тяжелые проявления.

В целом МКБ-11 и CDDR являются ценными инструментами, сокращающими разрыв между потребностью в лечении и его доступностью. Они способствуют совершенствованию наркополитики и системы здравоохранения, позволяя точнее классифицировать группы людей, страдающих от употребления психоактивных веществ, и определять их потребности. Это, в свою очередь, открывает возможности для развития более эффективных альтернатив лечения тяжелой алкогольной и наркотической зависимости.

Внедрение новых диагностических требований может также улучшить систему маршрутизации пациентов, сделать ее более гибкой и соответствующей потребностям разных групп. Это позволит получать более качественные эпидемиологические данные для стран – членов ВОЗ благодаря уточненным диагностическим категориям, лучше отражающим последствия употребления. Наконец, новая классификация способствует переходу к модели общественного здравоохранения, смещая акцент с наказания и изоляции на профилактику, лечение и реабилитацию.

María Elena Medina-Mora[1,2], Rebeca Robles[1]

[1]National Institute of Psychiatry "Ramon de la Fuente Muñiz", Mexico City, Mexico.

[2]School of Psychology, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.

Перевод: Лукьянова Алена Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. UN Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. www.unodc.org.
2. UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization. International standards on drug use prevention, 2nd ed. Vienna: UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization, 2018.
3. Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. Epidemiol Psychiatr Sci 2018;27:212-8.
4. Reed GM, First MB, Kogan CS et al. World Psychiatry 2019;18:3-19.
5. Crépault JF, Russell C, Watson TM et al. Int J Drug Policy 2023;112:103958.
6. Lund IO, Bukten A. Subst Abuse 2015;9(Suppl. 2):33-8.
7. Alves VL, Gonçalves JL, Aguiar J et al. Crit Rev Toxicol 2020;50:359-82.
8. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263.
9. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Geneva: World Health Organization, 2009.

DOI:10.1002/wps.21252

Влияние каннабидиола на симптомы у людей с клинически высоким риском развития психоза

Sagnik Bhattacharyya, Elizabeth Appiah-Kusi, Robin Wilson. Effects of cannabidiol on symptoms in people at clinical high risk for psychosis. *World Psychiatry*. 2024;23(3):451-452

Существует необходимость в разработке методов лечения для людей с состоянием клинического высокого риска (Clinical High Risk, CHR) развития психоза[1]. Поскольку лишь небольшая часть из них впоследствии сталкивается с психотическим расстройством, любые вмешательства должны быть особенно безопасными и хорошо переносимыми.

Каннабидиол (cannabidiol, CBD) является нетоксичным компонентом каннабиса, обладающим потенциальными анксиолитическими и антипсихотическими свойствами[2]. Кроме того, он имеет благоприятный профиль безопасности. В двух из трех клинических исследований, проведенных у пациентов с установленным психозом, была подтверждена антипсихотическая эффективность CBD[3-5]. Однако до сих пор не проводились исследования продолжительного применения CBD у людей с состоянием клинического высокого риска развития психоза.

В нашем исследовании мы оценили клинические эффекты курса лечения CBD у пациентов с CHR в соответствии с протоколом, одобренным Национальным комитетом службы этики исследований в Лондоне (National Research Ethics Service Committee, NRES; Камберуэлл, Сент-Джайлс) (ISRCTN46322781).

В исследовании приняли участие пациенты, не получавшие ранее антипсихотические препараты и проходившие обследование в службах раннего выявления психозов в Великобритании. Все участники соответствовали одному или нескольким критериям состояния CHR: а) ослабленные психотические симптомы; б) кратковременный ограниченный интермиттирующий психоз (эпизод психоза продолжительностью менее одной недели, который проходит без лечения); в) недавнее функциональное снижение и наличие либо шизотипического расстройства личности, либо родственника первой степени родства с психозом. Критериями исключения являлись наличие в анамнезе психотического расстройства или маниакального эпизода, неврологических заболеваний, а также текущий диагноз зависимости от психоактивных веществ согласно DSM-IV.

Тридцать три участника были включены в исследование после подписания информированного согласия. Им было рекомендовано воздерживаться от употребления каннабиса в течение 96 часов, алкоголя – не менее 24 часов, никотина – 6 часов, а также любых других рекреационных наркотических веществ – в течение двух недель до начала исследования и на протяжении всего его курса. На исходном этапе проводились следующие оценки: Комплексная оценка состояния повышенного риска психоза (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States, CAARMS)[6]; Опросник тревожности по Спилбергеру, подшкала текущего состояния (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, State Subscale, STAI-S)[7]; и Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)[8].

