

Consortium PSYCHIATRICUM

2020 | Том 1 | Выпуск 1 | www.consortium-psy.com | ISSN 2712-7672 (Print) | ISSN 2713-2919 (Online)

COVID-19: последствия для психического здоровья

CP712-7672-2020-1-1-3-7

Влияние пандемии COVID-19 на уровень тревоги, депрессии и дистресса: результаты онлайн-опроса в условиях пандемии в России

CP2712-7672-2020-1-1-8-20

Амбулаторная психиатрическая служба в Ливане

CP2712-7672-2020-1-1-71-77

Исламофобия, психическое здоровье и психиатрия: взгляд из Южной Азии

CP2712-7672-2020-1-1-78-84



Consortium Psychiatricum

117152, Россия, Москва,
Загородное шоссе, 2
Телефон: +7 (495) 952-11-14
E-mail: editor@consortium-psy.com
www.consortium-psy.com

Главный редактор и учредитель
Георгий Костюк (Россия)

Заместители главного редактора
Ольга Карпенко (Россия)
Сергей Трущелев (Россия)

**Директор по маркетингу и связям
с общественностью**
Виктория Кирова (Россия)

**Специалист по связям
с общественностью**
Денис Андреев (Россия)

Помощник редактора
Юлия Борзенкова (Россия)

Редакционная коллегия
Мишель Ботболь (Франция)
Владимир Чехонин (Россия)
Вольфганг Гебель (Германия)
Хелен Херрман (Австралия)
Рой Абрахам Калливаялил (Индия)
Ханц Катчинг (Австрия)
Татьяна Ключник (Россия)
Марио Май (Италия)
Александр Макаров (Россия)
Елена Молчанова (Кыргызстан)
Николай Незнанов (Россия)
Кейлин Пайк (США)
Стефан Прибе (Великобритания)
Джефри Рид (США)
Анита Рихер-Рёсслер (Швейцария)
Норман Сарториус (Швейцария)
Наотакэ Синфуку (Япония)
Сэр Грэхэм Торникрофт
(Великобритания)

Редакционный совет
Алиса Андрющенко (Россия)
Майя Кулыгина (Россия)
Мария Миткович Вончина (Сербия)
Алексей Павличенко (Россия)
Наталия Семенова (Россия)
Тимур Сюняков (Россия)

Издатель
115478, Россия, Москва,
Каширское шоссе, 24/15
Телефон: +7 (499) 929-96-19
www.abvpress.ru

РЕДАКЦИОННЫЕ СТАТЬИ

**COVID-19: последствия для психического
здоровья и возможности применения
электронных технологий при оказании
помощи**

CP712-7672-2020-1-1-3-7

Вольфганг Гебель, Рабеа Лукис, Йоханнес Стрикер

ИССЛЕДОВАНИЯ

**Влияние пандемии COVID-19 на уровень
тревоги, депрессии и дистресса: результаты
онлайн-опроса в условиях пандемии в России**

CP2712-7672-2020-1-1-8-20

Ольга Карпенко, Тимур Сюняков, Майя Кулыгина,
Алексей Павличенко, Анастасия Четкина, Алиса Андрющенко

**Шизофрения и токсоплазмоз: ассоциация
с кататоническими симптомами**

CP2712-7672-2020-1-1-22-29

Дмитрий Романов, Алексей Бражников, Денис Андреев,
Наталья Захарова, Лидия Бравве, Василиса Ковалева,
Евгения Аббазова, Дмитрий Гончаров, Ирина Титова,
Эльвира Домонова, Георгий Костюк**ОБЗОРЫ**

**Применение когнитивно-поведенческой
терапии в формате виртуальной реальности
при различных психических состояниях:
систематический обзор**

CP2712-7672-2020-1-1-30-46

Мёрв Дилгул, Жасмин Мартинес, Нилэм Лаксман,
Стефан Прибэ, Виктория Бёрд**СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ**

**Внебольничная психиатрия в Португалии:
критический обзор**

CP2712-7672-2020-1-1-49-59

Педро Фриас, Мариана Пинто да Коста

**Амбулаторная психиатрическая служба
в Бразилии**

CP2712-7672-2020-1-1-60-70

Дениз Раззук, Даниэла Шели Капарроче, Аглаи Соуза

**Амбулаторная психиатрическая служба
в Ливане**

CP2712-7672-2020-1-1-71-77

Джозеф Эль-Хури, Рива Хайдар, Раджид Чарара

ОСОБЫЕ МНЕНИЯ

**Исламофобия, психическое здоровье
и психиатрия: взгляд из Южной Азии**

CP2712-7672-2020-1-1-78-84

Рой Абрахам Каливаялиль, Абдул Куадир Жилани,
Адарш Трипати**КОММЕНТАРИИ**

Амбулаторная психиатрия в мире

CP2712-7672-2020-1-1-47-48

Ольга Карпенко, Майя Кулыгина, Георгий Костюк

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на журнал Consortium Psychiatricum обязательна. Редакция не несет ответственности за содержание публикуемых рекламных материалов. В статье представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением издательства. Copyright © The Author (Authors). Журнал находится в открытом доступе под лицензией CC BY 4.0. Отпечатано в типографии ООО "Медиакор". Тираж 1100 экз.

COVID-19: последствия для психического здоровья и возможности применения электронных технологий при оказании помощи

COVID-19: consequences for mental health and the use of e-Mental health options

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-3-7

Редакционная статья

Wolfgang Gaebel^{1,2,3}, Rabea Lukies³,
Johannes Stricker^{1,2}

¹ Department of Psychiatry, Medical Faculty, LVR-Klinikum
Düsseldorf, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf, Germany

² WHO Collaborating Centre for Quality Assurance and
Empowerment in Mental Health, Düsseldorf, Germany

³ LVR-Institute for Healthcare Research, Cologne, Germany

Вольфганг Гебель^{1,2,3}, Рабеа Лукис³,
Йоханнес Стрикер^{1,2}

¹ Кафедра психиатрии медицинского факультета
Университета им. Генриха Гейне, Психиатрическая
больница, Дюссельдорф, Германия

² Коллаборационный центр ВОЗ по контролю качества
и определению полномочий в области охраны
психического здоровья, Дюссельдорф, Германия

³ Институт медицинских исследований в области
психиатрии, Кельн, Германия

ABSTRACT

The current COVID-19 pandemic is associated with fear, insecurity, and perceived social isolation worldwide. In this editorial, we discuss the influence of the COVID-19 pandemic on mental health among the general population and among particularly vulnerable groups (e.g., people with pre-existing mental illness). Additionally, we explore the role of e-mental health options in times of social distancing. Preliminary empirical evidence indicates that a wide range of people have experienced mental health difficulties due to the COVID-19 pandemic and corresponding infection-control measures. E-mental health options are a feasible means of addressing psychological distress and mental illness during the pandemic. Thus, these options should be made available in a timely fashion. Future multidisciplinary research is needed to develop e-mental health strategies that specifically focus on the consequences of social isolation, economic hardship and fear of infection.

АННОТАЦИЯ

Текущая пандемия COVID-19 во всем мире сопровождается страхом, чувством небезопасности и ощущением социальной изоляции. В данной редакционной статье мы обсуждаем влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения и отдельных уязвимых групп (например, людей, уже имеющих психические заболевания). Кроме того, мы исследуем возможности применения электронных технологий при оказании помощи в период социального дистанцирования. Предварительные данные эмпирических исследований указывают на то, что у широкого круга людей возникали проблемы с психическим здоровьем из-за пандемии COVID-19 и в связи с применением мер по контролю инфекции. Использование электронных технологий в период пандемии является целесообразным способом оказания помощи в отношении психического здоровья. В связи с этим необходимо обеспечить своевременную доступность дистанционного оказания помощи. Необходимы также дальнейшие

междисциплинарные исследования для разработки стратегий использования электронных технологий в охране психического здоровья, сфокусированные на последствиях социальной изоляции, экономических трудностей и страха перед инфекцией.

Keywords: *e-mental health; mental health; COVID-19; pandemic*

Ключевые слова: *электронные технологии охраны психического здоровья; психическое здоровье; COVID-19, пандемия*

ВВЕДЕНИЕ

Текущая пандемия COVID-19 вызвала неуверенность и страх во всем мире. Кроме того, такие меры, как социальное дистанцирование и домашняя изоляция, которые помогают предотвратить распространение пандемии, несут в себе риск усиления психологического стресса или обострения ранее существовавшего психического заболевания. Соответственно, эксперты в области психического здоровья во всем мире выразили обеспокоенность по поводу последствий пандемии COVID-19 для психического здоровья (например, [1–4]). Эти опасения соответствуют предыдущим данным о проблемах психического здоровья после мер изоляции в контексте инфекционных заболеваний [5]. Существуют также некоторые предварительные данные, указывающие на отрицательное влияние нынешней пандемии COVID-19 на психическое здоровье в связи со строгими и более эффективными мерами социального дистанцирования (например, карантин), что может привести к более серьезным последствиям [2, 6].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Межучрежденческий постоянный комитет (МПК), созданный Организацией Объединенных Наций (ООН), Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и рядом других организаций, опубликовали руководящие принципы и ресурсы для поддержания или восстановления психического здоровья во время пандемии [7–9]. Кроме того, национальные организации разрабатывают индивидуальные национальные стратегии реагирования на проблемы психического здоровья во время пандемии. Многие из этих стратегий включают онлайн-средства охраны психического здоровья (например, [1, 10, 11]), что частично обусловлено сложностями, возникающими у стационарных служб охраны психического здоровья (например, риск инфицирования, [12]). В этой редакционной статье мы обсуждаем влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения в целом и уязвимых групп в частности (например, людей, уже имеющих психические

заболевания). Кроме того, мы исследуем, как использование электронных средств охраны психического здоровья может помочь сохранить или восстановить психическое здоровье при текущей пандемии COVID-19.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Пандемия COVID-19 может отрицательно влиять на психическое здоровье по причине повышенного уровня стресса из-за опасений по поводу инфекции, экономических трудностей, потери работы или из-за предполагаемой социальной изоляции в результате мер социального дистанцирования. Кроме того, может возникнуть чрезмерный страх и паника из-за дезинформации в социальных сетях (так называемая «инфодемия») [13], которая была названа «коронафобией» [14]. Согласно недавнему обзору, основанному на 28 оригинальных статьях (включая четыре эмпирических исследования), симптомы тревоги и депрессии были распространены во время пандемии COVID-19 среди населения в целом (16–28 % распространенность, [15]). Также сообщалось об отдельных случаях самоубийств из-за опасений, связанных с пандемией COVID-19 [16]. Аналогичным образом отдельные данные из Германии указывают на возникновение определенных кластеров симптомов, таких как нигилистический «апокалиптический» синдром среди пожилых пациентов, которые были лишены общения со своими семьями во время пандемии [17].

Некоторые социальные группы могут быть особенно уязвимы к психологическим последствиям пандемии COVID-19. Поскольку стресс увеличивает риск рецидива или обострения ранее существовавшего психического заболевания, люди с ранее существовавшим психическим заболеванием могут быть особенно уязвимы к этим трудностям [12, 18]. Кроме того, люди с психическими заболеваниями могут избегать стационарных или амбулаторных услуг из-за боязни инфекции во время пандемии. Точно так же

меры инфекционного контроля (например, ограничения на поездки) могут осложнить регулярные амбулаторные посещения. Другие потенциально уязвимые группы включают работников здравоохранения (например, [3]), пожилых людей (например, [19]), обучающихся за границей студентов (например, [20]), бездомных [21] и трудовых мигрантов [22]. Например, в недавнем исследовании медицинского персонала в Китае во время вспышки COVID-19 50,7 % участвующего в опросе медицинского персонала сообщили о симптомах депрессии, 44,7 % сообщили о симптомах тревоги, 36,1 % сообщили о симптомах бессонницы и 73,4 % сообщили об общих симптомах, связанных со стрессом [23].

В определенных группах населения жизненные обстоятельства также могут влиять на степень, в которой люди испытывают проблемы с психическим здоровьем во время пандемии COVID-19. В исследовании среди студентов колледжей в Китае [24], которые жили в городах (в отличие от сельской местности), стабильность семейного дохода студента и проживание с родителями оказались защитными факторами от беспокойства во время пандемии. Результаты показали, что стрессорные факторы, связанные с уровнями тревожности, включали беспокойство об экономическом влиянии, тревогу в отношении академических задолженностей и влияния на повседневную жизнь, в то время как социальная поддержка могла оказывать буферный эффект [24]. Инновационное исследование применения алгоритмов машинного обучения к публикациям в социальных сетях показало, что пользователи социальных сетей в Китае чаще публикуют сообщения об отрицательных эмоциях (например, тревоге, депрессии и возмущении) после вспышки COVID-19 по сравнению с ситуацией ранее [25].

В целом существуют предварительные данные о существенных отрицательных последствиях пандемии COVID-19 для психического здоровья. Поскольку пандемия COVID-19 затронула больше людей по сравнению с предыдущими пандемиями (например, SARS или грипп H1N1), проблемы с психическим здоровьем являются беспрецедентно большими. На этом фоне при таких серьезных последствиях, вызванных пандемией COVID-19 с точки зрения психического здоровья, становится ясно, что в данной ситуации необходимы устойчивые системы решения психологических проблем и лечения психических заболеваний.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СРЕДСТВ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Различные специалисты рекомендовали использовать электронные средства охраны психического здоровья в качестве средства устранения отрицательных последствий пандемии COVID-19 для психического здоровья (например, [4, 26]). Некоторые из этих рекомендаций включают в себя средства охраны психического здоровья, подходящие для людей с и без ранее существовавших психических заболеваний. Такие средства включают, например, использование онлайн-материалов для обучения по вопросам психического здоровья (например, [23]) или приложений, включающих в себя вопросы самопомощи (например, [27]). Другие рекомендации, такие как синхронная телемедицина в психиатрической помощи для диагностики и консультирования (например, [26]) и асинхронные терапевтические вмешательства, такие как структурированная терапия письмами (например, [28]), целенаправленно разработаны для людей с психическими заболеваниями. Все больше фактов свидетельствует об общей эффективности цифровых решений для улучшения психического здоровья (например, [29, 30]). Недавний обзор также показал, что электронные средства вмешательства в области психического здоровья могут быть эффективными в условиях кризиса [31].

Пандемия COVID-19 может стать «поворотным моментом» для электронных систем охраны психического здоровья и значительно увеличить использование электронных средств охраны психического здоровья [27]. В Китае (первой стране, затронутой пандемией) во время пандемии широко использовались онлайн-средства охраны психического здоровья (например, онлайн-обучение в области психического здоровья, онлайн-психологическое консультирование и онлайн-услуги систем психологической самопомощи) [23]. Однако на сегодняшний день многие страны пока не в состоянии поддерживать использование решений в области электронных средств охраны психического здоровья во время пандемии. В Германии только в этом году вступил в силу Закон о цифровом здравоохранении, который позволяет назначать медицинские приложения. В медицинских учреждениях по-прежнему отсутствует согласованная цифровая инфраструктура. Однако недавно, в ответ на вспышку

COVID-19, Национальная ассоциация врачей обязательного медицинского страхования и Ассоциация обязательного медицинского страхования договорились расширить возможности возмещения расходов на видеоконсультации [32]. Таким образом, пандемия, по-видимому, ускорила процессы регулирования, необходимые для использования служб электронного психиатрического обслуживания.

Национальным правительствам, политикам в области здравоохранения и кризисной политике следует рассмотреть возможность дальнейшего ускорения внедрения электронных средств охраны психического здоровья с целью предотвращения или уменьшения психологического стресса среди населения в целом и восстановления психического здоровья у лиц с ранее существовавшими психическими заболеваниями. В качестве быстрого экстренного реагирования правительства могут расширить правовую базу, которая позволяет применять и возмещать стоимость электронных средств охраны психического здоровья и опубликовать руководство по их использованию. Однако для более широкого внедрения в долгосрочной перспективе необходимо принять более постоянные политические меры, включая разработку адекватных стратегий финансирования, финансирование дальнейших исследований, продвижение высоких стандартов потребительских характеристик и функциональной совместимости, а также контроль качества электронных продуктов охраны психического здоровья на рынке [33, 34].

В целом электронные средства охраны психического здоровья должны быть быстро доступны для всех лиц, потенциально страдающих от психологических последствий пандемии COVID-19, особенно для уязвимых групп, таких как люди с ранее существовавшими психическими заболеваниями, медицинские работники и пожилые люди. В будущем для разработки стратегий охраны психического здоровья с помощью электронных средств необходимы междисциплинарные исследования, в которых особое внимание следует уделить последствиям социальной изоляции, экономических трудностей и страха перед инфекцией (также см. [35]).

Вклад авторов: Рабеа Лукис и Йоханнес Стрикер внесли равный вклад в изучение литературы и написание рукописи. Вольфганг Гебель поделился идеями

о содержании и существующих источниках литературы, а также откорректировал черновой вариант рукописи.

Финансирование: Вольфганг Гебель и Рабеа Лукиес являются участниками проекта eMEN, который упоминается в тексте статьи. Данный проект получил финансирование от европейского проекта Interperg (Interreg North-West-Europe programme).

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Вольфганг Гебель

wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de

Список литературы

1. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci.* 2020 Mar 15;16(10):1732-1738. doi: 10.7150/ijbs.45120. PMID: 32226291; PMCID: PMC7098037.
2. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, Nunes JVAO, Saraiva JS, de Souza RI, da Silva CGL, Neto MLR. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 2020 May;287:112915. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112915. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32199182; PMCID: PMC7195292.
3. Sani G, Janiri D, Di Nicola M, Janiri L, Ferretti S, Chieffo D. Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 Jun;74(6):372. doi: 10.1111/pcn.13004. Epub 2020 Apr 24. PMID: 32248608.
4. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020 Mar;7(3):228-229. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32032543; PMCID: PMC7128153.
5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020 Mar 14;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32112714; PMCID: PMC7158942.
6. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ.* 2020 Jan 28;368:m313. doi: 10.1136/bmj.m313. PMID: 31992552.
7. World Health Organization (WHO) [Internet]. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020 [cited 22 April 2020]; Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_8&ua=1
8. IASC (Inter-Agency Standing Committee) [Internet]. Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak version 1.1. 2020 [cited 22 April 2020]; Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/MHPSS%20COVID19%20Briefing%20Note%202020March%202020-English.pdf>

9. World Psychiatric Association (WPA) [Internet]. Coronavirus (COVID-19) mental health resources. 2020 [cited 22 April 2020]; Available from: <https://www.wpanet.org/covid-19-resources>
10. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) [Internet]. Empfehlungen zur Durchführung Videokonferenz-basierter Psychotherapie [Recommendations for the implementation of video conference-based psychotherapy]. 2020 [cited 22 April 2020]; Available from: https://lppkjp.de/wp-content/uploads/2020/03/EmpfehlungenVideobasierte-Psychotherapie_DGPs_IG-E-Health_20200326.pdf
11. Jung SJ, Jun JY. Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Med J*. 2020 Apr;61(4):271-272. doi: 10.3349/ymj.2020.61.4.271. PMID: 32233168; PMCID: PMC7105405.
12. Zhu Y, Chen L, Ji H, Xi M, Fang Y, Li Y. The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals. *Neurosci Bull*. 2020;36(3):299-302. doi: 10.1007/s12264-020-00476-9.
13. The Lancet. COVID-19: fighting panic with information. *Lancet*. 2020 Feb 22;395(10224):537. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30379-2. PMID: 32087777; PMCID: PMC7138040.
14. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord*. 2020 Mar;70:102196. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102196. Epub 2020 Feb 10. PMID: 32078967; PMCID: PMC7134790.
15. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020 Apr 10;52:102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066. Epub ahead of print. PMID: 32302935; PMCID: PMC7151415.
16. Mamun MA, Griffiths MD. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian J Psychiatr*. 2020 Apr 7;51:102073. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102073. Epub ahead of print. PMID: 32278889; PMCID: PMC7139250.
17. Fatke B, Hölzle P, Frank A, Förstl H. Psychische Probleme in der Pandemie – Beobachtungen während der COVID-19-Krise [COVID-19 Crisis: Early Observations on a Pandemic's Psychiatric Problems]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2020 May;145(10):675-681. German. doi: 10.1055/a-1147-2889. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32274787.
18. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0. PMID: 32199510; PMCID: PMC7269717.
19. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang YT. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e19. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30079-1. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32085843; PMCID: PMC7128970.
20. Zhai Y, Du X. Mental health care for international Chinese students affected by the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e22. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30089-4. PMID: 32199511; PMCID: PMC7103995.
21. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health*. 2020 Apr;5(4):e186-e187. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30053-0. Epub 2020 Mar 11. PMID: 32171054; PMCID: PMC7104053.
22. Liem A, Wang C, Wariyanti Y, Latkin CA, Hall BJ. The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e20. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30076-6. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32085842; PMCID: PMC7129812.
23. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e17-e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32085841; PMCID: PMC7129099.
24. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020 May;287:112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32229390; PMCID: PMC7102633.
25. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 19;17(6):2032. doi: 10.3390/ijerph17062032. PMID: 32204411; PMCID: PMC7143846.
26. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, Smith AC. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemed J E Health*. 2020 Apr;26(4):377-379. doi: 10.1089/tmj.2020.0068. Epub 2020 Mar 23. PMID: 32202977.
27. Wind TR, Rijkeboer M, Andersson G, Riper H. The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interv*. 2020 Apr;20:100317. doi: 10.1016/j.invent.2020.100317. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32289019; PMCID: PMC7104190.
28. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig*. 2020 Feb;17(2):175-176. doi: 10.30773/pi.2020.0047. Epub 2020 Feb 25. PMID: 32093461; PMCID: PMC7047000.
29. Berryhill MB, Culmer N, Williams N, Halli-Tierney A, Betancourt A, Roberts H, King M. Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemed J E Health*. 2019 Jun;25(6):435-446. doi: 10.1089/tmj.2018.0058. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30048211.
30. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P, Riper H, Hedman-Lagerlöf E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2018 Jan;47(1):1-18. doi: 10.1080/16506073.2017.1401115. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29215315.
31. Reinhardt I, Gouzoulis-Mayfrank E, Zielasek J. Use of Telepsychiatry in Emergency and Crisis Intervention: Current Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Jul 1;21(8):63. doi: 10.1007/s11920-019-1054-8. PMID: 31263972.
32. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) [Internet]. Coronavirus: Videosprechstunden unbegrenzt möglich [No limit to video consultation]. 2020 [cited 22 April 2020]; Available from: https://www.kbv.de/html/1150_44943.php
33. Gaebel W, et al. Transnational policy for e-mental health: A guidance document for European policymakers and stakeholders [Internet]. Co-funded by the EU Interreg North-West-Europe programme. 2020, LVR-Institute for Healthcare Research: Düsseldorf/Köln [cited 22 April 2020]; Available from: <https://www.nweurope.eu/projects/project-search/e-mental-health-innovation-and-transnational>

implementation-platform-north-west-europe-emen/news-blogs/transnational-policy-for-e-mental-health-a-guidance-document-for-european-policymakers-and-stakeholders/

34. Gaebel W, Lukies R, Kerst A, et al. Upscaling e-mental health in Europe: a six-country qualitative analysis and policy recommendations from the eMEN project [published online ahead of print, 2020 May 11]. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;10.1007/s00406-020-01133-y. doi: 10.1007/s00406-020-01133-y.
 35. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):547-560. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32304649; PMCID: PMC7159850.
-

Роль пандемии COVID-19 в развитии тревоги, депрессии и дистресса: результаты онлайн-опроса в России в условиях пандемии

Impact of COVID-19 pandemic on anxiety, depression and distress – online survey results amid the pandemic in Russia

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20

Оригинальное исследование

Olga A. Karpenko, Timur S. Syunyakov,
Maya A. Kulygina, Alexey V. Pavlichenko,
Anastasia S. Chetkina, Alisa V. Andrushchenko

*Mental-health clinic No. 1 named after N.A. Alexeev, Moscow,
Russia*

Ольга А. Карпенко, Тимур С. Сюняков,
Майя А. Кулыгина, Алексей В. Павличенко,
Анастасия С. Четкина, Алиса В. Андрущенко

*Психиатрическая клиническая больница № 1
им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия*

ABSTRACT

BACKGROUND: In 2020, the COVID-19 pandemic evoked a variety of research into the virus and its effects on mental health. A variety of mental health and psychological problems have been reported: stress, anxiety, depressive symptoms, insomnia, denial, stigma, anger and fear.