Это параллельное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование предусматривало случайное распределение участников на две группы: получавших CBD (n=16) и плацебо (n=17). Каждый участник принимал либо капсулу с CBD, либо идентичную по внешнему виду капсулу с плацебо один раз в день перорально на протяжении 21 дня. Доза CBD составляла 600 мг в день (чистота 99,9%), что ранее было признано эффективным и хорошо переносимым[4,9]. Все клинические оценки проводились повторно на 7-й и 21-й день лечения, за исключением CAARMS, который оценивался только в начале и в конце терапии. Образцы крови собирались до и после приема исследуемого препарата в 1-й и 21-й дни для определения уровня CBD в плазме крови. Влияние лечения на симптомы анализировалось с использованием дисперсионного анализа с фактором «тип лечения» (CBD или плацебо) после контроля исходных значений.

На исходном этапе группы не различались по демографическим и клиническим характеристикам (см. дополнитель-

ную информацию). Ни один участник не получал других психотропных препаратов, кроме CBD или плацебо. Два участника выбыли из группы плацебо. По итогам 21-дневного лечения (анализ по принципу намерения лечить, с применением метода последнего наблюдения) участники, получавшие CBD, имели более низкий общий балл по шкале CAARMS ($F_{1,30}$=7,168, p=0,012), чем участники, принимавшие плацебо, после учета исходных показателей. Различий между группами по частоте побочных эффектов не наблюдалось (см. также дополнительную информацию).

Группа CBD также показала меньшую выраженность дистресса, связанного с психотическими симптомами ($F_{1,30}$=4,66, p=0,039), и более низкий общий балл по шкале PANSS (p=0,042) после контроля исходных значений. У пациентов, получавших CBD, наблюдалось значительное снижение негативных симптомов по шкале CAARMS (p=0,045), но не позитивных (p=0,144). Уровень тревожности по шкале STAI-S после лечения не различался между группами (p=0,862).

При анализе данных только участников с полными наборами показателей группа CBD вновь продемонстрировала более низкий общий балл по шкале CAARMS (p=0,033), тенденцию к меньшему дистрессу, связанному с психотическими симптомами (p=0,072), и более низкий общий балл по шкале PANSS (p=0,056). Различий между группами по количеству пропущенных доз препарата не выявлено (p=0,85), как и по доле участников, пропустивших хотя бы одну дозу (p=1,00). Уровень CBD в плазме был обнаружен у всех, кроме одного из 15 участников, принимавших CBD (см. дополнительную информацию).

Полученные данные представляют собой первые доказательства того, что CBD может снижать выраженность симптомов у людей с состоянием клинического высокого риска развития психоза. Трехнедельное лечение CBD сопровождалось уменьшением выраженности симптомов CHR и дистресса, связанного с психотическими переживаниями. Так как не было обнаружено влияния CBD на показатель тревожности по шкале STAI-S, эти эффекты вряд ли обусловлены снижением тревожности.

Недавние метаанализы показывают, что существующие фармакологические и психологические методы мало влияют на выраженность симптомов и частоту психозов у пациентов с CHR[1]. В настоящее время не существует официально одобренных методов лечения для этой группы. Согласно предыдущим данным[3-5], частота побочных эффектов в группе CBD не отличалась от группы плацебо, что делает CBD перспективным кандидатом для лечения пациентов с CHR. Ни один участник не выбыл из группы CBD.

Ограничением исследования является небольшой размер выборки, что подчеркивает предварительный характер полученных данных. Поскольку курс лечения длился всего 21 день, нельзя оценить влияние терапии на риск последующего развития психоза. Из-за отсутствия некоторых клинических данных для анализа клинических исходов был применен метод последнего наблюдения. Однако при повторном анализе с участием только тех, у кого были полные данные, основные результаты сохранились.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что кратковременное лечение CBD может снижать выраженность симптомов состояния клинического высокого риска развития психоза и хорошо переносится пациентами. Эти данные подчеркивают потенциал CBD как нового направления терапии психозов и необходимость проведения масштабных исследований для дальнейшей оценки его клинической эффективности.