AIM: To assess the level of anxiety, depression and distress in the general population during the lockdown in Russia and to reveal factors associated with distress.

METHODS: An online survey was carried out from 22–27 April 2020 (the fourth week of lockdown) among the general population (mostly Moscow residents). The survey questions covered general information about people's social and demographic characteristics, experience of COVID-19, health condition (physical and mental), attitudes and views on the pandemic, and the need for psychological support. The survey included the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and evaluation of the preceding week's subjective distress level using a visual numeric scale (from 0 to 10). We also asked respondents to specify the causes of distress, adopted from the WHO information sheet relating to the major psychological challenges of the COVID-19 pandemic.

RESULTS: In total, 352 responses were collected (men=74, women=278; age (M±SD)=36.81±11.36 y.o.). Most respondents ($n=225$, 63.92%) did not have any personal experience of the coronavirus infection. Normal levels of anxiety and depression scores were prevalent in the sample. Higher than normal levels of HADS anxiety/depression (>7 scores) were observed in 105 (29.83%) and 59 (16.76%) respondents, respectively; mean (95% CI) scores for HADS anxiety/depression were 6.23 [5.77, 6.68]/4.65 [4.22, 5.08] (women) and 4.20 [3.32, 5.09]/3.46 [2.63, 4.29] (men), respectively. The leading causes of distress were: 1) the risk of financial problems in the future ($n=267$, 76.3%); 2) violation of plans and the disruption to normal life ($n=235$, 67.1%; and $n=240$, 68.6%, respectively); 3) the health of elderly or chronically diseased relatives ($n=205$, 58.6%) and 4) being in self-isolation ($n=186$, 53.1%).

CONCLUSION: The level of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in the study sample did not exceed the norm for the population in non-pandemic conditions. Our assessment of distress levels captured existing

emotional problems, and distress levels were found to be connected with the reported need for psychological support.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: В 2020 году пандемия COVID-19 спровоцировала разнообразные исследования, в фокусе которых оказался и сам вирус, и влияние пандемии на психическое здоровье. В результате были выявлены разнообразные психиатрические нарушения и психологические реакции: стресс, тревога, депрессия, бессонница, отрицание, стигматизация, гнев и страх.

ЦЕЛЬ: Измерить уровень тревоги, депрессии и дистресса у населения в период самоизоляции в России, выявить факторы, связанные с дистрессом.

МЕТОДЫ: С 22 по 27 апреля 2020 года (четвертая неделя периода изоляции) был проведен онлайн-опрос населения (в основном жителей Москвы). В ходе опроса собирались социальные и демографические данные о респондентах, опыте с COVID-19, состоянии здоровья (физического и психического), отношении к пандемии и мнению о ней, потребности в психологической поддержке. Опрос включал госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), а также оценку уровня субъективного дистресса за предыдущую неделю с использованием визуальной числовой шкалы (от 0 до 10). Кроме того, респондентов просили указать причины дистресса из списка, составленного на основе информационного листка ВОЗ о главных психологических проблемах, вызванных пандемией COVID-19.

РЕЗУЛЬТАТЫ: В общей сложности было собрано 352 ответа (от мужчин — 74, от женщин — 278; возраст (среднее±SD) — 36,81±11,36 года). Большинство респондентов ($n=225$, 63,92%) не имели какого-либо личного опыта, связанного с коронавирусной инфекцией. В группе преобладали нормальные уровни тревоги и депрессии. Уровень тревоги/депрессии по шкале HADS выше нормального (>7 баллов) был отмечен у 105 (29,83%) и 59 (16,76%) респондентов соответственно; средний (95% ДИ) уровень тревоги/депрессии по шкале HADS составил 6,23 [5,77, 6,68]/4,65 [4,22, 5,08] (женщины) и 4,20 [3,32, 5,09]/3,46 [2,63, 4,29] (мужчины) соответственно. Основными причинами дистресса были: 1) риск финансовых проблем в будущем ($n=267$, 76,3%); 2) нарушение планов и привычной жизни ($n=235$, 67,1% и $n=240$, 68,6% соответственно); 3) здоровье пожилых или хронически больных родственников ($n=205$, 58,6%); 4) нахождение в самоизоляции ($n=186$, 53,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: В популяции участников исследования уровень тревоги и депрессии во время пандемии COVID-19 не превысил нормальные значения, характерные для населения в условиях без пандемии. Проведенный анализ уровня дистресса выявил существующие эмоциональные проблемы, была обнаружена связь между уровнем дистресса и потребностью, по мнению участника, в психологической поддержке.

Keywords: COVID-19; SARS-CoV-2; pandemic; distress; anxiety; depression; HADS; mental health; survey; Russia

Ключевые слова: COVID-19; SARS-CoV-2; пандемия; дистресс; тревога; депрессия; HADS; психическое здоровье; опрос; Россия

Введение

В начале 2020 г. мир столкнулся с серьезной угрозой вследствие глобального распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. 11 марта Всемирная организация здравоохранения официально объявила данную ситуацию пандемией. Правительствами были приняты беспрецедентные и обширные меры,

такие как введение карантинных ограничений и запретов, минимизирующих прямой социальный контакт и распространение инфекции. Во многих странах появились исследования COVID-19 и влияния режима изоляции на психическое здоровье и психологическое благополучие как населения в целом, так и различных уязвимых групп.

Определены ключевые факторы, связанные с пандемией COVID-19: социальная изоляция и дистанцирование, карантин, безработица, уход за больными, столкновение со смертью или заболевание [1, 2]. В систематических обзорах сообщается о таких ожидаемых проблемах с психологическим и психическим здоровьем вследствие вспышки COVID-19, как стресс, тревога, симптомы депрессии, бессонница, отрицание, стигматизация, гнев и страх [3]. Согласно результатам исследований, проведенных в разных странах мира, пандемия COVID-19 служит причиной отрицательных эмоций, страха заражения или смерти, фрустрации, гнева, а также чувства вины, одиночества и отчаяния [4]. Почти 35% из более чем 50 000 жителей Китая, принявших участие в опросе, проведенном по всей стране во время эпидемии COVID-19, в какое-то время испытывали психологический дистресс. Результаты зависели от пола, возраста, уровня образования, занятости и региона. У мужчин и молодых людей был отмечен более низкий уровень дистресса, наивысший уровень был у людей с высоким уровнем образования и у трудовых мигрантов. Доступность медицинских ресурсов по месту жительства, эффективность региональной системы здравоохранения, а также профилактические и контрольные меры в ответ на эпидемию также влияли на уровень дистресса [5].

В начале эпидемии COVID-19 в Китае [6, 7], Гонконге [8] и Саудовской Аравии [9] был отмечен высокий уровень тревоги среди населения. Больше половины респондентов оценили психологическое влияние эпидемии как умеренное, а около трети сообщили об умеренной тревоге [6]. В ходе последующего исследования, проведенного через четыре недели после первого опроса, значимого снижения уровня дистресса, тревоги и депрессии выявлено не было [7]. Практически все респонденты знали о распространении коронавирусной инфекции (99,5%) [8].

В исследовании, проведенном в Германии, была обнаружена зависимость поведенческого и эмоционального ответа на стрессовые факторы от пола и возраста. На просьбу оценить риск развития COVID-19 пожилые люди называли более низкое число по сравнению с молодыми людьми; женщин проблема COVID-19 беспокоила больше, чем мужчин [10]. Обнаружена положительная корреляция уровня психологического дистресса с женским полом и уже имевшимися соматическими симптомами;

более низкий уровень стресса связан с соблюдением правил гигиены и мер предосторожности, а также с доверием к врачам [7]. По данным ВОЗ, распространенность симптомов депрессии в Эфиопии в апреле 2020 г. была в три раза выше, чем до вспышки [11].

У пациентов с COVID-19 отмечен высокий уровень тревоги и депрессии [12]. Помимо них особое внимание следует уделять группам риска: пожилым людям и людям с хроническими заболеваниями, детям и подросткам, лицам, осуществляющим уход за пациентами, безработным, социально незащищенным людям и людям с психическими нарушениями [4]. Некоторые социальные группы (люди с низким доходом, вышедшие на пенсию или разведенные люди, студенты) оказались более подверженными риску депрессии, в то время как безработица оказалась связана с риском тревоги [9]. У родителей, дети которых были госпитализированы из-за пандемии, также отмечен повышенный уровень тревоги и депрессии [13].

Здоровье медицинских работников на передовой линии борьбы с коронавирусом, напрямую помогающих пациентам, также представляет собой предмет серьезного беспокойства. В одном исследовании [14] изучалось состояние 1257 медицинских работников китайских больниц и отделений для лечения пациентов с COVID-19. Оценка их психического здоровья выявила высокую распространенность депрессии (50,4%), тревоги (44,6%), бессонницы (34,0%) и дистресса (71,5%), в особенности среди медсестер/медбратьев, женщин, медицинских работников на передовой линии борьбы с инфекцией, а также лиц, работающих в «горячих очагах» эпидемии [15].

В исследовании влияния COVID-19 на психологическое состояние студентов медицинских колледжей Китая ($n=7143$) у 0,9% респондентов была отмечена тяжелая тревога, у 2,7% — умеренная тревога, у 21,3% — легкая тревога. Кроме того, личный опыт в связи с COVID-19 оказался фактором риска повышенного уровня тревоги, а проживание в городских районах, стабильный семейный доход и проживание с родителями оказались защитными факторами. Экономическое влияние эпидемии и воздействие на повседневную жизнь напрямую связаны с симптомами тревоги [16].

Согласно прогнозу другого исследования, со временем уровень тревоги возрастает, что обусловлено как непосредственными причинами (включая страх

заражения, стресс, горе и депрессию, вызванную контактом с вирусом), так и эффектами социальных и экономических последствий эпидемии на уровне общества и индивида [17].

Цель данного исследования — оценить уровень тревоги, депрессии и дистресса у населения в целом в период изоляции в России и выявить основные причины дистресса. Эта информация могла бы быть полезна для разработки стратегий, направленных на поддержание психологического благополучия населения и предотвращение проблем с психическим здоровьем.

Гипотеза исследования — в условиях пандемии COVID-19, в течение одного месяца режима самоизоляции у людей будут наблюдаться отклонения уровня тревоги и депрессии от нормы, а уровень дистресса возрастет по причине беспокойства о своем здоровье и здоровье своих близких, об угрозе жизни из-за пандемии и о повседневных трудностях, вызванных режимом самоизоляции.

Материалы и методы

Контекст опроса

В России ситуация с пандемией начала постепенно ухудшаться в марте 2020 г. Первый случай заболевания был зарегистрирован 2 марта в Москве, и с тех пор столица оставалась на первом месте по числу заболевших в России. В то же время в Москве функционирует наиболее современная и хорошо организованная система оказания медицинской помощи в стране. 25 марта президент объявил период нерабочих дней с 30 марта по 12 апреля с сохранением заработной платы. Работодатели были вынуждены перевести сотрудников на дистанционный режим работы, чтобы они могли продолжать работать удаленно и получать заработную плату независимо от их фактически выполняемых трудовых функций. Первоначальный период нерабочих дней был продлен до конца апреля. Все публичные мероприятия были отменены. Все магазины, за исключением продуктовых магазинов, зоомагазинов и аптек, были закрыты, а все образовательные услуги были переведены в удаленный формат. В Москве и некоторых других регионах были введены меры контроля за передвижением граждан. Людям старше 65 лет было предписано оставаться дома для собственной безопасности, поэтому в конце марта их транспортные карты были временно заблокированы;

те же меры были приняты в отношении социальных карт школьников и студентов. 15 апреля в Москве был введен еще более строгий режим, согласно которому людям разрешалось выходить из дома только в ближайший магазин. Другие передвижения допускались не более двух раз в неделю, и для этого требовалось оформлять специальный пропуск. За каждый случай нарушения режима изоляции была предусмотрена ответственность в виде штрафа в размере 4000 рублей. В начале нашего исследования в России было выявлено около 58 000 заболевших (только в Москве на 22 апреля было зарегистрировано около 32 000 случаев), и эти показатели каждый день увеличивались на 5000–6000, хотя число летальных случаев было относительно небольшим — всего около 513 случаев (из них 261 в Москве), а ежедневный прирост составлял около 50 случаев [18]. На всех телеканалах и в других средствах массовой информации постоянно сообщали информацию о текущих событиях и последние новости, касающиеся пандемии. Вследствие постепенного принятия властями решений о режиме изоляции и установления очень приблизительных сроков его окончания у людей возникло общее чувство неопределенности.

Методы

Опрос, разработанный авторами данного исследования, был проведен онлайн среди населения (в основном среди жителей Москвы) с 22 по 27 апреля 2020 г. (четвертая неделя периода изоляции). Исследователи распространяли ссылки на опрос через социальные сети. Участников просили ответить на вопросы об их личном благополучии во время пандемии COVID-19 путем заполнения Google-формы. Результаты сохранялись после того, как респонденты нажимали кнопку «Отправить». Участники были проинформированы, что внесение ответов на все вопросы и нажатие кнопки «Отправить» расценивается как добровольное согласие на обработку полученных данных. Опрос был полностью анонимным; идентифицируемые персональные данные и IP-адреса не собирали. Одобрение этического комитета не было обязательным по причине неинтервенционного дизайна исследования в виде онлайн-опроса.

Специальные критерии включения участников отсутствовали, за исключением минимального возраста 18 лет.

Вопросы касались общих социальных и демографических характеристик респондентов с акцентом на занятость, условия жизни, опыт в связи с COVID-19, состояние здоровья (физического и психического), отношение к пандемии и мнение о ней, потребность в психологической поддержке. Затем респондентов просили заполнить госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [19]. Полученные данные интерпретировали с использованием рекомендуемых пороговых значений для шкалы HADS (норма: 0–7 баллов; субклиническая тревога/депрессия: 8–10 баллов; клинически выраженная тревога/депрессия: >10 баллов). Участникам было предложено оценить уровень субъективного дистресса в течение предыдущей недели включая день опроса с использованием визуальной числовой 10-балльной шкалы (от 0 до 10, где 0 — нет дистресса, а 10 — максимально возможный дистресс). Участников также просили указать причину дистресса, ответив «да» или «нет» по каждому пункту из предложенного списка. Список был составлен на основе информационного бюллетеня ВОЗ об основных психологических проблемах вследствие пандемии COVID-19 [20] и включал следующие причины: страх заражения, беспокойство о здоровье близких, проблемы взаимодействия с детьми и партнером, дистресс из-за нахождения в изоляции, полное изменение планов и образа жизни, стигматизация вследствие COVID-19 и финансовые проблемы. Полная версия опроса приведена в дополнительных материалах в приложении А.

Статистический анализ

А. Первичная конечная точка

Первичной конечной точкой исследования была оценка распределения частоты нормального, субклинического и клинически выраженного уровней тревоги и депрессии и среднего уровня тревоги/депрессии по шкале HADS (HADS-A для оценки тревоги и HADS-D для оценки депрессии).

В. Вторичными конечными точками были оценки:

- 1) демографических показателей и факторов, связанных с личным опытом в связи с COVID-19 и отношением к информации о COVID-19, и их связи с уровнями по шкалам HADS-A и HADS-D;
- 2) уровня субъективного дистресса;
- 3) основных причин дистресса среди населения на четвертой неделе периода изоляции.

Дискретные переменные представлены в виде частоты (%) и 95% ДИ относительной частоты). Для определения демографических факторов, связанных с уровнями тревоги/депрессии, были сформированы таблицы сопряженности, которые затем были проверены с помощью критерия хи-квадрат. Непрерывные величины представлены в виде средних с 95% ДИ. Межгрупповые сравнения непрерывных переменных проводили с помощью дисперсионного анализа. Значимость демографических предикторов, отношение к информации о COVID-19 и причины дистресса оценивали с использованием общей классификации и моделей регрессионного дерева, где уровень дистресса выступал в качестве зависимой переменной. Затем для окончательной модели были выбраны переменные, значимость которых превышала 0,25; после процесса перекрестной проверки была сгенерирована модель регрессионного дерева. Все тесты проводились с двусторонним уровнем значимости $p < 0,05$.

Статистический анализ выполняли с помощью программы XLSTAT 2019.3.2 (Addinsoft (2020), XLSTAT statistical and data analysis solution, New York, USA; <https://www.xlstat.com>).

Результаты

Демографические показатели

В общей сложности было собрано 352 ответа (от мужчин — 74, от женщин — 278; возраст (среднее \pm SD) — $36,81 \pm 11,36$ года). Большинство респондентов ($n=282$, 80,11%) имели высшее образование, и около четверти ($n=73$, 20,74%) из них были врачами. 246 (69,89%) респондентов работали; 49 (13,92%) учились; остальные 57 (16,19%) не работали по разным причинам (находились на пенсии, в отпуске по уходу за ребенком или по другим причинам). На момент проведения опроса во время периода изоляции 133 (37,78%) респондента начали работать удаленно; 70 (19,89%) не работали; 26 (7,39%) временно прекратили работать и не получали зарплату; 17 (4,83%) временно прекратили работать, но получали зарплату; 24 (6,82%) продолжали работать из дома, как и до пандемии; 65 (18,4%) продолжали ходить на работу; 2 (0,57%) были уволены во время пандемии; 4 (1,14%) и 11 (3,12%) были владельцами бизнеса, который продолжал работать или приостановил работу соответственно.

Большинство респондентов проживали в Москве или ее пригородах ($n=288$, 81,82%), в квартирах

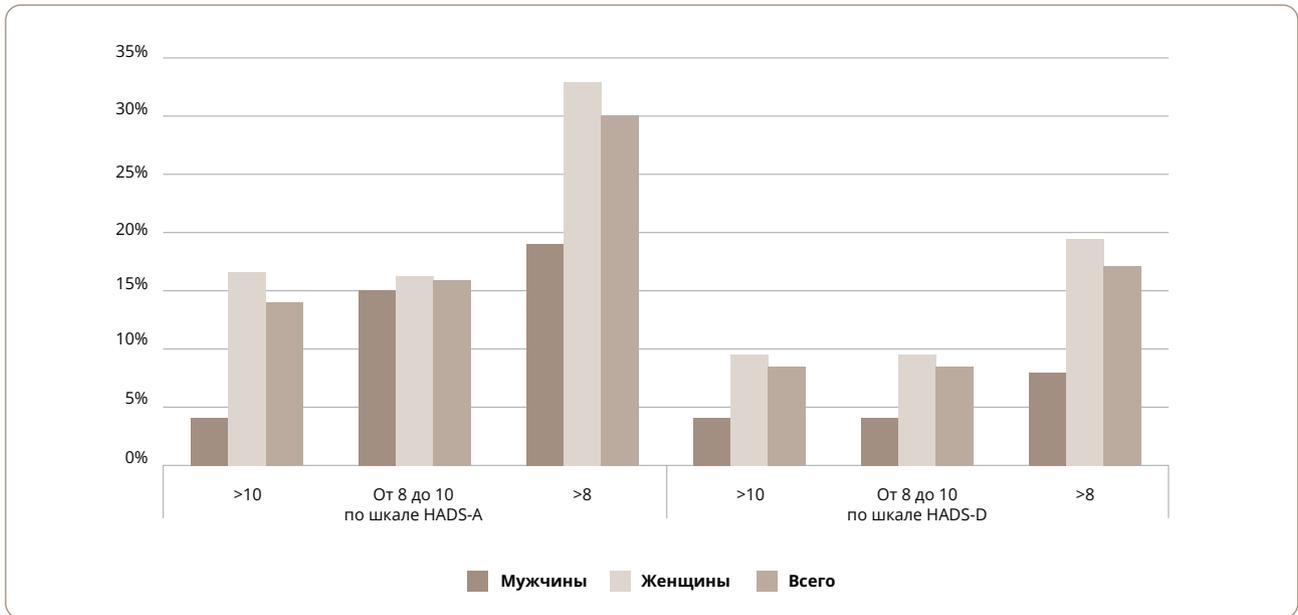


Рисунок 1. Относительная частота оценок, соответствующих клинически выраженному (>10), субклиническому (>8) и нормальному (<7) уровню тревоги и депрессии по шкалам HADS-A и HADS-D соответственно.

($n=300$, 85,23%), были удовлетворены своей жилплощадью ($n=251$, 71,31%). Только у половины ($n=196$, 55,68%) респондентов был супруг/партнер; остальные проживали в одиночку; 52 (14,77%) жили вдвоем со своим супругом/партнером; 49 (13,92%) жили раздельно; 31 (8,81%) жили с детьми и пожилыми родственниками; остальные жили или с детьми, или с пожилыми родственниками. Полная информация о демографических показателях приведена в дополнительных материалах в приложении В.

Личный опыт в связи с COVID-19 и отношение к информации о COVID-19

На общие вопросы о ситуации с пандемией 197 (55,9%) человек ответили, что считают пандемию COVID-19 действительно серьезной и представляющей большую опасность для здоровья; 53 (15,1%) так не считали; 102 (28,9%) выбрали вариант «затрудняюсь ответить»; 288 (81,6%) были готовы переждать карантин и сделали все рекомендованные приготовления; 321 (91,1%) беспокоились о своем здоровье и здоровье своих близких; 167 (47,6%) внимательно следили за информацией о COVID-19; 157 (44,6%) делали это время от времени; только 27 (7,8%) не следили за ситуацией.

Большинство респондентов ($n=225$, 63,92%) не имели личного опыта, связанного с коронавирусной инфекцией. 63 (17,9%) из 127 респондентов, которые имели

некоторый опыт, отметили, что они или кто-то из их знакомых был заражен COVID-19; 37 (10,51%) ответили, что они или кто-то из их знакомых был госпитализирован в связи с COVID-19; только 12 (3,41%) человек знали кого-то, кто умер от COVID-19; 15 (4,26%) были медицинскими работниками и работали с пациентами с COVID-19.

Первичная конечная точка

Только 49 (13,92%) из 352 участников имели клинически выраженную тревогу (>10 баллов по шкале HADS-A); у 56 (15,91%) участников опроса был субклинический уровень тревоги (8–10 баллов по шкале HADS-A) (рис. 1). Клинически выраженная депрессия (>10 баллов по шкале HADS-D) была выявлена у 30 участников (8,52%), а субклиническая (8–10) — у 29 (8,24%). Уровень тревоги/депрессии по шкале HADS выше нормального (>7 баллов) был отмечен у 105 (29,83%) и 59 (16,76%) участников соответственно; средний (95% ДИ) уровень тревоги/депрессии по шкале HADS составил 6,23 [5,77, 6,68]/4,65 [4,22, 5,08] (женщины) и 4,20 [3,32, 5,09]/3,46 [2,63, 4,29] (мужчины). Баллы, соответствующие клинически выраженному уровню тревоги и депрессии, были выявлены у 42 участников опроса (11,93%). В популяции участников преимущественно были отмечены нормальные уровни тревоги и депрессии (HADS-A: $\chi^2 = 221,4$, $df = 2$, $p < 0,0001$; HADS-D: $\chi^2 = 395,5$, $df=2$, $p < 0,0001$) (табл. 1).

Таблица 1. Распределение оценок по шкалам HADS-A и HADS-D

	Пол				
	Женский	Мужской	Сумма		
Оценка тревоги по шкале HADS					
Среднее (ДИ 95%) значение тревоги по шкале HADS	6,23 [5,77, 6,68]	4,20 [3,32, 5,09]	5,80 [5,39, 6,22]	df=1, SS=239,4, F=16,04, $p < 0,0001$	
Норма (<8)	N 187 % 75,71%	60 24,29%	247 100,00%	$\chi^2 = 221,4$, df=2, $p < 0,0001$	
Субклиническая (8-10)	N 45 % 80,36%	11 19,64%	56 100,00%		
Клинически выраженная (>10)	N 46 % 93,88%	3 6,12%	49 100,00%		
	$\chi^2 = 8,21$, df=2, $p = 0,017$				
Оценка депрессии по шкале HADS					
Средняя (ДИ 95%) оценка депрессии по шкале HADS	4,65 [4,22, 5,08]	3,46 [2,63, 4,29]	4,40 [4,01, 4,78]		df=1, SS=82,49, F=6,26, $p = 0,013$
Норма (<8)	N 225 % 76,79%	68 23,21%	293 100,00%	$\chi^2 = 395,5$, df=2, $p < 0,0001$	
Субклиническая (8-10)	N 26 % 89,66%	3 10,34%	29 100,00%		
Клинически выраженная (>10)	N 27 % 90,00%	3 10,00%	30 100,00%		
	$\chi^2 = 5,03$, df=2, $p = 0,081$				
Сумма	N 278 % 78,98%	74 21,02%	352 100,00%		

Вторичные конечные точки

Клинически выраженные уровни тревоги встречались у женщин гораздо чаще, чем у мужчин ($\chi^2 = 8,21$, df=2, $p = 0,017$; табл. 1). Другой переменной, не считая пол респондентов, имеющей значимое влияние на уровень тревоги, были психические заболевания в настоящее время или в анамнезе (по сообщениям респондентов) ($\chi^2 = 111,29$, df=10, $p < 0,001$). Более того, среди лиц с психическими расстройствами в прошлом ($n = 52$) у 11 отмечались клинические проявления тревоги, а у 15 субклинические, в то время как среди 300 респондентов без анамнеза психических расстройств (включая лиц с этими проблемами во время проведения опроса) только у 38 и 41 были клинические выраженные и субклинические проявления тревоги соответственно ($\chi^2 = 12,25$, df=2, $p = 0,002$).

Обнаружено, что личный опыт в связи с COVID-19 любого типа (инфицирование или госпитализация, знакомство с человеком, который был инфицирован, госпитализирован или умер от COVID-19) связан с повышенными оценками по шкале HADS-A, хотя средние значения не достигали даже уровня субклинического уровня тревоги (средние значения оценки по шкале HADS-A среди людей, имевших опыт в связи с COVID-19: 6,724 [6,046; 7,403]; средние значения оценки по шкале HADS-A среди людей, не имевших опыта в связи с COVID-19: 5,280 [4,770; 5,790]; ретроспективный анализ для сравнения: $t = -3,347$, $p < 0,001$). Другие переменные (уровень образования, условия проживания, семейное положение, занятость, медицинское образование и т.д.) не оказывали существенного влияния на уровень тревоги у респондентов.

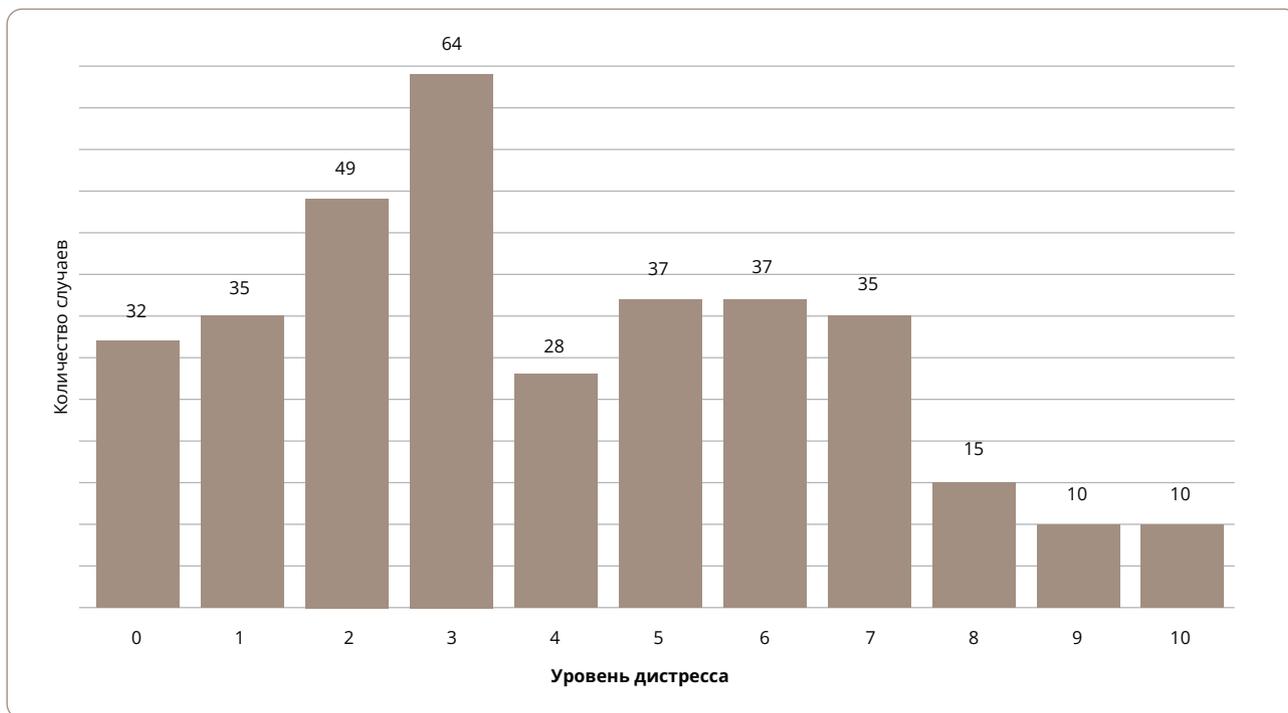


Рисунок 2. Уровень дистресса в популяции.

В отличие от оценок по шкале HADS-A, оценки по шкале HADS-D значительно не отличались у мужчин и женщин. Единственными переменными, влияющими на уровень депрессии, были условия проживания и психические расстройства в настоящее время или в анамнезе (по сообщениям респондентов). Высокие оценки по шкале HADS-D имели как проживающие в общих квартирах (комнатах) ($\chi^2=23,57$, $df=6$, $p < 0,001$), так и имеющие психические расстройства ($\chi^2=56,6$, $df=10$, $p < 0,0001$).

Дистресс

Большинство респондентов ($n=208$, 59,4%) оценили свой уровень дистресса <5 по 10-бальной шкале (рис. 2).

У всех респондентов попросили указать причину дистресса, если таковая имелась. Основными причинами дистресса были (по частоте встречаемости): 1) риск финансовых проблем в будущем ($n=267$, 76,3%); 2) нарушение планов и нарушение привычной жизни ($n=235$, 67,1% и $n=240$, 68,6% соответственно); 3) здоровье пожилых или хронически больных родственников ($n=205$, 58,6%); 4) нахождение в самоизоляции ($n=186$, 53,1%). Менее 30% респондентов сообщили о проблемах с членами семьи (дети, партнеры или пожилые родственники). Среди менее частых

причин дистресса были: стигматизация COVID-19, перегруженность работой или риск ее потери (рис. 3).

Оценка демографических переменных, связанных с уровнем дистресса, отношения к COVID-19 и источников дистресса, показала, что следующие из факторов имели значимость 0,25 или более в регрессионной модели: необходимость в психологической поддержке; изменения в психологическом состоянии; беспокойство о финансовой ситуации в семье; беспокойство о текущей ситуации; психическое здоровье; текущие или будущие финансовые риски и другие проблемы, связанные со здоровьем. Наиболее подходящая модель регрессионного дерева при учете этих переменных включала (рис. 4): необходимость в психологической поддержке, изменения в психологическом состоянии, беспокойство о финансовой ситуации в семье и психическое здоровье.

Исследуемая популяция была разделена в соответствии с потребностью в психологической поддержке, о которой сообщалось респондентами. У тех, кто не чувствовал потребности в психологической поддержке, установлена более низкая средняя оценка дистресса (размер группы, средний уровень дистресса и дисперсия: $n=210$, $M=3,00$, $D=5,84$), в то время как средняя оценка у ощущавших потребность в поддержке составляла 6,57 ($n=49$, $M=6,57$, $D=3,83$).

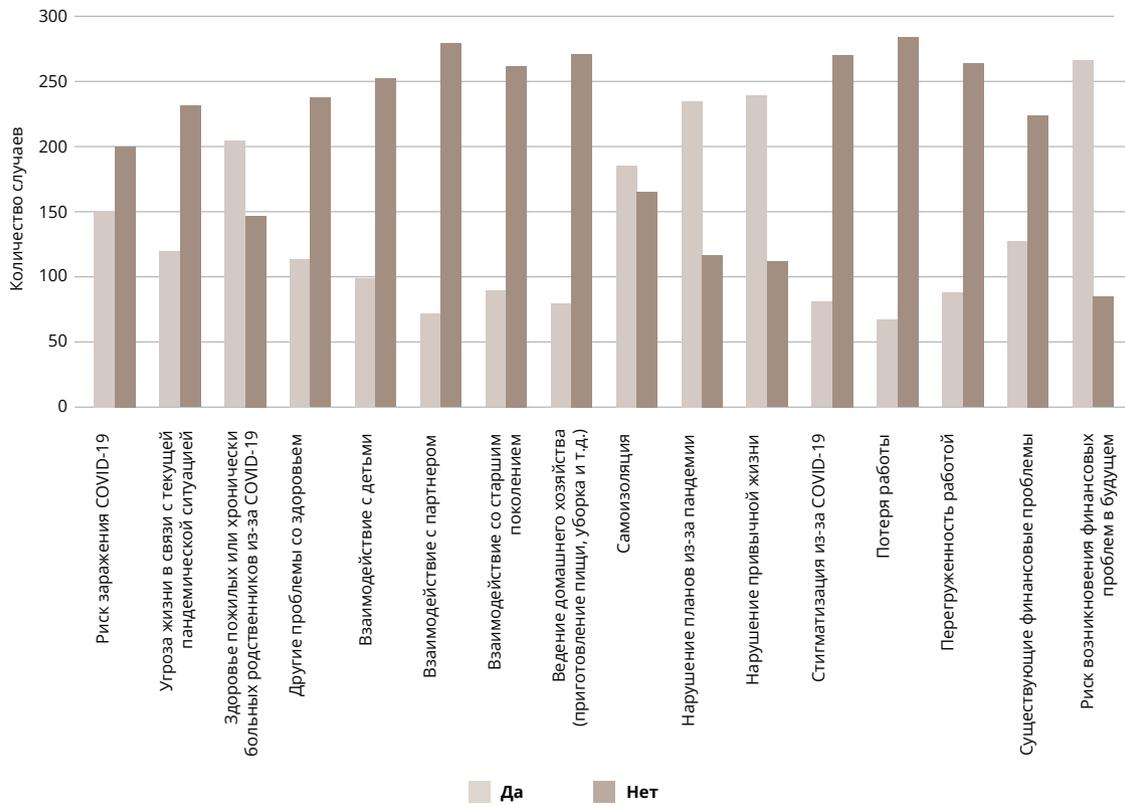


Рисунок 3. Причины дистресса.

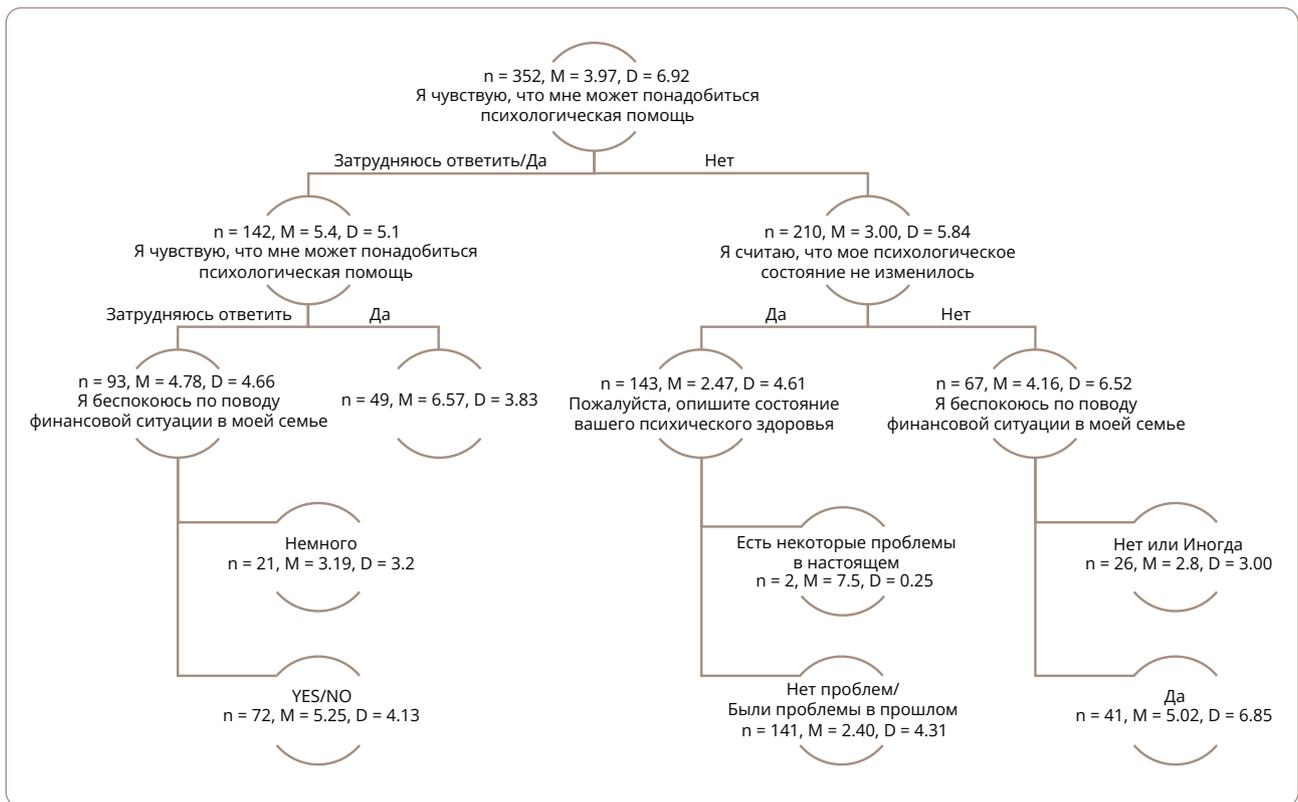


Рисунок 4. Модель дерева регрессии.

Выбравшие вариант «сложно ответить» также имели высокий уровень дистресса ($n=93$, $M=4,78$, $D=4,66$). Респонденты в данной группе также волновались о финансовой ситуации в семье. Тех, кто чувствовал, что не нуждается в психологической поддержке, можно разделить на две группы, в соответствии с их психологическим состоянием (ответившие «да» или «нет»). Упомянувшие изменения психологического состояния во время пандемии имели более высокий уровень дистресса ($n=67$, $M=4,16$, $D=6,52$). Среди этих респондентов мы также определили группу людей, имеющих некоторые опасения о финансовом состоянии их семей ($n=41$, $M=5,02$, $D=6,85$), но которые не были чрезмерно обеспокоены этой проблемой ($n=26$, $M=2,8$, $D=3,00$).

Обсуждение

Опрос проводился на четвертой неделе изоляции, официально начавшейся 30 марта (примерно на две недели позже, чем в большинстве стран Европы). Это позволило нам получить информацию о реалиях изоляции и опыте людей из соседних стран. Информация о коронавирусе начала появляться в СМИ и интернете в январе, а в марте уже стала главной информационной темой. Общее количество случаев заражения в России выросло в ходе нашего опроса: с 57 999 в начале (22 апреля) до 87 147 человек в конце (27 апреля) [21].

В соответствии с данными из стран, уже столкнувшись со вспышкой коронавирусной инфекции и изоляцией, ожидалось увидеть более высокие показатели распространения тревоги и депрессии, чем обычно, среди населения в разгар эпидемии в России. В данной выборке, оцениваемой по шкале HADS, не было обнаружено значительной распространенности субклинических или клинических уровней депрессии или тревоги. В данной выборке клинически выраженные уровни (>10) тревоги и депрессии наблюдались у 13,9% (4,1% мужчин и 16,5% женщин) и 8,5% (4,1% мужчин и 9,7% женщин) респондентов соответственно. Также был выявлен субклинически выраженный уровень (>7) у 29,8% (18,9% мужчин и 32,7% женщин) и 17,0% (8,1% мужчин и 19,4% женщин) респондентов соответственно. Это ниже, чем предполагалось для клинически выраженного уровня тревоги/депрессии (в общем 18,1%, мужчины — 10,9%, женщины — 22,7% — тревога; в общем 8,8%, 6,7% для мужчин и 10,0% для женщин — депрессия), и соответствует повышенным уровням тревоги/депрессии (в общем 46,3%, у мужчин 35,5%,

у женщин 54,9% — тревога; в общем 25,6% у мужчин 20,6%, у женщин 28,6% — депрессия) населения России в целом ($N=16\,877$) [22]. Эти оценки сходны с полученными среди населения Германии ($N=4410$). Среди мужчин и женщин клинически выраженные уровни тревоги встречались у 5,2% и 8,1% соответственно; клинически выраженные уровни депрессии — у 9,6% и 9,3% соответственно; субклинически выраженные уровни тревоги — у 18,1% и 23,2% соответственно; и субклинически выраженные уровни депрессии — у 23,9% и 23,5% соответственно [23]. В данном исследовании выявлено, что более высокие уровни тревоги и депрессии наблюдались у людей, которые самостоятельно сообщали о проблемах с психическим здоровьем, и у женщин, в то время как более высокие уровни депрессии чаще определялись у людей с неблагоприятными условиями жизни.