Sagnik Bhattacharyya[1,2], Elizabeth Appiah-Kusi[1], Robin Wilson[1], Aisling O'Neill[1], Michael Brammer[3], Steven Williams[3], Jesus Perez[4], Matthijs G. Bossong[5], Philip McGuire[6]

[1]Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; [2]National Institute for Health Research (NIHR) Maudsley Biomedical Research Centre, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; [3]Department of Neuroimaging, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; [4]CAMEO Early Intervention Service, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, Cambridge, UK; [5]Department of Psychiatry, UMC Utrecht Brain Center, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands; [6]Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK.

Это исследование было поддержано UK Medical Research Council (grant no. MR/J012149/1). S. Bhattacharyya также был удостоен премии NIHR для ученых-клиницистов (№ CS-11-001). M.G. Bossong получил поддержку от гранта Rubicon, предоставленного Нидерландской организацией научных исследований. Спонсоры не участвовали в разработке и проведении исследования, подготовке, рецензировании или утверждении рукописи, а также в принятии решения о публикации. Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу https://sites.google.com/view/supp-infbhattacharyya-24-wpsy/home.

Перевод: Лукьянова Алена Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA et al. World Psychiatry 2018;17:196-209.
2. Davies C, Bhattacharyya S. Ther Adv Psychopharmacol 2019;9:204512531988-
1. 1916.
2. Boggs DL, Surti T, Gupta A et al. Psychopharmacology 2018;235:1923-32.
3. Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F et al. Transl Psychiatry 2012;2:e94.
4. McGuire P, Robson P, Cubala WJ et al. Am J Psychiatry 2018;175:225-31.
5. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.
6. Spielberger C. Manual of the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting
7. Psychologists Press, 1983.
8. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. Schizophr Bull 1987;13:261-76.
9. Bhattacharyya S, Morrison PD, Fusar-Poli P et al. Neuropsychopharmacology 2010;35:764-74.

DOI:10.1002/wps.21253

Влияние рекреационного приема психоактивных веществ, предшествующего психотравмирующему событию, на показатели психического здоровья у выживших после террористической атаки на фестивале «Nova» в Израиле

Nitsa Nacasch, Tal Malka, Joseph Zohar, Yarden V. Dejorno, Gal Levi, Raz Gross, Mark Weiser, Hagit Cohen. Impact of pre-trauma recreational drug use on mental health outcomes among survivors of the Israeli Nova Festival terrorist attack. *World Psychiatry*. 2024;23(3):452-454

7 октября 2023 года около 4000 мирных жителей, посетивших музыкальный опен-эйр фестиваль «Nova» на юге Израиля, стали жертвами внезапной террористической атаки. Им пришлось действовать очень быстро, бежать и скрываться в течение продолжительного времени, чтобы спасти свою жизнь.

В момент нападения значительная часть этих людей находилась под воздействием различных рекреационных психоактивных веществ (ПАВ). Мы предположили, что употребление психостимуляторов или галлюциногенов, предшествующее травматическому событию, будет связано с выраженностью перитравматической диссоциации, тревоги, депрессии и симптомов острого стрессового расстройства (ОСР) у людей, переживших атаку.

Двести тридцать два пострадавших обратились за помощью в Медицинский центр имени Хаима Шебы и прошли клиническое обследование. В исследование включали тех, у кого не было тяжелых физических повреждений, кто не потерял родственника первой степени родства в результате теракта и кто не имел в анамнезе психических расстройств, в том числе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Из 232 выживших, отобранных для участия, 126 соответствовали этим критериям и дали информированное согласие. Однако двое участников, сообщивших об употреблении галлюциногенных грибов, и один, сообщивший об употреблении кетамина перед травматическим событием, были исключены из анализа из-за слишком малой численности этих подгрупп. В итоге в анализ была включена выборка из 123 человек. Средний возраст (± стандартное отклонение) составил 28,4±0,7 года; 75 человек (60,9%) были мужчинами; 68,9% никогда не состояли в браке, 68,2% имели среднее образование или его эквивалент.

Семьдесят один человек (57,7%) сообщили, что употребляли ПАВ на фестивале: 12 – только алкоголь, 9 – только лизергиновую кислоту (lysergic acid, LSD), 7 – только 3,4-метилендиоксиметамфетамин (3,4-methylenedioxymethamphetamine, MDMA), 6 – только каннабис, 3 – только метилметкатинон (methylmethcathinone, MMC), 15 – различные комбинации ПАВ, включая алкоголь, и 19 – различные комбинации ПАВ, но без алкоголя.