Хотя средние оценки тревоги/депрессии в нашем исследовании были ниже (6,23/4,65 для женщин и 4,20/3,46 для мужчин), они находятся в пределах известных популяционных норм, опубликованных Шальновой С.А. и др. для Российской Федерации (8,1/5,4 для женщин и 6,7/4,5 для мужчин) [22], и приближены к нормам, установленным в Германии ($N=4410$): тревога/депрессия 5,0/4,7 (женщины) и 4,4/4,8 (мужчины) [23].

Данные результаты отличаются от результатов аналогичных опросов, проведенных во время пандемии, которые обнаружили повышенные уровни депрессии и тревоги либо с помощью шкалы HADS [24], либо с помощью шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) [6–8]. Более того, данные результаты не могут быть объяснены ни легкомысленным отношением людей к пандемии в исследуемой выборке (большинство респондентов разделяют мнение о том, что пандемия представляет собой серьезную угрозу, и большинство из них готовы переждать карантин); ни нехваткой информации, потому что 92,2% сообщили, что были достаточно информированы. Выводы о нормальных оценках по шкалам HADS-A и HADS-D могут частично объясняться тем фактом, что только 14% респондентов имели личный опыт серьезных последствий COVID-19, таких как госпитализация или смерть близких им людей. Кроме того, строгие контрмеры, направленные на сокращение распространения COVID-19, были введены в контексте низкого оценочного уровня смертности и, возможно, привели

к ослаблению первоначальной психологической реакции. Другой причиной является необъективная выборка среди респондентов с точки зрения социальных и демографических показателей, в которой преобладали женщины и люди с высоким уровнем образования, при этом отсутствовали люди с более низким уровнем образования, пожилые лица и мигрантов, то есть людей из наиболее уязвимых социальных групп, которые ощущают эмоциональные проблемы во время пандемии [4, 9, 12, 13].

В данном исследовании для самооценки субъективного уровня дистресса и его причин, наряду с вопросами о потребности в психологической поддержке и изменениях в психологическом благополучии участников исследования, использовали дополнительный инструмент. Интересно отметить, что в этой выборке люди имели высокий уровень осведомленности о наличии у них психологических проблем: более высокие уровни осознания стресса были связаны с потребностью в психологической поддержке и ощущением изменений в психологическом благополучии (рис. 4). Похоже, что субъективная оценка уровней дистресса в данном исследовании была более информативной в выявлении проблем с психическим благополучием по сравнению со шкалой HADS, которая первоначально была разработана для скрининга депрессии и тревоги в условиях медицинских учреждений.

Установлено, что основные причины дистресса связаны с финансовыми проблемами и самоизоляцией, а также со здоровьем пожилых людей или хронически больными родственниками. Ни риск заражения COVID-19, ни опасения по поводу угрозы жизни, ни страх стигматизации из-за COVID-19 не были главными причинами дистресса. Трудности, касающиеся членов семьи (дети, партнеры или пожилые родственники), оказывали еще меньшее влияние на дистресс. Эти результаты не соответствуют сделанным ВОЗ предположениям о возможных причинах дистресса (отраженных в его информационных бюллетенях) [25] или результатам другого опроса, проведенного в течение первой недели пандемии COVID-19 в России [26].

Основные источники дистресса, выявленные в данном исследовании, могут отличаться от источников дистресса на разных этапах изоляции. Вышеупомянутое исследование, проведенное в начале апреля, выделило главные аспекты, волнующие

респондентов (расположены в порядке убывания): риск для жизни и здоровья родственников (77,2%), возможные финансовые трудности (57,0%) и серьезные социальные последствия (49,5%) [26]. Однако в нашем исследовании, проведенном в конце апреля, основными волнующими людей аспектами являлись: риск возникновения финансовых проблем в будущем (76,3%) на фоне нарушения планов и привычной жизни (67,1%), а также здоровье пожилых или хронически больных родственников (58,6%) и находящихся в самоизоляции (53,1%).

Недостатки

Основным недостатком нашего исследования является наличие систематической ошибки отбора [27]. Ссылка на опрос была распространена при помощи интернет-ресурсов авторов (через чат-платформы, социальные сети и электронную почту). Далее люди должны были продолжать распространение ссылки среди своих контактов. Таким образом, объем выборки оказался неизвестным. Платформа Google-форм не предоставляет информацию о количестве записей опроса, количестве частично ответивших или количестве людей, не принявших участие в опросе. Следовательно, данные недостатки сопоставимы с недостатками других онлайн-исследований психического здоровья, проводимыми во время пандемии [28].

Респонденты в выборке, использованной для анализа, имеют конкретные демографические (преобладание женщин) и социальные (высокий уровень образования) характеристики. Несмотря на то, что популяция участников исследования была достаточной для проведения статистического анализа, она была намного меньше выборок, использованных в других исследованиях, проведенных среди тысяч участников. Большинство респондентов были жителями Москвы, что также является недостатком исследования. С другой стороны, факт преобладания респондентов из столицы позволяет сравнивать наши результаты с результатами других международных исследований, проведенных в мегаполисах (эпицентры эпидемии) разных стран мира.

Выводы

В популяции участников исследования зарегистрированный уровень тревоги и депрессии во время пандемии COVID-19 не превышал нормальных значений,

характерных для населения в привычных условиях без пандемии. Конкретные демографические и социальные характеристики популяции (высокий уровень образования респондентов, меньший личный опыт в связи с коронавирусной инфекцией и относительно высокий уровень социального благополучия) могут объяснить низкий уровень обнаруженной депрессии и тревоги, а также низкую распространенность тяжелого дистресса. Тем не менее мы обнаружили, что более высокий уровень тревоги и депрессии наблюдается у женщин и лиц с проблемами психического здоровья в анамнезе.

По всей видимости, сообщения респондентов о собственном психологическом благополучии и субъективные оценки дистресса являются информативными инструментами скрининга по выявлению людей со стрессогенными эмоциональными реакциями. Подобные инструменты скрининга могут быть более полезными для общей популяции в кризисные моменты по сравнению с инструментами, предназначенными для определения уровня клинически выраженных эмоциональных нарушений, таких как тревога или депрессия. В нашем опросе по выявлению существующих эмоциональных проблем шкала HADS оказалась менее чувствительной по сравнению со шкалой субъективной оценки дистресса, выявившей людей с изменением психологического благополучия и нуждающихся в психологической поддержке. При разработке мер психологической поддержки специалистам по психическому здоровью следует сосредоточить свое внимание на причинах дистресса. То же самое должны сделать и соответствующие органы власти при развитии медиа-стратегий по коррекции (уменьшению) влияния «инфодемии» [29] на общественность, а также в ходе разработки программ социальной поддержки.

Благодарности:

Авторы выражают благодарность врачу-психиатру Захаровой Н. за начальные исследования, посвященные COVID-19 и психическому здоровью в Психиатрической клинической больнице №1 (имени Н.А. Алексеева), и за создание первой версии опросника.

Вклад авторов: Ольга А. Карпенко: методология, концептуализация и организация исследования, анализ результатов, подготовка текстового материала;

Тимур С. Сюняков: методология, статистическая обработка данных, концептуализация, подготовка текстового материала; Майя А. Кулыгина: методология, анализ литературных источников, концептуализация, подготовка текстового материала, редактирование; Алексей В. Павличенко: методология, редактирование; Анастасия С. Четкина: анализ литературных источников; Алиса В. Андрущенко: методология, редактирование, концептуализация, контроль.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Ольга Карпенко drkarpenko@gmail.com

Цитировать:

Карпенко О.А., Сюняков Т.С., Кулыгина М.А., Павличенко А.В., Четкина А.С., Андрущенко А.В. Влияние пандемии COVID-19 на уровень тревоги, депрессии и дистресса: результаты онлайн-опроса в условиях пандемии в России // Consortium Psychiatricum. 2020. Т.1, №1. СР 10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-8-20

Список литературы

1. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227): 912–20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32112714
2. Sritharan J., Sritharan A. Emerging Mental Health Issues from the Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic. In: *Journal of Health and Medical Sciences*. 2020; 3(2): 157–162. doi: 10.31014/aior.1994.03.02.109
3. Zeppegno P., Gramaglia C.M., Guerriero C., et al. Psychological/psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak: lessons learnt from China and call for timely crisis interventions in Italy. *PsyArXiv*, 17 May 2020. Web. Available at: <https://psyarxiv.com/z26yk/>. Preprint DOI: 10.31234/osf.io/z26yk
4. Lima C.K.T, Carvalho P.M.M., Lima I.A.A.S., Nunes J.V.A.O., Saraiva J.S., de Souza R.I., da Silva C.G.L., Neto M.L.R. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Res*. 2020 May; 287: 112915. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112915. Epub 2020 Mar 12. PMID: 2199182
5. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatr*. 2020 Mar 6; 33(2): e100213. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213. PMID: 32215365
6. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., Ho R.C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial

- Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020 Mar 6; 17(5): 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729. PMID: 32155789
7. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., McIntyre R.S., Choo F.N., Tran B., Ho R., Sharma V.K., Ho C. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav. Immun*. 2020 Apr 13: S0889-1591(20)30511-0. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.028. Epub ahead of print. PMID: 32298802
 8. Kwok K.O., Li K.K., Chan H.H.H., Yi Y.Y., Tang A., Wei W.I., Wong S.Y.S. Community Responses during Early Phase of COVID-19 Epidemic, Hong Kong. *Emerg. Infect. Dis*. 2020 Apr 16; 26(7). doi: 10.3201/eid2607.200500. Epub ahead of print. PMID: 32298227
 9. Alyami H.S., Naser A.Y., Dahmash E.Z., Alyami M.H., Al Meanazel O.T., Al-Meanazel A.T., Al Meanazel O.T. Depression and anxiety during 2019 coronavirus disease pandemic in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *MedRxiv* 2020.05.09.20096677. doi: 10.1101/2020.05.09.20096677
 10. Gerhold L. COVID-19: Risk perception and coping strategies. Results from a survey in Germany. *PsyArXiv*, 25 Mar 2020. Web. Available at: <https://psyarxiv.com/xmpk4>. Preprint doi: 10.31234/osf.io/xmpk4
 11. Substantial investment needed to avert mental health crisis. From the World Health Organization website. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>
 12. Kong X., Zheng K., Tang M., et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. *MedRxiv* 2020.03.24.20043075. doi: 10.1101/2020.03.24.20043075
 13. Yuan R., Xu Q.H., Xia C.C., Lou C.Y., Xie Z., Ge Q.M., Shao Y. Psychological status of parents of hospitalized children during the COVID-19 epidemic in China. *Psychiatry Res*. 2020 Jun; 288: 112953. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112953. Epub 2020 Apr 13. PMID: 32302814
 14. Kang L., Li Y., Hu S., Chen M., Yang C., Yang B.X., Wang Y., Hu J., Lai J., Ma X., Chen J., Guan L., Wang G., Ma H., Liu Z. The mental health of medical workers in Wuhan, China, dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar; 7(3): e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X. Epub 2020. PMID: 32035030
 15. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw. Open*. 2020 Mar 2; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. PMID: 32202646
 16. Cao W., Fang Z., Hou G., Han M., Xu X., Dong J., Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020 May; 287: 112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32229390
 17. Wind T.R., Rijkeboer M., Andersson G., Riper H. The COVID-19 pandemic: The "black swan" for mental health care and a turning point for e-health. *Version 2. Internet Interv*. 2020 Apr; 20: 100317. DOI: 10.1016/j.invent.2020.100317. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32289019
 18. Распространение COVID-19 в Москве. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/Распространение_COVID-19_в_Москве (Prevalence of COVID-19 in Moscow [in Russ.]).
 19. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand*. 1983 Jun; 67(6): 361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820
 20. WHO briefing note – Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak. From the World Health Organization website. Available at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10
 21. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. From the World Health Organization website. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
 22. Shal'nova S.A., Evstifeeva S.E., Deev A.D., Artamova G.V., Gatagonova T.M., Dupliakov D.V., Efanov A.Iu., Zhernakova Iu.V., Konradi A.O., Libis R.A., Minakov E.V., Nedogoda S.V., Oshchepkova E.V., Romanchuk S.V., Rotar' O.P., Trubacheva I.A., Shliakhto E.V., Boitsov S.A. The prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its association with sociodemographic factors (according to data from the ESSE-RF study). *Ter Arkh*. 2014; 86(12): 53-60. Russian. doi: 10.17116/terarkh2014861253-60. PMID: 25804041
 23. Hinz A, Brähler E. Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *J. Psychosom Res*. 2011 Aug; 71(2): 74-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.01.005. Epub 2011 Mar 2. PMID: 21767686
 24. White R.G., Van Der Boer C. The impact of the COVID19 pandemic and initial period of lockdown on the mental health and wellbeing of UK adults. *MedRxiv* 2020.04.24.20078550. doi: 10.1101/2020.04.24.20078550
 25. Mental health and COVID-19. From the World Health Organization website. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>
 26. Sorokin M.Y., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., Makarevich O.V., Neznanov N.G., Lutova N.B., Mazo G.E. Structure of anxiety associated with the COVID-19 pandemic in the Russian-speaking sample: results from on-line survey. *MedRxiv* 2020.04.28.20074302. doi: 10.1101/2020.04.28.20074302
 27. Bethlehem, J. Selection Bias in Web Survey. *International Statistical Review*. 2010; 78: 161-188. doi: 10.1111/j.1751-5823.2010.00112.x
 28. Pierce M., McManus S., Jessop C., John A., Hotopf M., Ford T., Hatch S., Wessely S., Abel K. Says who? The significance of sampling in mental health surveys during COVID-19. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(7): 567-568. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30237-6
 29. The Lancet, COVID-19: fighting panic with information. *The Lancet*, 2020. 395: p. 537.

Шизофрения и токсоплазмоз: ассоциация с кататоническими симптомами

Schizophrenia and toxoplasmosis: association with catatonic symptoms

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-22-29

Оригинальное исследование

Dmitry Romanov^{1,2}, Alexey Brazhnikov¹,
Denis Andreyuk^{3,4}, Natalia Zakharova³,
Lidia Bravve³, Vasilisa Kovaleva⁵,
Evgenia Abbazova⁵, Dmitry Goncharov⁵,
Irina Titova⁵, Elvira Domonova⁵, George Kostyuk³

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
(Sechenov University)

² Mental Health Research Center, Moscow, Russia

³ Mental-health clinic No. 1 named after N.A. Alexeev,
Moscow, Russia

⁴ M.V. Lomonosov Moscow State University, Faculty
of Economics

⁵ N.F. Gamaleya Federal Research Center for Epidemiology
and Microbiology, Ministry of Health of Russia

Дмитрий Романов^{1,2}, Алексей Бражников¹,
Денис Андреюк^{3,4}, Наталья Захарова³,
Лидия Бравве³, Василиса Ковалева⁵, Евгения
Аббазова⁵, Дмитрий Гончаров⁵, Ирина Титова⁵,
Эльвира Домонова⁵, Георгий Костюк³

¹ Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский
Университет)

² Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

³ Психиатрическая клиническая больница № 1
им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия

⁴ Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова, Экономический факультет

⁵ Национальный исследовательский центр эпидемиологии
и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России

ABSTRACT

INTRODUCTION: The association between schizophrenia and toxoplasmosis has been demonstrated in a number of studies: the prevalence of schizophrenia is significantly higher in toxoplasmosis positive subjects than in those with *T.gondii* negative status. However, the clinical significance of this association remains poorly understood.

OBJECTIVES: To identify clinical phenomena that are typical for toxoplasmosis-associated (*T.gondii* seropositive) schizophrenia compared to Toxoplasma-seronegative schizophrenia.

METHODS: A retrospective database analysis of serum samples from 105 inpatients with schizophrenia (ICD-10 code: F20; including 55 male patients; mean age of 27.4 ± 6.4 years) was carried out. The clinical examination involved a structured interview including ICD-10 and E. Bleuler's criteria for schizophrenia and psychometric tests (Positive and Negative Scales of PANSS). Serum antibodies (IgG) to *T.gondii* were identified using ELISA. The statistical significance of any differences were evaluated using the non-parametric Mann-Whitney (U) and χ^2 tests.

RESULTS: The proportion of seropositive patients in the sample was 16.2 %. Comparing schizophrenia patients, who were seropositive or seronegative for toxoplasmosis, there were no statistically significant differences for the mean total PANSS score, mean PANSS-P, PANSS-N or PANSS-G scores. For the majority of PANSS items, differences were also statistically insignificant, except for G5 and G6 – mannerism and posturing. Seropositive patients had a higher score for this item than seronegative patients: 3.5 versus 2.1 points (U=389.5; $p=0.001$). Depression, on the contrary, was less pronounced in seropositive than seronegative patients: 1.4 versus 2.4 points (U=509.5; $p=0.023$). In addition, in seropositive patients,

the frequency of symptoms such as mutism according to ICD-10 criteria for schizophrenia was significantly higher (23.5% versus 3.4%, $\chi^2=9.27$, $p=0.013$), and the whole group of catatonic symptoms according to the E. Bleuler's criteria for schizophrenia was higher (52.9% versus 28.4%, $\chi^2=3.916$, $p=0.048$).

CONCLUSION: The association between a positive toxoplasmosis status in patients with schizophrenia and catatonic symptoms has been revealed for the first time and should be verified in larger studies.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Ассоциация шизофрении и токсоплазмоза верифицирована в ряде исследований: среди инфицированных шанс диагностики шизофрении статистически значимо выше, чем при отрицательном статусе по *T.gondii*. При этом клиническая значимость такой связи сих пор недостаточно определена.

ЦЕЛИ: Выявление клинических феноменов, свойственных ассоциированной с токсоплазмозом (сероположительной) шизофрении, в сопоставлении с сероотрицательной шизофренией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Ретроспективно проанализирована база данных, составленная на основе коллекции образцов сыворотки крови 105 госпитализированных больных шизофренией (F20 по МКБ-10; 55 мужчин, средний возраст $27,4 \pm 6,4$ года). Клиническое обследование осуществляли с применением структурированного интервью, включавшего критерии МКБ-10 и Э. Блейлера для шизофрении, а также психометрически — с использованием шкалы положительных и отрицательных симптомов шизофрении (PANSS). В сыворотке крови методом иммуноферментного анализа определяли антитела класса IgG к *T.gondii*. Статистическую значимость различий определяли с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни (U) и χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ: Доля сероположительных пациентов в выборке исследования составила 16,2%. При сопоставлении сероположительных и сероотрицательных больных шизофренией не было обнаружено статистически значимых различий по среднему суммарному баллу шкалы PANSS и по подшкалам PANSS-P, PANSS-N, PANSS-G. По подавляющему большинству пунктов PANSS различия также оказались статистически недостоверны, за исключением пунктов G5 и G6 — манерность и поза (более высокий балл отмечен у сероположительных больных: 3,5 балла против 2,1 балла (U = 389,5; $p=0,001$)), а также депрессии, которая, напротив, была менее выражена у сероположительных пациентов — 1,4 балла против 2,4 балла (U = 509,5; $p = 0,023$). Кроме того, при сероположительной шизофрении оказалась статистически значимо выше частота обнаружения такого симптома из установленных в МКБ-10 для диагностики шизофрении симптомов, как мутизм (23,5% против 3,4%, $\chi^2 = 9,27$, $p=0,013$), а также всей группы кататонических симптомов по критериям шизофрении Э. Блейлера (52,9% против 28,4%, $\chi^2 = 3,916$, $p=0,048$).

ВЫВОДЫ: Данные об ассоциации положительного статуса по токсоплазмозу у больных шизофренией с кататоническими феноменами получены впервые и требуют репликации на более крупных выборках.

Keywords: schizophrenia; toxoplasmosis; *T.gondii*; catatonia; Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS

Ключевые слова: шизофрения; токсоплазмоз; *T.gondii*; кататония; шкала позитивных и негативных синдромов; PANSS

ВВЕДЕНИЕ

Значимая ассоциация шизофрении и токсоплазмоза, вызываемого нейротропным патогеном *T.gondii*, верифицирована в ряде клинико-эпидемиологических исследований с обобщением результатов которых можно ознакомиться, например, в мета-анализе

J.Gutiérrez-Fernández и соавт. [1]. Согласно последнему, ассоциация позитивного статуса по *T.gondii* и шизофрении характеризуется высокой статистической значимостью, а отношение шансов (ОШ) составляет 2,50 (95% ДИ =1,40–4,47), т.е. при инфицировании *T.gondii* шанс диагностики шизофрении в 2,5 раза

выше, нежели при негативном статусе по *T.gondii*. В целом в мета-анализах и некоторых крупных эпидемиологических исследованиях ОШ варьирует от 1,47 (95 % ДИ =1,03-2,09) [2] до 2,73 (95 % ДИ =2,10-3,60) [3, 4].

Данные о частоте инфицирования больных шизофренией (серопозитивных по IgG) также находятся в достаточно широком диапазоне: от 16,2 % до 46 % [5, 6].

По некоторым данным, в отечественной популяции больных шизофренией показатель распространённости инфицирования достигает 40 %: в выборке 62 из 155 больных шизофренией оказались серопозитивны по токсоплазме (IgG) против 39 из 152 здоровых испытуемых группы контроля (25 %) — отношение шансов 1,93 [7].

Клиническая значимость серопозитивного статуса по *T.gondii* при шизофрении до сих пор остаётся недостаточно определена, как и возможные корреляты на симптоматическом, синдромальном, функциональном уровне, а имеющиеся на этот счёт данные в значительной степени противоречивы.

Сопоставление больных шизофренией, серопозитивных по токсоплазме, с серонегативными осуществляется лишь в единичных исследованиях. Так, в публикации F. Dickerson и соавт. [5] в выборке 358 больных шизофренией серопозитивные пациенты отличались значимо от серонегативных только по гендерной принадлежности (чаще женский пол, $p=0,021$). При этом не было зарегистрировано значимых отличий по возрасту, расовой принадлежности, уровню образования, возрасту дебюта и длительности шизофрении, а также по суммарному баллу шкал PANSS и RBANS, статусу курильщика, частоте диабета или приема антипсихотиков.

Согласно данным T. Çelik и соавт. [6] в выборке больных шизофренией (90 набл.) с серопозитивным статусом ассоциирован только континуальный (непрерывный) тип течения заболевания. Для таких параметров как критика к заболеванию или форма шизофрении по МКБ-10 (параноидная, недифференцированная, резидуальная, дезорганизованная, кататоническая) аналогичной связи не выявлено.

Нами обнаружено небольшое количество научных работ, в которых изложены результаты клинико-лабораторных ассоциаций токсоплазма при шизофрении с отдельными измерениями психического заболевания. Так, в исследовании G. P. Amtinger и соавт. [8] установлено, что более высокий уровень IgG

к *T.gondii* в плазме значимо ассоциирован с большей тяжестью позитивной симптоматики по клинической шкале BPRS в группе больных с ультравысоким риском развития психоза (аттенуированные или кратковременные психотические симптомы).

По данным D. Holub и соавт. [9], инфицированные больные шизофренией статистически значимо отличались от серонегативных по тяжести симптомов ($p=0,032$), измерявшихся с помощью шкалы PANSS за счет позитивной субшкалы PANSS (PANSS-P), но не за счет субшкал негативной симптоматики (PANSS-N) и общей психопатологии (PANSS-G). При этом по данным авторов, у инфицированных мужчин шизофрения манифестировала приблизительно на год раньше по сравнению с неинфицированными, тогда как среди женщин — напротив, на три года позже. Кроме того, серопозитивные больные шизофренией находились в стационаре во время последней на момент исследования госпитализации в среднем на 33 дня дольше по сравнению с серонегативными ($p=0,003$).

В одном из крупнейших исследований ассоциации шизофрении и токсоплазма, включавшем 600 больных с первым эпизодом шизофрении [10], получены сопоставимые данные. При отсутствии значимых различий по таким параметрам как пол, возраст, уровень образования, длительность заболевания, возраст манифестации шизофрении, условия проживания (город, сельская местность), семейная отягощенность психическими заболеваниями, авторами было показано следующее. Больные шизофренией и хроническим токсоплазмозом отличались от серонегативных пациентов с эндогенным заболеванием значимо более высокими показателями подшкалы для позитивных симптомов (суммарный балл по PANSS-P — 20,8 против 19,4), а также для домена когнитивных симптомов (суммарный балл — 8,5 против 7,7) и домена психомоторного возбуждения (суммарный балл — 9,5 против 7,9), при этом — напротив, значимо более низким показателем по подшкале негативных симптомов (суммарный балл по PANSS-N — 16,4 против 17,8). При этом ни в одной из указанных публикаций не приводится анализ различий по отдельным пунктам шкалы PANSS либо симптомам шизофрении.

Соответственно, цель исследования — выявление клинических феноменов, свойственных ассоциированной с токсоплазмозом (серопозитивной) шизофрении в сопоставлении с серонегативной.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования. Предпринят ретроспективный анализ базы данных коллекции образцов сыворотки крови больных шизофренией. Пациенты включены базу данных в рамках исследовательских программ «Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества», выполняющихся на базе ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева с 2017 г. Работа получила одобрение независимого междисциплинарного комитета по этической экспертизе клинических исследований от 14 июля 2017 г. (протокол № 12). Коллекция образцов сыворотки крови больных шизофренией собрана в период с января 2019 по февраль 2020 гг.

Критерии включения: диагноз шизофрении F20 согласно критериям МКБ-10; возраст больных — более 18 лет; информированное согласие на участие в исследовании, в т.ч. на изучение биологических образцов (сыворотка крови).

Критерии не включения: органическая патология ЦНС (F0) по критериям МКБ-10; зависимость от ПАВ (F1) согласно критериям МКБ-10; аффективные психозы (F3) согласно критериям МКБ-10; аутоиммунные заболевания в стадии обострения, потенциально способные исказить результаты серологического исследования.

Клиническое обследование пациентов осуществлялось в первые дни госпитализации двумя врачами-психиатрами с применением единого структурированного интервью. Наряду с учетом социодемографических параметров и ряда клинических характеристик шизофрении проводилось детальное структурированное интервью, включающее критерии диагностики шизофрении МКБ-10 (важные для диагностики симптомы, один или более из которых наблюдаются на протяжении большей части эпизода длительностью один месяц или более), дополненные критериями E.Bleuler [11], а также — психометрической оценкой симптомов с помощью шкалы PANSS [12, 13].

Забор крови проводился однократно из кубитальной вены утром натощак в период с 8.00 до 8.30 в пробирки с этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТА), транспортировка в лабораторию осуществлялась в течение двух часов при соблюдении требований сохранности материала. Кровь центрифугировали при 750g в течение 15 мин. при 22°C и отбирали

плазму, которую затем использовали для анализа. Замороженные образцы хранились при температуре от –18 °C до –24 °C.

Методы серологического анализа. В сыворотках крови, взятых однократно, определяли антитела классов IgG к *T.gondii*, методом ИФА с помощью наборов «ТоксоплаСтрипG» (ТУ 9398-005-4037-1634-2008).

Методы статистического анализа. Различия количественных порядковых переменных (средних суммарных баллов PANSS, подшкал PANSS для позитивной, негативной симптоматики и общей психопатологии, а также отдельных пунктов PANSS) оценивались с помощью критерия Манн-Уитни (M-U). Непараметрический критерий хи-квадрат (χ^2) применяли для сравнения частот категориальных переменных (отдельных симптомов шизофрении согласно критериям МКБ-10 и критериям Э. Блейлера). Уровень статистической значимости различий принят за 0,05.

Характеристика выборки. В исследование включено 105 больных шизофренией (мужчины — 55, женщины — 50). Средний возраст — 27,4±6,4 лет, диапазон от 18 до 50 лет, медиана — 27 лет. Возраст продрома 19,1±7,4 лет, возраст манифестного приступа — 23,9±7,2 года. Длительность заболевания от начала продромальных явлений — 8,6±7,1 лет, от первого манифестного приступа — 3,7±4,6 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Доля серопозитивных пациентов в выборке исследования составила 16,2% (17 из 105 наблюдений). При сопоставлении больных шизофренией серопозитивных и серонегативных по токсоплазмозу не было обнаружено статистически значимых различий по таким параметрам как средний суммарный балл PANSS, средние баллы по подшкалам PANSS-P, PANSS-N, PANSS-G, хотя имела место общая тенденция к более высокому среднему суммарному баллу для всех подшкал и суммарного балла PANSS среди больных, серопозитивных по токсоплазмозу (табл. 1).

По подавляющему большинству пунктов PANSS различия также оказались статистически недостоверны, за исключением двух пунктов шкалы общей психопатологии G5 и G6 (табл. 2). Речь идет о пункте «G5. Манерность и поза» (G5 Mannerisms and posturing), суммарный балл по которому у серопозитивных больных оказался статистически значимо выше — 3,5 баллов против 2,1 баллов ($p=0,002$),

Таблица 1. Результаты сопоставления параметров PANSS больных шизофренией в зависимости от серопозитивного (Ig+) или серонегативного (Ig-) статуса (M±SD)

Параметр	Ig+ (n=17)	Ig- (n=88)	U	p
Среднее значение суммарного балла по PANSS (Σ)	103,7±23,8	96,0±28,6	735,0	0,266
Среднее значение по субшкале позитивных симптомов PANSS-P	26,4±6,1	23,8±8,4	881,0	0,182
Среднее значение по субшкале негативных симптомов PANSS-N	28,2±9,4	24,9±9,8	837,5	0,262
Среднее значение по шкале общей психопатологии PANSS-G	49,3±11,7	47,0±13,2	739,5	0,525

и о пункте «G5. Депрессия» (G6 Depression), суммарный балл которого, напротив, у серопозитивных пациентов был статистически значимо ниже — 1,4 баллов против 2,4 ($p=0,025$).

Учитывая статистическую значимость различий по пункту G5 («Манерность и поза»), был предпринят дополнительный анализ клинических данных. Проанализированы различия между группами серопозитивных и серонегативных больных по категориальным признакам, также включающим описание двигательных феноменов, наблюдающихся при шизофрении, прежде всего, кататонических. В соответствии с критериями МКБ-10 при шизофрении с серопозитивным вариантом по токсоплазмозу статистически значимо чаще обнаруживали мутизм (23,5 % против 3,4 %, $\chi^2=9,27$, $p=0,013$), но не другие кататонические феномены, а по критериям Э. Блейлера (1911) статистически значимое различие установили для всей группы кататонических симптомов (52,9 % против 28,4 %, $\chi^2=3,916$, $p=0,048$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Установленная в настоящем исследовании доля серопозитивных пациентов в выборке больных шизофренией (16,2 %) совпадает с нижними значениями диапазона, приводимыми в литературе — 16,2 — 46 % [5, 10], хотя и значительно ниже полученного в одном из отечественных исследований, также выполненном на популяции больных шизофренией московского региона (40 %) [7]. Вероятно, отчасти это может быть связано с более молодым возрастом в выборке больных настоящего исследования (средний и медианный показатели возраста — 27 лет), многие из которых были обследованы по поводу первого психического эпизода.

Сравнение серопозитивных и серонегативных по токсоплазмозу больных шизофренией в нашем исследовании не позволило обнаружить статистически

значимых различий по среднему суммарному баллу PANSS, а также по средним баллам по подшкалам PANSS-P, PANSS-N, PANSS-G. В этом плане наши данные сопоставимы с результатами F. Dickerson и соавт. [5], также не установивших различий по суммарному баллу шкалы PANSS, и D. Holub и соавт. [9], в свою очередь не зафиксировавших различий по субшкалам негативной симптоматики (PANSS-N) и общей психопатологии (PANSS-G). Однако в исследовании D. Holub и соавт. [9], как и в публикации H.L. Wang и соавт. [10], в отличие от наших данных, среди серопозитивных по токсоплазмозу больных шизофренией определен значимо более высокий балл субшкалы позитивной симптоматики (PANSS-P). В нашем исследовании, хотя суммарные баллы по подшкале PANSS-P были выше среди серопозитивных больных, различия не достигали уровня статистической значимости. Кроме того, в работе H.L. Wang и соавт. [10] серопозитивные больные отличались значимо более низким показателем по подшкале негативных симптомов, чего не наблюдается ни в нашем исследовании, ни в работах других авторов [5,9].

При этом данных относительно отдельных пунктов PANSS, за счет которых, прежде всего, могут формироваться указанные выше различия, как и сведения об отдельных симптомах шизофрении, зарегистрированных другими методами, на момент подготовки настоящей публикации в доступной литературе нам обнаружить не удалось.

Зафиксированные в нашем исследовании статистически значимые различия по пункту G5 («Манерность и поза») указывают на большую выраженность у серопозитивных больных таких относимых к кататоническим моторных симптомов как неловкость, неестественность движений, дискоординация, причудливые и фиксированные позы, застывание, ритуалы и стереотипии, регистрировавшихся согласно инструкции к шкале PANSS на основании наблюдений врачом

Таблица 2. Сравнение средних баллов по пунктам PANSS в зависимости от серопозитивного (Ig+) или серонегативного (Ig-) статуса (M±SD)

Пункты шкалы	IgG+ (n=17), средний балл	IgG- (n=88), средний балл	U	P
P1.Бред	5,41±1,50	4,52±1,89	540,50	0,064
P2. Дезорганизация мышления	4,71±1,40	3,95±1,71	564,00	0,116
P3.Галлюцинаторное поведение	3,24±2,49	3,28±2,23	723,00	0,820
P4. Психомоторное возбуждение	3,12±1,76	2,75±1,67	655,00	0,403
P5.Грандиозность	2,53±1,55	2,45±1,81	704,50	0,683
P6.Подозрительность/преследование	4,59±1,23	4,11±1,38	583,50	0,160
P7.Враждебность	2,76±1,60	2,60±1,81	697,00	0,642
N1. Уплотненный аффект	4,06±1,68	3,63±1,67	651,00	0,386
N2. Эмоциональная отстраненность	4,29±1,40	3,60±1,52	549,00	0,087
N3. Снижение коммуникабельности	3,88±1,45	3,20±1,63	585,00	0,164
N4. Пассивная/апатическая социальная самоизоляция	3,94±1,68	3,84±1,60	721,50	0,813
N5. Нарушения абстрактного мышления	4,29±1,57	3,57±1,64	561,50	0,111
N6. Снижение спонтанности и речевой активности	3,71±1,72	3,50±1,71	694,50	0,637
N7. Стереотипность мышления	4,00±1,54	3,53±1,72	618,50	0,278
G1. Соматизация	2,06±1,56	1,90±1,40	695,00	0,601
G2. Тревога	3,18±1,24	3,28±1,38	674,50	0,507
G3. Чувство вины	1,53±1,33	1,66±1,29	691,00	0,513
G4. Напряженность	2,76±1,30	3,09±1,46	650,50	0,382
G5. Манерность и поза	3,53±1,74	2,11±1,68	389,50	0,001
G6. Депрессия	1,41±0,94	2,41±1,76	509,50	0,023
G7. Двигательная заторможенность	2,35±1,62	1,94±1,46	644,50	0,305
G8. Некооперативность	2,71±1,69	2,60±1,65	729,00	0,863
G9. Необычное содержание мышления	4,00±1,17	3,48±1,39	593,00	0,164
G10. Дезориентировка	1,88±1,17	1,65±1,05	671,50	0,434
G11. Нарушения внимания	4,18±1,63	3,61±1,64	593,00	0,191
G12. Нарушение суждений и критики	4,88±1,65	4,37±1,71	606,50	0,234
G13. Волевые нарушения	4,31±1,25	3,74±1,55	561,00	0,184
G14. Снижение контроля побуждений	2,88±1,69	2,91±1,71	745,50	0,982
G15. Аутизация	4,47±1,46	4,06±1,65	630,00	0,294
G16. Активная социальная изоляция	4,00±1,37	3,94±1,50	726,50	0,848

за поведением пациентов в ходе беседы (а также сведениях от персонала и родственников) [12,13]. Данные об ассоциации серопозитивного по токсоплазмозу статуса с кататоническими симптомами в нашем исследовании подкреплены результатами, согласно которым у серопозитивных больных статистически значимо чаще обнаруживался мутизма

(по критериям МКБ-10) и вся группы кататонических симптомов по критериям Э. Блейлера (1911).

В качестве рабочей гипотезы, объясняющей обнаруженную ассоциацию позитивного по токсоплазмозу статуса и кататонических феноменов при шизофрении, может быть высказано предположение о сопряженном с нейротропным эффектом инфекции мягком

неврологическом дефиците, способном имитировать и/или амплифицировать моторную шизофреническую симптоматику. Необходимо отметить, что такое предположение согласуется с современной концептуализацией кататонии в DSM-5 и МКБ-11 в качестве симптомокомплекса, наблюдающегося при широком круге заболеваний, как шизофренического спектра, так и при органической патологии ЦНС.

В качестве клинических указаний, косвенно подтверждающих данную гипотезу, могут рассматриваться некоторые исследования органических психозов при токсоплазменной инфекции, как врожденной, так и приобретенной [14, 15]. В упомянутых работах приводится психопатологическая характеристика шизофреноформных психозов, ассоциированных с токсоплазмозом, часть из которых квалифицируется как онейроидно-кататонические состояния по типу иллюзорно-интерпретативных онейроидов с неглубоким помрачением сознания. Такие психозы, по выражению авторов исходно «можно было расценить как галлюцинаторно-параноидные состояния» [15] с феноменом психического автоматизма и бредом двойников либо ипохондрическим бредом типа Капгра, а также религиозным и любовным бредом [14]. При более глубоком помрачении сознания у больных наблюдалась отчетливая кататоническая симптоматика (явления субступора или стереотипного возбуждения). Однако в некоторых наблюдениях исследователи фиксировали (по мере купирования феноменов помрачения сознания) также синдром люцидной кататонии. При этом исследователями указывается на тот факт, что при прогрессирующем протекающем токсоплазмозе клинически симптоматика длительное время проявлялась чередованием обострений в виде субступорозных состояний, сменяющихся психомоторным возбуждением, в результате чего на начальных этапах некоторым «большим длительное время ставился диагноз кататонической формы шизофрении» [14].

В качестве биологических оснований, соотносящихся с рабочей гипотезой, сформулированной исходя из результатов настоящего исследования, могут рассматриваться некоторые положения, выдвигаемые другими авторами [10, 16–18]. Так, гетерогенность психопатологических и неврологических симптомов, ассоциированных с токсоплазменной инвазией, может быть связана с паттернами распределения цист паразита в мозге хозяина. Вероятно, преимущественная

топическая локализация цист в дофаминергических структурах в части случаев может обуславливать развитие шизофреноформной симптоматики либо амплификацию тех или иных шизофренических феноменов, например, кататонических проявлений, рассматриваемых в современных исследованиях как транснозологический конструкт. Согласно представлениям некоторых авторов, механизм, лежащий в основе наблюдаемой ассоциации, может быть обусловлен способностью *T.gondii* к повышению дофаминергической активности [19, 20] либо влиянию на метаболизм триптофана в соответствующих структурах [21], что требует проверки в дальнейших морфологических и нейровизуализационных исследованиях.

Обсуждение обнаруженной в настоящем исследовании ассоциации с позитивным статусом по токсоплазмозу депрессивной симптоматики не входит в задачи настоящей публикации. Однако в качестве возможного объяснения могут быть привлечены данные клинико-эпидемиологического исследования А.Б. Смулевича и соавт. [22], посвященного соотношению депрессивных симптомов с другими синдромами при шизофрении, в котором обнаружена отрицательная корреляция частоты возникновения депрессивного синдрома и кататонии при оценке на момент обследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные нами результаты могут иметь значение для дальнейших исследований природы ассоциации позитивного статуса по токсоплазмозу с клиническими проявлениями шизофрении и лежащих в ее основе механизмов.

Учитывая противоречивость данных литературы в отношении ассоциации серопозитивного по токсоплазмозу статуса с отдельными дименсиями по шкале PANSS (прежде всего, с позитивными и негативными), по всей вероятности, делать однозначные выводы о такой связи представляется преждевременным. Необходимы дальнейшие исследования на более крупных выборках и/или мета-анализ доступных публикаций.

При этом сведений об ассоциации серопозитивного статуса с кататоническими симптомами при шизофрении в доступной литературе нам обнаружить не удалось и такая связь, по всей видимости, обсуждается впервые, чем определяется новизна настоящего

исследования. Наши данные об ассоциации с кататонической симптоматикой нуждаются в репликации и дальнейшем подтверждении с привлечением биологических методов, соотносимых с клиническими характеристиками шизофрении. Область практического применения полученных данных включает аспекты дифференциальной диагностики эндогенных и органических психозов, а соответственно — дифференцированной терапии с учетом возможной роли токсоплазменной инфекции при шизофрении и ее потенциальной патопластической роли в плане клинических проявлений эндогенного заболевания.

Вклад авторов: Д.В. Романов, А.Ю. Бражников, Г.П. Костюк, Д.С. Андреюк, Д.Б. Гончаров: разработка и согласование дизайна исследования. Д.С. Андреюк, Н.В. Захарова, Л.В. Бравве: получение клинических данных для анализа, предварительный анализ полученных клинических данных. В.А. Ковалева, Е.В. Аббазова, Д.Б. Гончаров, И.В. Титова, Э.А. Домонова: получение иммунологических данных для анализа, предварительный анализ полученных иммунологических данных. А.Ю. Бражников, Д.В. Романов: статистическая обработка, обобщение и финальный анализ полученных данных. Д.В. Романов, Д.Б. Гончаров: написание текста рукописи. В.А. Ковалева, Д.В. Романов: обзор публикаций по теме статьи.

Финансирование: Статья была написана без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информированное согласие: Все пациенты подписали форму информированного согласия на участие в исследовании и тестировании биологических образцов.