Все участники заполнили ряд опросников: Опросник перитравматических диссоциативных переживаний (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, PDEQ), Опросник генерализованного тревожного расстройства – 7 (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), Визуально-аналоговую шкалу тревоги (Visual Analog Scale for Anxiety, VAS-A), Опросник состояния здоровья пациента – 9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), а также Диагностическую шкалу посттравматического стресса – 5 (Posttraumatic Diagnostic Scale-5, PDS-5).

Баллы по GAD-7 и по подшкале гипервозбудимости PDS-5 были значимо выше в группе употреблявших ПАВ, чем в группе не употреблявших ПАВ (p<0,05 и p<0,008 соответственно). У большинства участников показатели превышали клинические пороги по этим инструментам (>10 баллов по GAD-7 у 70,4%, >28 баллов по PDS-5 у 81,3%), что говорит об очень высокой выраженности симптомов, связанных с тревогой и гипервозбудимостью, в обеих группах. Баллы по PDEQ и PHQ-9 также были выше у употреблявших ПАВ, но различия не достигали статистической значимости. Различий между группами по VAS-A, по общему баллу PDS-5 и по подшкалам PDS-5 не выявлено. При этом у 51,9% участников баллы по VAS-A были выше 6, что считается клиническим порогом для этой шкалы.

Множественный регрессионный анализ проводился для баллов PDEQ, PHQ-9, GAD-7, общего и подшкал PDS-5 и VAS-A с использованием девяти наборов независимых переменных, связанных с употреблением ПАВ, полом и возрастом (см. дополнительную информацию).

Модель множественной регрессии для PDEQ оказалась статистически значимой (p=0,018). Выраженность перитравматической диссоциации статистически значимо коррелировала с употреблением алкоголя до травматического события (β=0,25, p<0,008), но не с употреблением других ПАВ. Употребление алкоголя перед травмой по сравнению с употреблением других ПАВ значимо повышало вероятность перитравматической диссоциации (PDEQ=24,8±2,0 против 19,3±1,0; p<0,015).

Модель для PHQ-9 также была статистически значимой (p=0,02). Выраженность депрессивных симптомов значимо коррелировала с употреблением алкоголя до события (β=0,32, p<0,001), но не с употреблением других ПАВ. Алкоголь перед событием, по сравнению с другими ПАВ, значимо увеличивал вероятность более выраженной депрессивной симптоматики (PHQ-9=18,7±1,8 против 13,8±0,6; p<0,0015).

Модель для GAD-7 была статистически значимой (p=0,04). Выраженность тревожных симптомов значимо коррелировала с употреблением алкоголя до события (β=0,29, p<0,002). Употребление алкоголя, по сравнению с употреблением других ПАВ, значимо повышало вероятность выраженной тревоги (GAD-7=16,3±1,0 против 12,7±0,6; p<0,004). Ни одно из других ПАВ, употребленных до события, значимого влияния на тревожные симптомы не показало.

Модель для подшкалы возбудимости/гиперактивности PDS-5 была статистически значимой (p=0,03). Выраженность этих симптомов значимо коррелировала с употреблением алкоголя (β=0,24, p<0,011) и ММК (β=0,24, p<0,011) до травматического события. И алкоголь, и ММК значимо повышали вероятность развития симптомов возбудимости и гиперактивности по сравнению с употреблением других ПАВ.

Множественный регрессионный анализ баллов PDEQ с одновременным включением VAS-A, GAD-7, PHQ-9, подшкал PDS-5, а также пола и возраста был статистически значимым (p=0,0001). Перитравматическая диссоциация значимо коррелировала с баллом по VAS-A (β=0,31, p<0,02) и с подшкалой настроения PDS-5 (β=0,28, p<0,045).

Анализ медиации показал, что употребление алкоголя до травмы положительно предсказывало баллы по подшкале настроения PDS-5 (β=0,15, p=0,03), по подшкале возбудимости PDS-5 (β=0,16, p=0,015), по подшкале интрузий PDS-5 (β=0,23, p=0,001), по шкале тревоги GAD-7 (β=0,20, p=0,0015), по шкале депрессии PHQ-9 (β=0,24, p=0,00025), а также по шкале перитравматической диссоциации PDEQ (β=0,20, p=0,01). При включении перитравматической дис-

социации в модель как потенциального медиатора связь между употреблением алкоголя и показателями настроения и интрузий по PDS-5, тревожности по GAD-7 и депрессии по PHQ-9 ослабевала (p<0,04, p<0,015, p<0,015 и p<0,02 соответственно). Это указывает на то, что перитравматическая диссоциация частично опосредует связь между употреблением алкоголя и настроением, интрузиями, тревогой и депрессивными симптомами.

Таким образом, вопреки нашим исходным ожиданиям, оказалось, что именно употребление алкоголя до травмы – как в сочетании с другими ПАВ, так и без них – значимо повышало риск перитравматической диссоциации, тревоги, депрессии и симптомов ОСР.

Алкоголь оказывает широкий спектр влияний на функции мозга и поведение – от анксиолитического и легкого дезингибирующего эффекта до седации, моторной некоординированности, изменения памяти и эмоциональной переработки информации[1,2]. Поэтому употребление алкоголя перед травмой могло нарушить когнитивные, эмоциональные и физиологические процессы, необходимые для того, чтобы справиться с травматической ситуацией. Более ранние данные о влиянии употребления алкоголя до травмы на развитие посттравматической симптоматики были противоречивыми[3-7].

Важно и то, что само травматическое событие было длительным (пострадавшим приходилось бежать и прятаться на протяжении 8–20 часов, пока не пришла помощь), поэтому выжившие могли испытывать похмельный синдром, что могло усиливать тревогу и травматический стресс[8].

Мы также установили, что перитравматическая диссоциация значимо повышала вероятность последующего развития тревожных и аффективных симптомов у участников, употреблявших алкоголь. Перитравматическая диссоциация способна нарушать обработку и интеграцию травматических воспоминаний, что затрудняет восстановление и повышает вероятность формирования посттравматических расстройств, поскольку травматические воспоминания остаются фрагментарными и непереработанными[9].

Теракт на фестивале «Nova» предоставляет уникальную возможность изучить, каким образом употребление ПАВ до травмы влияет на психическое состояние после травмы. В то же время исследование имеет ограничения. Во-первых, как и во всех натуралистических работах, размер выборки ограничен. Во-вторых, мы опирались на самоотчеты об употреблении ПАВ, а не на данные о концентрации веществ в крови и об их фактическом количестве, что не позволяет более тонко описать взаимосвязь между употреблением ПАВ и полученными психическими исходами.

Тем не менее результаты исследования дают новое представление о связи между употреблением алкоголя до травмы и повышенной уязвимостью к перитравматической диссоциации, тревоге, депрессии и симптомам ОСР. С учетом широкой распространенности употребления алкоголя в местах массового досуга и роста числа случаев сексуального и физического насилия, а также дорожно-транспортных происшествий, эти данные представляют и социальный, и клинический интерес. Кроме того, поскольку алкоголь – вещество с хорошо изученной фармакологией и механизмом действия, эти результаты могут быть полезны для дальнейшего понимания биологических основ реакций на травматический опыт.

Nitsa Nacasch[1,2], Tal Malka[3], Joseph Zohar[3], Yarden V. Dejorno[4], Gal Levi[5], Raz Gross[1], Mark Weiser[1,2], Hagit Cohen[4,5]

[1] Pinchas and Drora Division of Psychiatry, Sheba Medical Center, Tel HaShomer, Israel.
[2] Department of Psychiatry, Tel Aviv University School of Medicine, Ramat Aviv, Israel.
[3] Post-Trauma Center, Sheba Medical Center, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.
[4] Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of Negev, Beer-Sheva Mental Health Center, Beer-Sheva, Israel.
[5] Department of Psychology, Ben-Gurion University of Negev, BeerSheva, Israel.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Исследование было одобрено экспертным советом Медицинского центра Хаима Шибы (SMC-0787-23). Дополнительная информация об исследовании доступна на сайте https://zenodo.org/records/10685035.

Библиография

1. Fairbairn CE, Kang D, Federmeier KD. Biol Psychiatry 2021;89:990-1000.
2. Harrison NL, Skelly MJ, Grosserode EK et al. Neuropharmacology 2017;122: 36-45.
3. Maes M, Delmeire L, Mylle J et al. J Affect Disord 2001;63:113-21.
4. Mellman TA, Ramos J, David D et al. Depress Anxiety 1998;7:145.
5. Blanchard RJ, Magee L, Veniegas R et al. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1993;17:171-82.
6. Zatzick DF, Kang SM, Müller HG et al. Am J Psychiatry 2002;159:941-6.
7. Richmond TS, Kauder D. J Trauma Stress 2000;13:681-92.
8. Verster JC, Scholey A, van de Loo A et al. J Clin Med 2020;9:823.
9. Thompson-Hollands J, Jun JJ, Sloan DM. J Trauma Stress 2017;30:190-4.