Информация об авторах:

***Дмитрий Владимирович Романов**, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и психосоматики института клинической медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», ведущий научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ Научный центр психического здоровья; ORCID: 0000-0002-1822-8973; PИHЦ AuthorID: 189414
E-mail: dm.v.romanov@mail.ru

Алексей Юрьевич Бражников, к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» ORCID: 0000-0002-5587-8860

Денис Сергеевич Андреюк, к.б.н., старший научный сотрудник Учебного центра ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», доцент Экономического факультета Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Москва; ORCID: 0000-0002-3349-5391

Наталья Вячеславовна Захарова, к.м.н., врач-психиатр, старший научный сотрудник Учебного центра ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», ORCID: 0000-0001-7354-7216

Лидия Викторовна Бравве, врач-ординатор ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; ORCID 0000-0001-5380-4406

Василиса Алексеевна Ковалева, лаборант-исследователь, ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почётного академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России; ORCID: 0000-0003-0215-4938

Евгения Витальевна Аббазова, к.м.н., научный сотрудник ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почётного академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России; ORCID: 0000-0001-6328-8142

Дмитрий Борисович Гончаров, к.б.н., зав. лабораторией протозойных инфекций ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почётного академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России; ORCID: 0000-0002-0250-4902

Ирина Викторовна Титова, к.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почётного академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России

Эльвира Алексеевна Домонова, к.б.н., старший научный сотрудник отдела молекулярной диагностики и эпидемиологии ФБНУ ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, ORCID: 0000-0001-8262-3938

Георгий Петрович Костюк, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист-психиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; ORCID: 0000-0003-4320-3644

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Gutiérrez-Fernández J, Luna Del Castillo Jde D, Mañanes-González S, Carrillo-Ávila JA, Gutiérrez B, Cervilla JA, Sorlózano-Puerto A. Different presence of Chlamydia pneumoniae, herpes simplex virus type 1, human herpes virus 6, and Toxoplasma gondii in schizophrenia: meta-analysis and analytical study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015 Mar 27;11:843-52. doi: 10.2147/NDT.S79285. PMID: 25848282; PMCID: PMC4384747.
2. Burgdorf KS, Trabjerg BB, Pedersen MG, Nissen J, Banasik K, Pedersen OB, Sørensen E, Nielsen KR, Larsen MH, Erikstrup C, Bruun-Rasmussen P, Westergaard D, Thøner LW, Hjalgrim H, Paarup HM, Brunak S, Pedersen CB, Torrey EF, Werge T, Mortensen PB, Yolken RH, Ullum H. Large-scale study of Toxoplasma and Cytomegalovirus shows an association between infection and serious psychiatric disorders. *Brain Behav*

- Immun. 2019 Jul;79:152-158. doi: 10.1016/j.bbi.2019.01.026. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30685531.
3. Torrey EF, Bartko JJ, Lun ZR, Yolken RH. Antibodies to *Toxoplasma gondii* in patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2007 May;33(3):729-36. doi: 10.1093/schbul/sbl050. Epub 2006 Nov 3. PMID: 17085743; PMCID: PMC2526143.
 4. Torrey EF, Bartko JJ, Yolken RH. *Toxoplasma gondii* and other risk factors for schizophrenia: an update. *Schizophr Bull.* 2012 May;38(3):642-7. doi: 10.1093/schbul/sbs043. Epub 2012 Mar 23. PMID: 22446566; PMCID: PMC3329973.
 5. Dickerson F, Boronow J, Stallings C, Origoni A, Yolken R. *Toxoplasma gondii* in individuals with schizophrenia: association with clinical and demographic factors and with mortality. *Schizophr Bull.* 2007 May;33(3):737-40. doi: 10.1093/schbul/sbm005. Epub 2007 Feb 20. PMID: 17314085; PMCID: PMC2526149.
 6. Celik T, Kartalci S, Aytas O, Akarsu GA, Gozukara H, Unal S. Association between latent toxoplasmosis and clinical course of schizophrenia – continuous course of the disease is characteristic for *Toxoplasma gondii*-infected patients. *Folia Parasitol (Praha).* 2015 Jan 1;62:2015.015. doi: 10.14411/fp.2015.015. PMID: 25960559.
 7. Stepanova EV, Kondrashin AV, Sergiev VP, Morozova LF, Turbabina NA, Maksimova MS, Romanov DV, Kinkulkina MA, Lazareva AV, Morozov EN. Toxoplasmosis and mental disorders in the Russian Federation (with special reference to schizophrenia). *PLoS One.* 2019 Jul 10;14(7):e0219454. doi: 10.1371/journal.pone.0219454. PMID: 31291336; PMCID: PMC6636601.
 8. Amminger GP, McGorry PD, Berger GE, Wade D, Yung AR, Phillips LJ, Harrigan SM, Francey SM, Yolken RH. Antibodies to infectious agents in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Biol Psychiatry.* 2007 May 15;61(10):1215-7. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.034. Epub 2007 Jan 3. PMID: 17207471.
 9. Holub D, Flegr J, Dragomirecká E, Rodriguez M, Preiss M, Novák T, Čermák J, Horáček J, Kodym P, Libiger J, Höschl C, Motlová LB. Differences in onset of disease and severity of psychopathology between toxoplasmosis-related and toxoplasmosis-unrelated schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Mar;127(3):227-38. doi: 10.1111/acps.12031. Epub 2012 Nov 5. PMID: 23126494.
 10. Wang HL, Wang GH, Li QY, et al. Prevalence of *Toxoplasma* infection in first-episode schizophrenia and comparison between *Toxoplasma*-seropositive and *Toxoplasma*-seronegative schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2006 Jul;114(1):40-48. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00780.x.
 11. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien.* Handbuch der Psychiatrie (Herausgeb. von G. Aschaffenburg). Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Haelfte. Leipzig und Wien: Franz Deuticke; 1911.
 12. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry Suppl.* 1989 Nov;(7):59-67. PMID: 2619982.
 13. Mosolov SN. Shkaly psichometricheskoy ocenki simptomatiki shizofrenii i koncepcija pozitivnyh i negativnyh rasstrojstv [Scales for psychometric evaluation of symptoms in schizophrenia and the concept of positive and negative disorders]. Moscow: Moscow; 2001. 238 p. Russian.
 14. Klueva TD, Samobumskaia EN, Tikhovskaia TM. Psikhozy pri toksoplazmoze [Psychoses in toxoplasmosis]. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 1966;66(3):454-8. Russian. PMID: 6000444.
 15. Mikhalev PV, Genailo SP, Mikhaleva LV. Ob oneiroidnykh i oniricheskikh sostoianiiakh pri tserebral'nom toksoplazmoze [Oneiroid and oneiric states in cerebral toxoplasmosis]. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 1978;78(2):251-5. Russian. PMID: 636721.
 16. Holub D, Flegr J, Dragomirecká E, Rodriguez M, Preiss M, Novák T, Čermák J, Horáček J, Kodym P, Libiger J, Höschl C, Motlová LB. Differences in onset of disease and severity of psychopathology between toxoplasmosis-related and toxoplasmosis-unrelated schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Mar;127(3):227-38. doi: 10.1111/acps.12031. Epub 2012 Nov 5. PMID: 23126494.
 17. Esshili A, Thabet S, Jemli A, Trifa F, Mechri A, Zaafrane F, Gaha L, Juckel G, Babba H, Bel Hadj Jrad B. *Toxoplasma gondii* infection in schizophrenia and associated clinical features. *Psychiatry Res.* 2016 Nov 30;245:327-332. doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.056. Epub 2016 Aug 22. PMID: 27573055.
 18. Horacek J, Flegr J, Tintera J, Verebova K, Spaniel F, Novak T, Brunovsky M, Bubenikova-Valesova V, Holub D, Palenicek T, Höschl C. Latent toxoplasmosis reduces gray matter density in schizophrenia but not in controls: voxel-based-morphometry (VBM) study. *World J Biol Psychiatry.* 2012 Oct;13(7):501-9. doi: 10.3109/15622975.2011.573809. Epub 2011 May 23. PMID: 21599563.
 19. Flegr J, Preiss M, Klose J, Havlíček J, Vitáková M, Kodym P. Decreased level of psychobiological factor novelty seeking and lower intelligence in men latently infected with the protozoan parasite *Toxoplasma gondii* Dopamine, a missing link between schizophrenia and toxoplasmosis? *Biol Psychol.* 2003 Jul;63(3):253-68. doi: 10.1016/s0301-0511(03)00075-9. PMID: 12853170.
 20. Gaskell EA, Smith JE, Pinney JW, Westhead DR, McConkey GA. A unique dual activity amino acid hydroxylase in *Toxoplasma gondii*. *PLoS One.* 2009;4(3):e4801. doi: 10.1371/journal.pone.0004801. Epub 2009 Mar 11. PMID: 19277211; PMCID: PMC2653193.
 21. Schwarcz R, Hunter CA. *Toxoplasma gondii* and schizophrenia: linkage through astrocyte-derived kynurenic acid? *Schizophr Bull.* 2007 May;33(3):652-3. doi: 10.1093/schbul/sbm030. Epub 2007 Apr 13. PMID: 17434932; PMCID: PMC2526138.
 22. Smulevich AB, Briko NI, Andryushchenko AV, Romanov DV, Shuliak YA, Brazhnikov AY, Gerasimov AN, Melik-Pashaian AE, Mironova EV, Pushkarev DF. Komorbidnost' depressii i rasstrojstv neaffektivnogo shizofrenicheskogo spektra: kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie EDIP [Comorbidity of depression and nonaffective – schizophrenia spectrum disorders: the clinical-epidemiological study EDIP]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 2015;115(11 Pt 2):6-19. Russian. doi: 10.17116/jnevro20151151126-19. PMID: 26978259.

Применение когнитивно-поведенческой терапии в формате виртуальной реальности при различных психических состояниях: систематический обзор

Cognitive behavioural therapy in virtual reality treatments across mental health conditions: a systematic review

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-30-46

Обзор

Merve Dilgul^{1,2}, Jasmine Martinez^{1,2},
Neelam Laxhman^{1,2}, Stefan Priebe^{1,2},
Victoria Bird^{1,2}

¹ Unit for Social and Community Psychiatry,
Queen Mary University of London, UK

² East London NHS Foundation Trust, UK

Мёрв Дилгул^{1,2}, Жасмин Мартинес^{1,2},
Нилэм Лаксман^{1,2}, Стефан Прибэ^{1,2},
Виктория Бёрд^{1,2}

¹ Отделение социальной и общественной психиатрии,
Лондонский университет королевы Марии, Лондон,
Великобритания

² Фонд Национальной службы здравоохранения,
Восточный Лондон, Великобритания

ABSTRACT

BACKGROUND: Virtual reality (VR) has been effectively used in the treatment of many mental health disorders. However, significant gaps exist in the literature. There is no treatment framework for researchers to use when developing new VR treatments. One recommended treatment across a range of diagnoses, which may be suitable for use in VR treatments, is Cognitive Behavioural Therapy (CBT). The aim of this systematic review is to investigate CBT treatment methods that utilize VR to treat mental health disorders.

OBJECTIVES: To investigate how CBT has been used in VR to treat mental health disorders and to report on the treatment characteristics (number of sessions, duration, and frequency) that are linked to effective and ineffective trials. Methods: Studies were included if patients had a mental health diagnosis and their treatment included immersive VR technology and CBT principles. Data were extracted in relation to treatment characteristics and outcomes, and analysed using narrative synthesis.

RESULTS: Ninety-three studies were analysed. Exposure-based VR treatments were mainly used to treat anxiety-related disorders. Treatments generally consisted of eight sessions, once a week for approximately one hour. VR treatments were commonly equal to or more effective than 'traditional' face-to-face methods. No specific treatment characteristics were linked to this effectiveness.

CONCLUSION: The number, frequency and duration of the VR treatment sessions identified in this review, could be used as a treatment framework by researchers and clinicians. This could potentially save researchers time and money when developing new interventions.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Виртуальная реальность (VR) эффективно применяется при лечении многих психических расстройств. Тем не менее информации в литературе об использовании этого подхода недостаточно.

В частности, отсутствуют данные по формату лечения, который могли бы использовать исследователи при разработке новых методов ВР-терапии. Одним из рекомендованных методов терапии при широком спектре диагнозов, который может применяться в формате ВР, является когнитивно-поведенческая терапия.

ЦЕЛИ: Изучить использование методов когнитивно-поведенческой терапии с применением технологии ВР для лечения психических расстройств и определить характеристики лечебного процесса (количество сессий, продолжительность и частота), которые оказались эффективны и неэффективны.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: В обзор включали исследования, проводившиеся с участием пациентов с установленным диагнозом психического расстройства, в лечении которых использовались технологии ВР с эффектом присутствия и принципы когнитивно-поведенческой терапии. Извлекали данные, связанные с характеристиками и исходами лечения, и анализировали их с использованием описательного синтеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Было проанализировано 93 исследования. Экспозиционная ВР-терапия преимущественно применялась для лечения тревожных расстройств. Терапия обычно включала 8 сеансов 1 раз в неделю длительностью около 1 часа. ВР-терапия обычно была так же эффективна, как традиционные методы работы «лицом к лицу», либо эффективней их. Эффективность не была связана с какими-либо специфическими характеристиками терапии.

ВЫВОДЫ: Количество, частота и длительность сеансов ВР-терапии, выявленные в данном обзоре, могут использоваться для определения формата лечения исследователями и клиницистами. Это потенциально способно сократить время и средства, затрачиваемые исследователями при разработке новых вмешательств.

Keywords: *virtual reality; digital interventions; narrative analysis; mental health treatment; cognitive behavioural therapy*

Ключевые слова: *виртуальная реальность; цифровые вмешательства; описательный анализ; терапия психических расстройств; когнитивно-поведенческая терапия*

ВВЕДЕНИЕ

Виртуальная реальность (ВР) — технологический интерфейс, который позволяет пользователям ощущать созданную компьютером среду в контролируемых условиях [1]. Недавние метаанализы и систематические обзоры показали, что данная технология является эффективным инструментом в лечении ряда психических состояний [2], наибольшее количество доказательных данных было получено при лечении тревожных расстройств [3], расстройств пищевого поведения [4] и психозов [5].

Помимо терапевтической эффективности было показано, что экспозиционная ВР-терапия более рентабельна в сравнении с индивидуальной терапией при посттравматическом стрессовом расстройстве [6]. Кроме того, терапия ВР хорошо воспринимается пациентами, которые отмечают высокий уровень поддержки и заинтересованности в ее применении для лечения психических нарушений [7]. Также имеются

данные о том, что частота отказа от лечения при терапии ВР может быть ниже, чем при традиционной индивидуальной терапии [8]. Таким образом, данная технология может потенциально улучшить доступность и приверженность психологической терапии [7, 8].

Несмотря на потенциал ВР в лечении психических нарушений, существуют значительные пробелы в литературе относительно терапии ВР. В исследованиях в литературе преимущественно рассматривалась экспозиционная терапия тревожных расстройств и уделялось недостаточно внимания прочим диагнозам (например, депрессия, биполярное расстройство и расстройство личности) и прочим возможностям терапии (например, контролируемое самолечение) [8].

Схема лечения представляет собой общую структуру, определяющую систему или концепцию; она может быть основана на ориентирах или служить ориентиром для принятия решений о конкретном

порядке действий [9]. Насколько нам известно, в настоящее время отсутствуют общие схемы терапии ВР, которые могут использовать исследователи. Без схемы терапии в качестве основы, исследователи, которые хотят изучить новые методы терапии ВР при диагнозах, которым уделялось недостаточно внимания, должны потратить большое количество времени и средств на разработку собственных методов терапии, которые могут быть или не быть успешными [10]. Потенциальный риск, связанный с отсутствием схемы, может быть препятствием для новых методов терапии ВР.

Одним из рекомендованных методов терапии при ряде диагнозов [11], который может применяться при терапии ВР, является когнитивная поведенческая терапия (КПТ). КПТ основана на когнитивной модели психических заболеваний, и данная модель использует гипотезу о том, что чувства и поведение пациентов определяется их восприятием ситуации, а не фактической ситуацией [12]. КПТ направлена на устранение дистресса, помогая пациентам добиваться более адаптивного восприятия и поведения [13]. Разработка схемы терапии, описывающей эффективные характеристики КПТ ВР (например, количество сеансов, их длительность и частота) может представлять возможную основу для исследователей. Это потенциально способно привести к снижению временных и материальных затрат на разработку вмешательств.

В настоящее время ни в одном из исследований не был выполнен синтез характеристик ВР при различных диагнозах. Целью данного систематического обзора было изучение методов КПТ, в которых используются технологии ВР для лечения психических нарушений. Будет разработана схема терапии на основе определенных общих характеристик терапии (например, количество сеансов, их длительность и частота).

Цели

Целями данного систематического обзора было следующее:

- (1) изучить, как ВР применяется в КПТ для лечения психических нарушений.
- (2) описать характеристики терапии (количество сеансов, их длительность и частота), которые связаны с эффективностью и неэффективностью в исследованиях.

МЕТОДЫ

Протокол исследования для данного систематического обзора был зарегистрирован в PROSPERO [CRD42018106757].

Определение исследований

Критерии отбора были разработаны с использованием схемы PICO [14]. Работы соответствовали критериям, если они были написаны на английском языке и включали участников старше 18 лет с любым диагнозом психического нарушения с использованием признанных диагностических критериев (МКБ-10 или DSM-V) или валидированной шкалы с заданной пороговым значением. Для включения в обзор во вмешательствах должны были использоваться принципы КПТ по определению NHS [15]. Кроме того, используемая технология ВР должна была включать погружение. ВР с погружением определяется как созданная компьютером виртуальная среда, окружающая пользователя. Она может включать (не ограничиваясь перечисленным) шлем виртуальной реальности с головным дисплеем (HMD) и камеру автоматической виртуальной среды (CAVE). HMD состоит из дисплея для отображения созданного компьютером видео, закрепленного на голове пользователя, с датчиками сетчатки или положения головы, которые определяют изменение положения и передают информацию обратно на создающий среду компьютер [16]. CAVE фактически представляет собой помещение, в котором созданные компьютером визуальные образы проецируются на стены, пол и потолок, и пользователь может свободно перемещаться в ней [17]. Работы исключались при отсутствии у них плана эксперимента (например, серии случаев и обзоры), и если не были описаны процедуры лечения. Учитывались все варианты терапии сравнения и исходы, связанные с психическими нарушениями, включая эффективность терапии, ее целесообразность, приверженность и выбывание.

Поиск по литературе с использованием подробного поиска по базам данных PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Кокрановской библиотеки и NICE Healthcare, был проведен в августе 2018 г. Был также выполнен поиск малоизвестной литературы с использованием OpenGrey и Google Scholar. Стратегия поиска была разработана путем определения значимых ключевых терминов, использовавшихся в предыдущем

обзоре ВР [8] и усовершенствована в сотрудничестве с научным сотрудником по информации. Общие термины поиска включали «виртуальную реальность» И «когнитивную поведенческую терапию» И термины, специфичные для нарушений (см. полный список терминов поиска в Приложении А). В поиске по базам данных сначала использовались названия, резюме и ключевые слова. Было определено четыре основных работы, которые использовались для оценки надежности результатов поиска [1, 8, 18, 19]. Авторы также выполнили поиск вручную по Ежегодному обзору кибернетической терапии и телемедицины и списку ссылок соответствующих работ. При возникновении проблем мы связывались с авторами работ.

Выбор исследований

Выявленные ссылки были перенесены в Endnote, и дублирующиеся записи были исключены. Ссылки затем были перенесены в таблицу Excel. Первый рецензент (MD) выполнял скрининг заголовков и резюме, второй рецензент (NL) выполнял независимый скрининг 25%. В последующем были получены полные тексты потенциально значимых работ, которые опять же независимо оценивались обеими рецензентами. После этого причины исключения указывались в базе данных. Межиндивидуальная надежность скрининга между авторами (MD и NL) с оценкой по каппе Коэна была умеренной (согласованность 60%, $p < 0,0001$). Любые разногласия в процессе скрининга разрешались путем обсуждения и, при необходимости, с привлечением третьего рецензента (VB).

Схема извлечения данных была создана с использованием Excel с пилотной проверкой на пяти исследованиях. Извлеченные данные включали общую информацию относительно критериев включения исследования, методов, описания терапии ВР и резюме по результатам, исходам и выводам.

Анализ данных выполнялся с использованием описательного синтеза [20]. Некоторые характеристики терапии, такие как количество и длительность сеансов, указывались количественно, прочие характеристики терапии, такие как тип применявшейся технологии ВР и место проведения терапии, были упрощены до категориальных переменных для количественного синтеза. Это позволяло синтезировать и интегрировать большое количество сведений в наборе данных. Количественные данные были

импортированы в SPSS для возможности подсчета голосов и статистического анализа различий. Подсчет голосов и количественный синтез (например, t-критерии и Хи-квадрат) использовались для разработки предварительного синтеза, так как они позволяли исследователям определять общие тенденции во включенных исследованиях [20].

Первой целью данного обзора было изучить, как ВР применяется в КПТ для лечения психических нарушений. После синтеза характеристик всех 93 исследований, первая цель данного обзора была достигнута.

Второй целью было описать характеристики терапии, которые связаны с эффективностью и неэффективностью в исследованиях. Для второго анализа были отобраны исследования, направленные на изучение эффективности терапии ВР (62 из 93 исследований). Данные исследования были классифицированы в зависимости от целей и анализировались отдельно.

Наконец, характеристики терапии в исследованиях, в которых была показана более высокая эффективность ВР в сравнении с традиционными методами терапии (например, воздействие *in vivo*) сравнивались с таковыми в исследованиях, в которых была показана неэффективность ВР в сравнении с традиционными методами терапии. Для возможности четкого сравнения, исследования, в которых традиционные методы были равно эффективны, исключались из данного анализа.

Риск систематической ошибки

Два рецензента (MD и NL) независимо оценивали риск систематической ошибки с использованием инструмента оценки качества для количественных исследований [21]. Данный инструмент был специально разработан для исследований в здравоохранении и оценивает шесть компонентов систематической ошибки и качества, включая систематическую ошибку отбора, факторы плана исследования, маскирование, методы сбора данных, исключение и выбывание. Межиндивидуальная надежность между авторами с оценкой по каппе Коэна, была высокой (согласованность 80%, $p < 0,001$). Любые разногласия между двумя рецензентами разрешались путем обсуждения или при консультации с третьим рецензентом (JM). Результаты анализа качества были в дальнейшем внесены в таблицу для определения любых типов систематических ошибок, общих для включенных исследований.

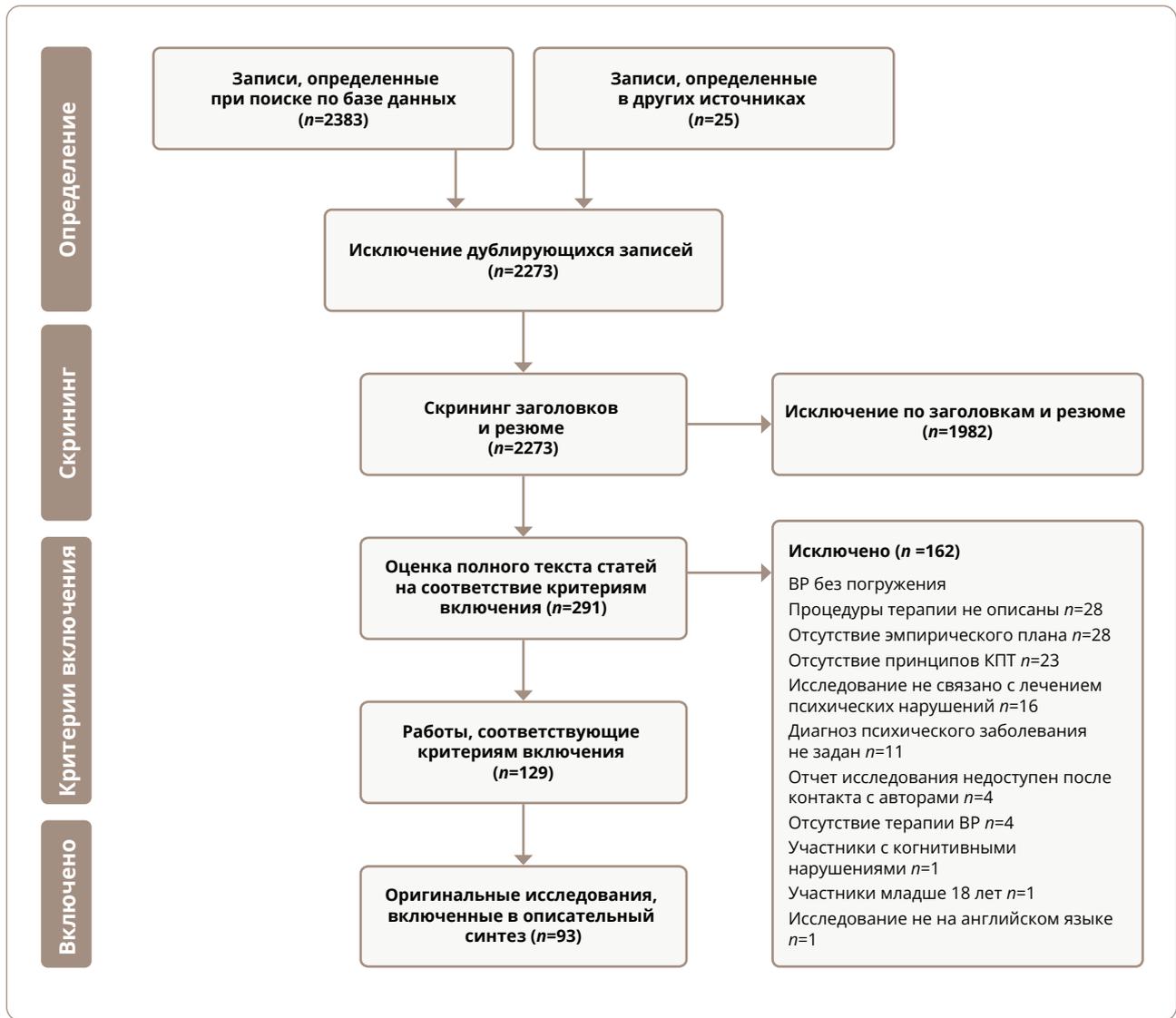


Рисунок 1: Блок-схема PRISMA процесса отбора исследований.

Таблица 1: Распределение оценок качества

Оценка качества	Оценка систематической ошибки отбора	Оценка плана исследования	Оценка сопутствующих переменных	Оценка маскирования	Оценка сбора данных	Оценка исключений
Сильный	16	55	75	8	48	47
Умеренный	36	37	5	18	20	20
Слабый	41	1	13	67	25	26
Тип	Слабый	Сильный	Сильный	Слабый	Сильный	Сильный

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сначала будут представлены процесс отбора исследований и резюме по включенным исследованиям, далее будет представлен общий обзор качества включенных исследований. После этого будут представлены основные результаты по двум целям данного обзора; 1) как ВР применяется в КПТ для лечения психических нарушений и 2) характеристики терапии, которые связаны с эффективностью и неэффективностью в исследованиях.

Отбор и включение исследований

После исключения дублирующихся записей, при поиске было получено 2273 ссылки, из которых 129 работ соответствовали критериям включения в обзор. В 129 работах описывалось 93 отдельных исследования; в 36 работах сообщались данные контрольного наблюдения или вторичные анализы данных 93 оригинальных включенных исследований. 36 работ были объединены с оригинальными исследованиями и анализировались вместе с ними. Наиболее частой причиной исключения было использование методик, не связанных с погружением (например, исследования с использованием экранов компьютера). Блок-схема PRISMA приводится на рис. 1.

Характеристики включенных исследований

Наиболее часто изучаемой группой были тревожные расстройства ($n=80$), далее следовали расстройства пищевого поведения ($n=6$), психозы ($n=3$), злоупотребление веществами ($n=3$) и, наконец, одно исследование депрессии. Большинство исследований были рандомизированными контролируемые исследованиями ($n=48$), далее следовали когортные исследования ($n=27$), нерандомизированные клинические исследования ($n=8$) и прочие дизайны исследований ($n=9$). Средний размер выборки в исследованиях составлял 41 (диапазон 4 – 162), (медиана = 40,7, СКО=35,9, $N=93$).

Оценка качества и риска систематической ошибки во включенных исследованиях

Качество исследований в данном обзоре было преимущественно низким (см. оценку качества отдельных исследований в Приложении В). Была составлена таблица, чтобы изучить, почему исследования часто были низкого качества (табл. 1).

Низкое качество исследований может быть связано с систематической ошибкой отбора. В большинстве исследований либо не сообщалось, откуда были набраны пациенты, либо были включены добровольцы с использованием рекламных материалов. Это могло привести к уровням выбывания ниже ожидаемых, так как желание добровольцев участвовать в исследовании могло быть выше. Кроме того, хотя это логистически сложно, в большинстве исследований не выполнялось маскирование терапии для пациентов или лиц, выполнявших оценку. Это могло привести к систематической ошибке оценки.

Кросс-табуляция между качеством исследований и годом публикации показала, что качество исследований с течением времени не улучшалось.

Как ВР применяется в КПТ для лечения психических нарушений

Для достижения основной цели обзора будут описаны общие характеристики терапии. Резюме по характеристикам терапии приводится во второй колонке табл. 2.

ВР обычно применялась как компонент более обширного протокола терапии ($n=58$). В среднем пациентам предлагалось восемь сеансов терапии, шесть из данных сеансов включали технологию ВР. Первый и последний сеансы были психообразовательными, то есть, определение симптомов и обсуждение профилактики рецидивов [22]. Терапия обычно проводилась один раз в неделю в среднем в течение 78 минут. Средняя длительность компонента ВР в течение данных сеансов составляла 53 минуты.

Терапия ВР преимущественно проводилась с использованием устройства HMD. Во всех исследованиях пациенты получали терапию в виртуальной среде индивидуально. Терапия ВР обычно проводилась терапевтами ($n=38$), при этом только в девяти исследованиях были приведены данные по клиническому обучению терапевта, которое включало дипломное и постдипломное обучение.

В основном количестве исследований не сообщалось о месте проведения терапии, однако, если место терапии было четко указано, терапия проводилась в кабинете терапевта или в клинике. При обычном сеансе терапии ВР пациент надевал HMD, подключенный к компьютеру, которым управлял терапевт.

Экспозиционная терапия в формате виртуальной реальности (VRET) была наиболее часто

применявшейся КПТ (84 из 93 исследований). При VRET пациент постепенно погружается в виртуальную среду, которая вызывает тревогу, например, полет боя в случае пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством [23], или контакт с пауком для пациентов с арахнофобией [22]. Целью является десенсибилизация пациентов к стимулу, вызывающему страх, при постепенном воздействии.

VRET была наиболее часто применявшейся терапией в данном обзоре. В девяти оставшихся исследованиях наблюдалась некоторая изменчивость в определениях, описывающих терапию КПТ, например, КПТ, дополненная средствами ВР, когнитивная терапия ВР и многократные поведенческие экспериментальные тесты. Данные методы терапии будут рассматриваться вместе. Аналогично VRET во всех данных методах терапии используется ВР для воздействия на пациента конкретной виртуальной среды, вызывающей тревогу. Тем не менее, в отличие от VRET целью воздействия является не только десенсибилизация пациента к ситуации, но и возбуждение определенных эмоций или поведения, в отношении которых терапевт в последующем может работать с пациентом. Например, в исследовании расстройства пищевого поведения пациенты погружались в виртуальную среду, которая должна была вызвать эмоции, связанные с массой тела, например, рестораны, покупка одежды и бассейн. Пациенты в данной среде выполняли задачи, такие как взвешивание или примерка одежды, при этом терапевт обсуждал с ними их ощущения и мнения [24]. Аналогично, Pot-Kolder et al. (2018b) [26] применяли ВР для воздействия на пациентов бреда преследования и параноидальных идей в вызывающей стресс социальной обстановке, которая может вызывать страх и параноидальные мысли, например, нахождение в метро или в кафе. В данных виртуальных средах авторы изучали и оспаривали подозрительные мысли и безопасное поведение пациентов и проверяли ожидания вреда.

В одном исследовании [27] автоматические многократные поведенческие эксперименты применялись для лечения боязни высоты. Пациенты в виртуальной среде направлялись виртуальным инструктором для изучения среды и выполнения задач, связанных с высотой (например, спасение кота с высокого уровня). При выполнении этих задач пациенты изучали, насколько безопасно они себя чувствуют

на определенной виртуальной высоте, и часто выясняли, что они чувствуют себя более безопасно, чем ожидалось.

Характеристики терапии, которые связаны с эффективностью и неэффективностью в исследованиях

Исследования, включенные в данный обзор, различались по своим первичным целям, не во всех исследованиях изучалась или сообщалась эффективность терапии. Таким образом, в данном разделе будет сначала представлен обзор всех целей ($n=93$), после чего будет отдельно рассмотрена подгруппа исследований, направленных на изучение эффективности терапии.

Цель работ коррелировала с годом публикации, показывая, что более ранние исследования обычно рассматривали оценку эффективности терапии ВР, в то время как целью более поздних исследований была оценка более дешевых технологий и удаленного проведения терапии. Резюме по целям исследований приводится в табл. 3.

Эффективность терапии ВР в отдельных популяциях пациентов

Из 20 исследований с использованием плана многократных измерений для изучения эффективности терапии ВР в конкретной популяции пациентов, во всех исследованиях ВР была признана эффективной терапией для лечения тревожных нарушений [119, 120, 121], злоупотребления веществами [31] и расстройств пищевого поведения [122]. Например, в когортном исследовании, включавшем 20 случаев посттравматического стрессового расстройства, связанного с участием в боевых действиях, сообщалось, что после вмешательства VRET, 80% пациентов более не соответствовали критериям посттравматического стрессового расстройства [23]. Другое когортное исследование у 48 взрослых пациентов с никотиновой зависимостью показало, что воздействие ВР снижало желание курить у пациентов [32]. Riva et al. (2002) [122] также использовали план когортного исследования у 57 пациентов с ожирением и компульсивным перееданием и сообщили, что КПТ с усилением ВР приводила к улучшению удовлетворенности пациентов своим телом.

Различные характеристики терапии в исследованиях, в которых была показана эффективность терапии ВР в отдельных популяциях, приводятся в табл. 2.

Таблица 2: Краткое изложение фактических данных, характеристика терапии VR

	Все исследования применения терапии VR в рамках КПТ		Исследования, в которых терапия VR оказалась эффективной в определенной популяции		Исследования, в которых терапия VR оказалась эффективной по сравнению с группой листа ожидания		Исследования, в которых терапия VR оказалась эффективной по сравнению с «традиционной» психотерапией		Исследования, в которых терапия VR оказалась эффективной и неэффективной терапией VR между собой		
	Среднее значение (SD)/N (%)	Всего N=93	Среднее значение (SD)/N (%)	Всего N=20	Среднее значение (SD)/N (%)	Всего N=7	Среднее значение (SD)/N (%)	Всего N=19	Среднее значение (SD)/N (%)	Всего N=3	
Характеристика терапии VR											
Общее количество терапевтических сессий	7,6 (5,6)	86	8,6 (5,5)	18	9,6 (5,2)	5	9,5 (7,5)	18	10,0 (0,0)	3	
Количество сессий VR	5,7 (3,5)	86	7,2 (2,9)	20	6,8 (5,4)	5	6,4 (3,5)	18	7,0 (1,0)	3	
Длительность сессий (в минутах)	78,3 (45,1)	73	54,0 (26,6)	15	86,4 (55,0)	6	74,7 (39,3)	16	85,0 (22,9)	3	
Длительность сессий VR (в минутах)	53,2 (24,2)	70	46,3 (27,5)	14	53,7 (27,8)	5	59,0 (24,6)	16	50,8 (11,8)	3	
Частота проведения сессий	11 (14,3%) 37 (48,1%) 21 (27,3%) 4 (5,2%) 1 (1,3%) 3 (3,9%)	77	— 10 (62,5%) 5 (31,3%) — 1 (6,3%)	16	3 (50%) 2 (33,3%) 1 (16,7%)	6	2 (12,5%) 7 (43,8%) 4 (25%) 2 (12,5%) — 1 (6,3%)	16	— — 1 (50%) — — 1 (50%)	2	Хи—квадрат рассчитать невозможно
Устройство VR	85 (86,7%) 2 (2,2%) 4 (4,3%) 2 (2,2%)	93	20 (100%) — — —	20	7 (100%) — — —	7	17 (89,5%) — — 2 (10,5%)	19	2 (66,7%) — 1 (33,7)	3	Хи—квадрат рассчитать невозможно
Наголовный дисплей (HMD)											
Комната виртуальной реальности (CAVE)											
HMD и CAVE											
Нейроинтерфейс с VR											
Медицинский работник	38 (53,5%) 15 (21,1%) 12 (16,9%) 5 (7%) 1 (1,4%)	71	9 (64,3%) 3 (21,4%) 2 (14,3%) — —	14	4 (57,1%) — 2 (28,6%) 1 (14,3%) —	7	7 (50%) 3 (21,4%) 3 (21,4%) — 1 (7,1%)	14	1 (33,3%) 1 (33,3%) — 1 (33,3%) —	3	Хи—квадрат рассчитать невозможно
Врач											
Студенты (аспирант/докторант/клинический ординатор)											
Психолог											
Клинический психолог											
Стоматолог											
Место проведения лечения	19 (36,5%) 18 (34,6%) 12 (23,1%) 3 (5,8%)	52	6 (50%) 3 (25%) 3 (25%) —	12	2 (50%) 1 (25%) 1 (25%) —	4	4 (40%) 2 (20%) 4 (40%) —	10	— 2 (100%) — —	2	Хи—квадрат рассчитать невозможно
Кабинет врача / амбулаторная клиника											
Университетская лаборатория											
Стационар											
На дому											
Виды проведенного в рамках КПТ лечения	84 (90,3%) 5 (5,4%) 3 (3,2%) 1 (1,1%)	93	19 (95%) 1 (5%)	20	6 (85,7%) 1 (14,3%) — —	7	13 (68,4%) 4 (21,1%) 1 (5,3%) 1 (5,3%)	19	3 (100%) — — —	3	Хи—квадрат рассчитать невозможно
Экспозиционная терапия в виртуальной реальности											
КПТ в виртуальной реальности											
Когнитивная психотерапия в виртуальной реальности											
Повторные поведенческие контрольные эксперименты											

Таблица 3: Резюме по целям исследований (основные* исследования, включенные в анализ второй цели)

Цель (N=93)	Исследования, в которых была показана эффективность терапии ВР (N=46)	Исследования, в которых не была показана эффективность терапии ВР в сравнении с контрольными группами (N=3)	Исследования, в которых не было выявлено значимых различий между терапией ВР и контрольными группами (N=13)	Исследования, в которых не изучалась эффективность терапии (N=31)
*Эффективность терапии ВР в конкретной популяции пациентов (N=20)	23,28-46	Исследования отсутствуют	Исследования отсутствуют	Неприменимо
*Эффективность терапии ВР по сравнению со списком ожидания (N=8)	47-53	Исследования отсутствуют	54	Неприменимо
Значимость присутствия в среде ВР (N=3)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	55-57
Экономическая эффективность терапии ВР (N=1)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	6
*Эффективность терапии ВР в сравнении с традиционными методами терапии (N=34)	58-77	78-80	22,81-91	Неприменимо
Возможно ли улучшение терапии ВР с включением дополнительных переменных (N=21)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	92-112
Предпочтения пациентов и приемлемость (N=2)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	113,114
Возможность применения терапии ВР с более дешевым потребительским оборудованием (N=1)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	115
Возможность проведения удаленной терапии с использованием технологии ВР (N=3)	Неприменимо	Неприменимо	Неприменимо	116-118

Данные исследования обычно включали небольшой размер выборки (медиана = 25,4, СКО = 26,8, N=20). Лечение в среднем включало девять сеансов, ВР применялась в семи из данных сеансов. Терапия проводилась один раз в неделю со средней длительностью 54 минуты.

Эффективность терапии ВР по сравнению со списком ожидания

Аналогично исследованиям, в которых изучалась эффективность терапии ВР в конкретной популяции пациентов, в большинстве исследований сообщалось, что терапия ВР была относительно более эффективной в сравнении с контролем в списках ожидания (n=7). В контролируемом клиническом исследо-

вании у 23 пациентов с арахнофобией сообщалось, что VRET была эффективна в лечении данной фобии. У восьмидесяти трех процентов пациентов в группе VRET наблюдались значимые клинические улучшения в сравнении с отсутствием улучшений в группе списка ожидания [49]. РКИ у 116 пациентов с психическим расстройством показало, что КПТ-ВР не повышала длительность времени, которое пациенты проводят с другими людьми, но значительно улучшало моментные параноидальные идеи и тревогу у пациентов. Данные улучшения сохранялись в течение шести месяцев после завершения терапии контрольного наблюдения [26].

Только в одном РКИ у 32 пациентов с общим тревожным расстройством сообщалось, что однократный

сеанс ВР был недостаточно эффективен в сравнении с группой списка ожидания [54].

В четвертой колонке в табл. 2 представлены отдельные данные по характеристикам терапии в исследованиях, которые показали, что терапия ВР была эффективнее контрольной группы списка ожидания. Характеристики терапии были аналогичны таковым в исследованиях, которые изучали эффективность ВР в конкретной популяции. Например, в исследованиях было проведено в среднем 10 сеансов, семь из которых включали ВР.

Эффективность терапии ВР в сравнении с традиционными методами терапии

Большинство исследований в данном обзоре было направлено на изучение эффективности терапии ВР в сравнении с традиционными методами терапии. Тридцать одно из 34 исследований (91,2%) оценивали терапию ВР как аналогично эффективную или более эффективную в сравнении с традиционными методами терапии. В табл. 4 приводится резюме по эффективности терапии ВР в сравнении с прочими традиционными методами терапии.

В трех РКИ терапия ВР была признана более эффективной в сравнении с традиционными методами терапии. В двух из них эффективность VRET сравни-

валась с экспозиционной терапией *in vivo*, в ходе которой пациенты физически контактируют с вызывающими страх стимулами. Meyerbroeker et al. (2013) [79] рандомизировали 55 пациентов с агорафобией и показали, что воздействие *in vivo* снижало выраженность паники у пациентов более чем VRET. Аналогично, Kampmann et al. (2016) [78] рандомизировали 60 пациентов с социальным тревожным расстройством и отметили, что воздействие *in vivo* снижало симптомы социальной тревоги пациентов. В другом РКИ эффективность VRET сравнивалась с длительным воздействием у 162 пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, связанным с участием в боевых действиях. По данным контрольного наблюдения через три и шесть месяцев сообщалось, что длительное воздействие значительно снижало больше симптомов посттравматического стрессового расстройства в сравнении с VRET [80].

Количество исследований, в которых сообщались отрицательные результаты, было минимальным ($n=3$). Несмотря на небольшое количество отрицательных результатов, исследования с эффективной и неэффективной терапией ВР сравнивались с использованием *t*-критерия. Исследования, в которых было показано, что терапия ВР менее эффективна, чем стандартные методы терапии, характеризовались большим

Таблица 4: Резюме по эффективности терапии ВР в сравнении с прочими традиционными методами терапии

Эффективность терапии ВР в сравнении с традиционными методами терапии (N=34)	Терапия ВР более эффективна (N=3)	Терапия ВР также эффективна (N=12)	Терапия ВР более эффективна (N=19)
Воздействие <i>in vivo</i> (N=11)	78,79	19,22,81,84,86,90	69,71,123
КПТ (N=7)	—	85,124	65,67,68,72,125
Воображаемое воздействие (N=3)	—	126,127	
Психообразование (N=2)	—	—	128,129
Обычная терапия (N=2)	—	—	27,63
Библиотерапия (N=1)	—	—	110
Длительное воздействие (N=1)	80	—	—
Интегрированная психотерапия (N=1)	—	—	77
Заместительная терапия никотином (N=1)	—	—	59
Информационные буклеты (N=1)	—	—	75
Контрольное воздействие (N=1)	—	88	—
Плацебо внимания (N=1)	—	—	130
Компьютерное воздействие (N=1)	—	131	—
Группа релаксации (N=1)	—	—	64

размером выборки (медиана = 92,3) в сравнении с исследованиями, которые показали, что терапия ВР была эффективнее (медиана = 48,8). Тем не менее, данное различие не было значимым ($T=-1,8$, $DF=20$, $P=0,09$).

Также были получены данные в отношении уровней выбывания участников. Причины выбывания пациентов из групп терапии ВР включали воздействие ВР, которое не вызывало уровня тревоги, требуемого для десенсибилизации [76], ощущение тошноты при ВР и конфликт с дневниками пациентов [130]. Причины выбывания пациентов из групп традиционной терапии включали нежелание воздействия *in vivo* [71], неудовлетворенность распределением по группам терапии и желание оплатить терапию ВР [69]. В исследованиях, которые показали, что терапия ВР была более эффективна чем традиционная терапия, сообщалось о значительно более низких уровнях выбывания при ВР (медиана = 15,1%) в сравнении с терапией, которая считается традиционной и превосходящей терапию ВР (медиана = 39%) ($T=-2,4$, $DF=13$, $P=0,04$).

Таким образом, выбывание пациентов было временной, связанной с успешностью терапии ВР. Прочие переменные терапии, такие как количество и длительность сеансов, были весьма аналогичны для двух вариантов исхода. См. также табл. 2, колонка б, где приводится сравнение переменных.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основные результаты

Терапия ВР преимущественно используется в лечении тревожных нарушений, и лечение обычно проводится в форме терапии воздействия. ВР обычно применялась как компонент более обширного протокола терапии. В среднем пациентам предлагалось восемь сеансов терапии, шесть из данных сеансов включали технологию ВР. Сеансы обычно проводилась один раз в неделю в среднем в течение 53 минут.