DOI:10.1002/wps.21254

Профилактика, лечение и помощь при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, среди подростков. Заявление Неформальной научной сети УНП ООН-ВОЗ, 2024 г.

Nora D. Volkow, Michael P. Schaub, Anja Busse et al. Prevention, treatment and care of substance use disorders among adolescents. Statement by the UNODC-WHO Informal Scientific Network, 2024. *World Psychiatry*. 2024;23(3):454-455

С 2014 года Неформальная научная сеть Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Informal Scientific Network, ISN) представляет голос науки в международных обсуждениях политики в области контроля над наркотиками на заседаниях Комиссии ООН по наркотическим средствам – органа, ответственного за формирование международной антинаркотической политики. Вопросы общественного здравоохранения, связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактику и лечение расстройств, вызванных их употреблением, заняли важное место в политических дискуссиях в системе ООН.

Подростковый возраст, на котором фокусируется настоящее заявление ISN, определяется как период от 10 до 19 лет[1]. Хотя глобальные данные об употреблении психоактивных веществ во всей этой возрастной группе отсутствуют, имеются сведения по отдельным подгруппам. Алкоголь является наиболее распространенным психоактивным веществом среди лиц старше 15 лет[2]: 155 миллионов человек, то есть более четверти (26,5%) всех подростков в возрасте 15–19 лет, употребляют алкоголь в настоящее время. Кроме того, в этой возрастной группе наблюдаются более высокие показатели эпизодического чрезмерного употребления алкоголя по сравнению с общей популяцией потребителей. Среди подростков наиболее распространенным веществом, находящимся под международным контролем, является каннабис[3]. Частота его употребления среди 15–16-летних варьирует по регионам: от менее 3% годовой распространенности в Азии до более 17% в Океании. В большинстве регионов доля подростков, употребляющих каннабис, выше, чем среди общей популяции в возрасте 15–64 лет[3].

В соответствии с Целями устойчивого развития[4] и другими международными обязательствами[5] государства – члены ООН призвали к комплексной, основанной на доказательствах профилактике употребления психоактивных веществ, включая раннюю профилактику[6], а также к обеспечению доступного, разнообразного и научно обоснованного лечения и помощи детям и молодым людям с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ[7]. Политики, исследователи, медицинские работники и сообщества несут совместную ответственность за внедрение эффективных стратегий снижения спроса и за реализацию мер, направленных на профилактику, лечение, поддержку выздоровления, а также на уменьшение негативных медицинских и социальных последствий расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, среди подростков.

Неформальная научная сеть УНП ООН – ВОЗ выдвигает следующие рекомендации:

Расширить доступность и применение основанных на доказательствах стратегий и вмешательств в области профилактики, лечения и помощи подросткам, обеспечив устойчивое финансирование их реализации.

Сделать доступными научно обоснованные программы профилактики в общественном секторе с механизмами возмещения затрат, что позволит проводить профилактические мероприятия инклюзивно и учитывать потребности социально и экономически уязвимых групп, включая маргинализированные сообщества, коренные народы и представителей сексуальных и гендерных меньшинств.

Продвигать популяционные и средовые меры профилактики, включая ограничения на коммерческую или общественную доступность легальных психоактивных веществ, запрет их рекламы, спонсорства и продвижения, а также учитывать влияние социальных и коммерческих детерминант здоровья на употребление психоактивных веществ.

Усилить вовлечение приоритетных групп в профилактические инициативы и устранить барьеры для участия, такие как стигматизация. В качестве важной стратегии расширения прав и возможностей молодежи вовлекать подростков не только как получателей помощи, но и как подготовленных участников и лидеров профилактических программ.

Стимулировать внедрение эффективных, научно обоснованных профилактических вмешательств в различных сферах – здравоохранении, образовательных учреждениях, местных сообществах и системе ювенальной юстиции.

Широко применять скрининг психических состояний среди подростков, чтобы предотвратить и лечить сопутствующие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, и улучшить общее состояние здоровья. Реализовывать научно обоснованные методы лечения, включающие скрининг, краткие вмешательства, а также такие подходы, как семейная терапия, метод управляемого вознаграждения и когнитивно-поведенческая терапия. При необходимости вмешательства могут включать фармакотерапию.

Гарантировать, что подростки, обращающиеся за лечением, будут уверены в получении качественной медицинской помощи и безопасной поддержки без страха перед дискриминацией или негативными последствиями.

Признавать, что подростки с историей употребления психоактивных веществ или с расстройствами, связанными с их употреблением, подвергаются повышенному риску контакта с уголовно-правовой системой и могут быть более уязвимы к эксплуатации со стороны организованных преступных группировок. Следует усилить меры, направленные на создание безопасной среды, защищающей от вовлечения в организованную преступность.

Внедрять научно и этически обоснованные цифровые вмешательства с постоянным мониторингом результатов и возможных негативных последствий, принимая во внимание цифровое неравенство и разрыв в доступе к технологиям.

Включать в планы готовности к гуманитарным чрезвычайным ситуациям меры по профилактике и лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, включая подростков, чтобы укрепить устойчивость систем поддержки в условиях кризисов – конфликтов, военных действий, стихийных бедствий, вынужденной миграции и других форм перемещения.

Расширять кадровый потенциал для обеспечения квалифицированной и разнообразной рабочей силы, способной предоставлять медицинскую помощь подросткам с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Развивать онлайн- и дистанционные формы обучения для повышения квалификации специалистов.

Обеспечить достаточное финансирование для создания и поддержания систем сбора данных, дифференцированных по возрасту и полу, для анализа тенденций употребления психоактивных веществ среди подростков и оценки эффективности профилактических и лечебных программ.

Инвестировать в научно обоснованные методы профилактики и лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ среди подростков, а также в исследования, направленные на лучшее понимание этих расстройств, включая биопсихосоциальные факторы риска и защиты, с целью разработки более эффективных стратегий вмешательства.

Дети и молодежь, включая подростков, являются ценнейшим ресурсом для всех стран и должны быть защищены от медицинских и социальных последствий употребления психоактивных веществ. Ученые, политики, практики и сообщества должны совместно внедрять наиболее эффективные стратегии, политики и вмешательства, включая Международные стандарты ООН по профилактике употребления наркотиков и Международные стандарты ООН по лечению наркозависимости. ISN призывает политиков внедрять научно обоснованные и этически оправданные меры по профилактике и лечению употребления психоактивных веществ среди подростков с соответствующим выделением ресурсов, чтобы каждый подросток мог достичь наивысшего уровня здоровья.

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

[1]National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA.
[2]Swiss Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich, Switzerland.
[3]Prevention, Treatment and Rehabilitation Section, UNODC, Vienna, Austria.
[4]Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

В UNODC-WHO ISN участвуют E. Adjei-Acquah, M. al'Absi, S. Al Emadi, O.A. Alibrahim, P. Arwidson, S. Ben-Ezra, J.G. Bramness, M. Branting, E. Bryun, M. Chakali, C. Damin, G. Fischer, E. Krupitsky, R. Lal, C. Leonardi, Z. Liu, M.A. Mahfouz, I. Maremmani, M.T. Matar, S. Maua, M.E. Medina-Mora, E. Neumeier, I. Obot, S. Onen, K.M. Ostaszewski, T.M. Ronzani, P. Roska, M.P. Schaub, O. Scoppetta, V. Skryabin, M. Tor-

rens, J. Toufiq, G. Vilar, J.A. Villatoro- Velazquez, N. Volkow, K. Vyshinsky, M. Zhao and S.T. Zhenkova. Авторы благодарят T. Clarke, E. Einstein, C. Gamboa-Riano, J. Hobin, A. Lee, W. Wagner and E.M. Wargo за редакторскую работу. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в этом письме, и они необязательно отражают взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны.

Перевод: Северцев Всеволод Владиславович, г. Москва
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. United Nations Children's Fund. Investing in a safe, healthy and productive transition from childhood to adulthood is critical. https://data.unicef.org/ topic/adolescents/overview.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization, 2018.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2023.
4. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Sustainable development: the 17 goals. https://sdgs.un.org/goals.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2016.
6. United Nations Office on Drugs and Crime. Promoting comprehensive and scientific evidence-based early prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2021.
7. United Nations Office on Drugs and Crime. Supporting the availability, accessibility and diversity of scientific evidence-based treatment and care for children and young people with substance use disorders. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2015.

DOI:10.1002/wps.21260