Несмотря на в целом слабое качество доказательных данных, терапия ВР представляется сравнимой по эффективности с традиционной индивидуальной терапией. Характеристики терапии, такие как количество и длительность сеансов, были весьма схожи между исследованиями, в которых терапия ВР была признана эффективной, и исследованиями, в которых была показана неэффективность терапии ВР. Тем не менее, уровни выбывания пациентов были значительно ниже в исследованиях, в которых терапия

ВР была эффективной в сравнении с теми исследованиями, в которых терапия ВР была неэффективной.

Сравнение с литературными данными

Это первый обзор, в котором рассматривается, как ВР применяется в КПТ (психотерапевтический подход) для лечения ряда психических нарушений. Предыдущие обзоры ВР были направлены на предоставление общего обзора данной области [8] или сообщение исходов при конкретных диагнозах [2].

Результаты данного обзора подтверждают результаты предыдущего обзора в том, что, ВР является приемлемым и перспективным методом терапии психических нарушений [4]. Она может применяться для когнитивной реабилитации, тренировки социальных навыков и для терапии психозов с применением ВР [5]. VRET так же эффективна, как воздействие *in vivo* при лечении тревожных расстройств [3].

Тем не менее, вне зависимости от широкого спектра методов терапии КПТ и их применения, исследования терапии ВР по-прежнему в основном направлены на экспозиционную терапию тревожных расстройств [8, 132]. Исследования различных типов терапии КПТ, например, групповой терапии, остаются ограниченными, и ограничено количество исследований данных методов при различных патологиях, например, у пациентов с аффективными расстройствами [8, 133, 134].

В недавнем обзоре Freeman et al. (2017) [8] выделили доказательные данные о том, что частота отказа от лечения при применении ВР может быть ниже. Настоящий обзор подтверждает эти данные; в целом, частота отказа от лечения в группах ВР была ниже в сравнении с традиционными методами терапии. Тем не менее, как и в обзоре Freeman, так как различия в частоте могли быть связаны с качеством индивидуальной терапии, в настоящем обзоре также невозможно сделать каких-либо четких выводов о данных различиях, но подчеркивается важность проведения качественной терапии в исследованиях.

Сильные стороны и ограничения

Это первый обзор, в котором обобщены данные о том, как КПТ применяется при ВР для лечения психических нарушений. Общие характеристики терапии (например, восемь сеансов один раз в неделю в течение около одного часа), определенные в данном

обзоре, могут потенциально предотвратить затраты исследователей на разработку собственных вмешательств. Использование общих характеристик терапии, выявленных в данном обзоре, может потенциально позволить исследователям изучать новые методы терапии ВР или изучать применение ВР при диагнозах, на которые обращалось меньше внимания.

Схема терапии, разработанная в данном обзоре (т.е., восемь сеансов один раз в неделю в течение примерно одного часа с использованием НМД), может иметь потенциальное клиническое значение. Отсутствие руководств по терапии ВР может стать возможным препятствием к применению ВР в стандартной клинической практике. Основываясь на схеме терапии, разработанной в данном обзоре, терапевты или клиницисты могут с большей уверенностью предлагать своим пациентам КПТ на основе терапии ВР.

Результаты данного обзора следует рассматривать в контексте их ограничений. Обзор включал высокий объем работ по данным оригинальных исследований. Многие авторы использовали данные нескольких исследований, и некоторые авторы не приводили ссылок на их источники данных. Это может затруднить выделение оригинальных исследований из работ вторичного анализа. Было потрачено значительное количество времени на сопоставление работ, и исследования сравнивались на наличие схожих и различающихся характеристик. Следовательно, хотя потенциальный риск избыточного представления некоторых исследований минимален, его нельзя полностью исключить. Тем не менее, так как результаты преимущественно синтезировались описательно в соответствии с характеристиками и методами терапии, это будет оказывать минимальное влияние на полученные результаты.

Второй целью данного исследования было описание общих характеристик эффективных и неэффективных методов КПТ. Несмотря на обширные критерии поиска в обзоре и стратегию поиска, на данный обзор могла повлиять систематическая ошибка публикаций. Публикация отрицательных результатов менее вероятна. В данном обзоре было выявлено только три недавних исследования, в которых сообщалось о меньшей эффективности терапии ВР. Это может быть показателем систематической ошибки задержки по времени, когда сначала публикуются положительные результаты, а отрицательные результаты

публикуются позже. Таким образом, раздел результатов данного обзора, сравнивающий общие характеристики эффективных и неэффективных методов КПТ, следует интерпретировать с осторожностью.

Кроме того, в данном обзоре были только установлены причинные связи без формального тестирования данных связей, например, по данному обзору нельзя сделать вывод, что снижение количества сеансов с восьми до пяти приведет к снижению эффективности терапии. Тем не менее, анализ, выполненный в данном обзоре и созданная схема основаны на наилучших имеющихся доказательных данных, хотя требуются будущие исследования для проверки полученной схемы.

ВЫВОДЫ

Это первый обзор, в котором обобщены данные по характеристикам терапии КПТ и используемым методам ВР для лечения психических расстройств. Общие характеристики терапии включают в общей сложности восемь сеансов терапии один раз в неделю в течение около одного часа, что может быть использовано будущими исследователями как шаблон терапии. Это может сэкономить время и ресурсы исследователей, разрабатывающих собственные вмешательства. Это также может позволить исследователям изучать новые методы терапии ВР или применение ВР при диагнозах, которым уделялось меньше внимания в исследованиях.

Благодарность: авторы хотят поблагодарить библиотекаря факультета Полу Фаннел за помощь со стратегией поиска в данном исследовании, Фонд треста Восточного Лондона, который спонсировал данное исследование, и исследователей Отдела социальной и общественно психиатрии, которые предоставили отзывы по ранним версиям данной работы.

Вклад авторов: Мёрв Дилгул: определение концепции, методология, формальный анализ, написание статьи, рецензирование и редактирование. Жасмин Джейд Мартинез: формальный анализ. Нилам Лаксман: формальный анализ. Стефан Прибе: определение концепции, методология, руководство. Виктория Берд: определение концепции, методология, написание статьи и редактирование, руководство.

Финансирование: исследование финансировалось Фондом NHS Восточного Лондона в рамках проекта докторской диссертации. Спонсор исследования не участвовал в планировании исследования, сборе данных, анализе данных, интерпретации данных или написании отчета. Ответственный автор имел полный доступ ко всем данным исследования и принял окончательное решение о представлении статьи для публикации.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Dilgul M, Martinez J, Laxhman N, Priebe S, Bird V. Cognitive behavioural therapy in virtual reality treatments across mental health conditions: a systematic review. *Consortium Psychiatricum*. 2020;1(1):CP10.17650/2712-7672-2020-1-1-30-46. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-30-46.

Автор, ответственный за переписку:

Мёрв Дилгул

m.dilgul@qmul.ac.uk

Список литературы

1. Maples-Keller JL, Bunnell BE, Kim S-J, Rothbaum BO. The Use of Virtual Reality Technology in the Treatment of Anxiety and Other Psychiatric Disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(3):103-113. doi: 10.1097/HRP.000000000000138
2. Zeng N, Pope Z, Lee J, Gao Z. Virtual Reality Exercise for Anxiety and Depression: A Preliminary Review of Current Research in an Emerging Field. *J Clin Med*. 2018;7(3):42. doi: 10.3390/jcm7030042
3. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, et al. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord*. 2019. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.08.003
4. Clus D, Larsen ME, Lemey C, Berruiguet S. The use of virtual reality in patients with eating disorders: Systematic review. *J Med Internet Res*. 2018. doi: 10.2196/jmir.7898
5. Rus-Calafell M, Garety P, Sason E, Craig TJK, Valmaggia LR. Virtual reality in the assessment and treatment of psychosis: a systematic review of its utility, acceptability and effectiveness. *Psychol Med*. 2018. doi: 10.1017/S0033291717001945
6. Wood DP, Murphy J, McLay R, et al. Cost effectiveness of virtual reality graded exposure therapy with physiological monitoring for the treatment of combat related post traumatic stress disorder. *Annu Rev CyberTherapy Telemed*. 2009.
7. Baños RM, Guillen V, Quero S, García-Palacios A, Alcaniz M, Botella C. A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program. *Int J Hum Comput Stud*. 2011;69(9):602-613. doi: 10.1016/j.ijhcs.2011.06.002
8. Freeman D, Reeve S, Robinson A, et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychol Med*. 2017;47(14):2393-2400. doi: 10.1017/S003329171700040X
9. Oxford English Dictionary. Oxford English Dictionary Online. Oxford English Dictionary.
10. Riva G. Virtual Reality in Psychotherapy: Review. *CyberPsychology Behav*. 2005;8(3):220-230. doi: 10.1089/cpb.2005.8.220
11. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
12. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. INTUNIVPRESS, NEW YORK. 1976.
13. Fenn K, Byrne M. The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT Educ Inspir Gen Pract*. 2013;6(9):579-585. doi: 10.1177/1755738012471029
14. Davies KS. Formulating the evidence based practice question: A review of the frameworks. *Evid Based Libr Inf Pract*. 2011. doi: 10.18438/B8WS5N
15. NHS choices. Cognitive behavioural therapy (CBT). <https://www.nhs.uk/conditions/cognitive-behavioural-therapy-cbt/>. Published 2016. Accessed July 25, 2018.
16. Barfield W, Furness TA. *Virtual Environments and Advanced Interface Design*.; 1995. doi: 10.1016/0160-9327(96)88424-9
17. Cruz-Neira C, Sandin D, DeFanti T. Surround-screen projection-based virtual reality: the design and implementation of the CAVE. ... 20Th Annu Conf 1993. doi: 10.1145/166117.166134
18. Falconer CJ, Rovira A, King JA, et al. Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. *Br J Psychiatry Open*. 2016;2(1):74-80. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.002147
19. Wallach HS, Safir MP, Bar-Zvi M. Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Public Speaking Anxiety. *Behav Modif*. 2009;33(3):314-338. doi: 10.1177/0145445509331926
20. Popay J, Roberts H, Sowden A, et al. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. A Prod from ESRC Methods Program. 2006;(April 2006):211-219. doi: 10.1111/j.1523-536x.1995tb00261
21. Effective Public Health Practice Project. Quality assessment tool for quantitative studies. *Eff Public Heal Pract Proj*. 2010:2-5. [http://www.epphp.ca/PDF/Quality Assessment Tool_2010_2.pdf](http://www.epphp.ca/PDF/Quality%20Assessment%20Tool_2010_2.pdf)0Ahttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:QUALITY+ASSESSMENT+TOOL+FOR+QUANTITATIVE+STUDIES#1.
22. Michalyszyn D, Marchand A, Bouchard S, Martel M-O, Poirier-Bisson J. A Randomized, Controlled Clinical Trial of In Virtuo and In Vivo Exposure for Spider Phobia. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2010. doi: 10.1089/cyber.2009.0277
23. Rizzo A, Difede J, Rothbaum BO, et al. Development and early evaluation of the Virtual Iraq/Afghanistan exposure therapy system for combat-related PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1208(1):114-125. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05755.x
24. Riva G, Bacchetta M, Baruffi M, Molinari E. Virtual-Reality-Based Multidimensional Therapy for the Treatment of Body Image Disturbances in Binge Eating Disorders : A Preliminary Controlled Study. 2002;6(3):224-234.
25. Pot-Kolder R, Geraets CNW, Veling W, et al. Effects of virtual reality based cognitive behavioural therapy for paranoid ideation and social avoidance in patients with a psychotic disorder:

- a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2018. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30053-1
26. Pot-Kolder R, Geraets CNW, Veling W, et al. Effects of virtual reality based cognitive behavioural therapy for paranoid ideation and social avoidance in patients with a psychotic disorder: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2018;in press(18):1-10. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30053-1
 27. Haselton P, Denne M, Freeman J, et al. Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(8):625-632. doi: 10.1016/s2215-0366(18)30226-8
 28. Anderson PL, Zimand E, Hodges LF, Rothbaum BO. Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depress Anxiety*. 2005. doi: 10.1002/da.20090
 29. Malbos E, Mestre DR, Note ID, Gellato C. Virtual Reality and Claustrophobia: Multiple Components Therapy Involving Game Editor Virtual Environments Exposure. *CyberPsychology Behav*. 2008. doi: 10.1089/cpb.2007.0246
 30. McLay R, Ram V, Murphy J, et al. Effect of Virtual Reality PTSD Treatment on Mood and Neurocognitive Outcomes. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2014;17(7):439-446. doi: 10.1089/cyber.2013.0383
 31. Pericot-Valverde I, García-Rodríguez O, Gutiérrez-Maldonado J, Secades-Villa R. Individual variables related to craving reduction in cue exposure treatment. *Addict Behav*. 2015. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.05.013
 32. Pericot-Valverde I, Secades-Villa R, Gutiérrez-Maldonado J, García-Rodríguez O. Effects of systematic cue exposure through virtual reality on cigarette craving. *Nicotine Tob Res*. 2014;16(11):1470-1477. doi: 10.1093/ntr/ntu104
 33. Riva G, Bacchetta M, Baruffi M, Cirillo G, Molinari E. Virtual reality environment for body image modification: A multidimensional therapy for the treatment of body image in obesity and related pathologies. In: *Cyberpsychology and Behavior*. ; 2000. doi: 10.1089/10949310050078887
 34. Rothbaum BO, Hodges LF, Ready D, Graap K, Alarcon RD. Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001. doi: 10.4088/JCP.v62n0808
 35. Wald J. Efficacy of virtual reality exposure therapy for driving phobia: A multiple baseline across-subjects design. *Behav Ther*. 2004. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80035-2
 36. Walshe DG, Lewis EJ, Kim SI, O'Sullivan K, Wiederhold BK. Exploring the Use of Computer Games and Virtual Reality in Exposure Therapy for Fear of Driving Following a Motor Vehicle Accident. *CyberPsychology Behav*. 2003;6(3):329-334. doi: 10.1089/109493103322011641
 37. Wiederhold BK, Jang DP, Kim SI, Wiederhold MD. Physiological monitoring as an objective tool in virtual reality therapy. *Cyberpsychology Behav*. 2002. doi: 10.1089/109493102753685908
 38. Znaidi F, Viaud-Delmon I, Jouvent R. Generic virtual reality treatment applied to space-related phobias. *Annu Rev CyberTherapy Telemedicine Vol 4*. 2006.
 39. Baños RM, Botella C, Perpiñá C, et al. Virtual reality treatment of flying phobia. *IEEE Trans Inf Technol Biomed*. 2002;6(3 SPEC.):206-212. doi: 10.1109/TITB.2002.802380
 40. Beidel DC, Frueh BC, Neer SM, Lejuez CW. The efficacy of Trauma Management Therapy: A controlled pilot investigation of a three-week intensive outpatient program for combat-related PTSD. *J Anxiety Disord*. 2017. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.05.001
 41. Botella C, Baños RM, Villa H, Perpiñá C, García-Palacios A. Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behav Ther*. 2000. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80032-5
 42. Botella-Arbona C, Osma J, García-Palacios A, Quero S, Baños RM. Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clin Psychol Psychother*. 2004. doi: 10.1002/cpp.404
 43. Coelho CM, Santos JA, Silvério J, Silva CF. Virtual reality and acrophobia: One-year follow-up and case study. *Cyberpsychology Behav*. 2006. doi: 10.1089/cpb.2006.9.336
 44. Côté S, Bouchard S. Documenting the efficacy of virtual reality exposure with psychophysiological and information processing measures. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2005. doi: 10.1007/s10484-005-6379-x
 45. Herbelin B, Riquier F, Grillon H, Thalmann D. Virtual reality as a therapeutic tool in the confines of social anxiety disorder treatment. *Int J Disabil Hum Dev*. 2006. doi: 10.1515/IJDHD.2006.5.3.243
 46. Kahan M, Tanzer J, Darvin D, Borer F. Virtual reality-assisted cognitive-behavioral treatment for fear of flying: Acute treatment and follow-up. In: *Cyberpsychology and Behavior*. ; 2000. doi: 10.1089/10949310050078832
 47. Bullinger A, Angehrn I, Wiederhold B, Mueller-Spahn F, Mager R. Treating acrophobia in a virtual environment. *Annu Rev cybertherapy Telemed*. 2005.
 48. Difede JA, Cukor J, Jayasinghe N, et al. Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiatry*. 2007.
 49. Garcia-Palacios A, Hoffman H, Carlin A, Furness TA, Botella C. Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behav Res Ther*. 2002;40(9):983-993. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12296495>.
 50. Harris SR, Kemmerling RL, North MM. Brief Virtual Reality Therapy for Public Speaking Anxiety. *CyberPsychology Behav*. 2003. doi: 10.1089/109493102321018187
 51. Loucks L, Yasinski C, Norrholm SD, et al. You can do that?: Feasibility of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD due to military sexual trauma. *J Anxiety Disord*. 2019. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.06.004
 52. Pot-Kolder RMCA, Geraets CNW, Veling W, et al. Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2018. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30053-1
 53. Rothbaum BO, Hodges L, Smith S, Lee JH, Price L. A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *J Consult Clin Psychol*. 2000. doi: 10.1037/0022-006X.68.6.1020
 54. Moldovan R. One session treatment of cognitive and behavioral therapy and virtual reality for social and specific phobias. Preliminary results from a randomized clinical trial Narrative therapy and genetic counselling View project Genetic counselling practice in Euro. 2014. <https://www.researchgate.net/publication/267842953>.
 55. Krijn M, Emmelkamp PMG, Biemond R, de Wilde de Ligny C, Schuemie MJ, van der Mast CAPG. Treatment of acrophobia in virtual reality: the role of immersion and presence. *Behav Res Ther*. 2004;42(2):229-239. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00139-6
 56. Meyerbröker K, Morina N, Kerkhof G, Emmelkamp PMG. Virtual reality exposure treatment of agoraphobia: A comparison

- of computer automatic virtual environment and head-mounted display. *Annu Rev CyberTherapy Telemed.* 2011.
57. Price M, Anderson P. The role of presence in virtual reality exposure therapy. 2007;21:742-751. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.11.002
 58. Beidel DC, Frueh BC, Neer SM, et al. Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord.* 2019;61(August):64-74. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.08.005
 59. Bordnick PS, Traylor AC, Carter BL, Graap KM. A Feasibility Study of Virtual Reality-Based Coping Skills Training for Nicotine Dependence. *Res Soc Work Pract.* 2012. doi: 10.1177/1049731511426880
 60. Lima J, McCabe-Bennett H, Antony MM. Treatment of Storm Fears Using Virtual Reality and Progressive Muscle Relaxation. *Behav Cogn Psychother.* 2018. doi: 10.1017/S1352465817000674
 61. Maltby N, Kirsch I, Mayers M, Allen GJ. Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *J Consult Clin Psychol.* 2002. doi: 10.1037/0022-006X.70.5.1112
 62. Marco JH, Perpiñá C, Botella C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Res.* 2013;209(3):619-625. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.023
 63. McLay RN, Wood DP, Webb-Murphy JA, et al. A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* 2011. doi: 10.1089/cyber.2011.0003
 64. Mühlberger A, Herrmann MJ, Wiedemann G, Ellgring H, Pauli P. Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behav Res Ther.* 2001. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00076-0
 65. Riva G, Bacchetta M, Baruffi M, Molinari E. Virtual-reality-based multidimensional therapy for the treatment of body image disturbances in binge eating disorders: A preliminary controlled study. *IEEE Trans Inf Technol Biomed.* 2002. doi: 10.1109/TITB.2002.802372
 66. Ferrer-García M, Gutiérrez-Maldonado J, Pla-Sanjuanelo J, et al. RESEARCH ARTICLE A Randomised Controlled Comparison of Second-Level Treatment Approaches for Treatment-Resistant Adults with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder : Assessing the Benefits of Virtual Reality Cue Exposure Therapy. 2017;(2004). doi: 10.1002/erv.2538
 67. Riva G, Bacchetta M, Cesa G, Conti S, Molinari E. The use of VR in the treatment of eating disorders. *Stud Health Technol Inform.* 2004. doi: 10.3233/978-1-60750-943-1-121
 68. Vincelli F, Anolli L, Bouchard S, Wiederhold BK, Zurloni V, Riva G. Experiential cognitive therapy in the treatment of panic disorders with agoraphobia: A controlled study. *Cyberpsychology Behav.* 2003. doi: 10.1089/109493103322011632
 69. Wiederhold BK, Grevirtz RN, Spira J. Virtual reality exposure therapy vs. imagery desensitization therapy in the treatment of flying phobia. *Toward CyberPsychology Mind, Cogn Soc Internet Age.* 2003;(September 2015):253-272. http://www.glueckswissenschaft.de/pdf-Dateien/Flugangst_und_VRET-Konfrontationstherapie.PDF.
 70. Botella C, Villa H, Garcia-Palacios A, Quero S, Banos RM, Alcaniz M. The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia. *Stud Health Technol Inform.* 2004;99(May 2014):73-90. doi: 10.3233/978-1-60750-943-1-73
 71. Bouchard S, Dumoulin S, Robillard G, et al. Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: A three-arm randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2017;210(4):276-283. doi: 10.1192/bjp.bp.116.184234
 72. Cesa GL, Manzoni GM, Bacchetta M, et al. Virtual reality for enhancing the cognitive behavioral treatment of obesity with binge eating disorder: Randomized controlled study with one-year follow-up. *J Med Internet Res.* 2013. doi: 10.2196/jmir.2441
 73. Freeman D, Haselton P, Freeman J, et al. Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry.* 2018. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30226-8
 74. Gamito P, Oliveira J, Morais D, et al. Virtual reality therapy controlled study for war veterans with PTSD. preliminary results. *Annu Rev CyberTherapy Telemed.* 2009.
 75. Gujjar KR, Van Wijk A, Sharma R, De Jongh A. Virtual Reality Exposure Therapy for the Treatment of Dental Phobia: A Controlled Feasibility Study. *Behav Cogn Psychother.* 2018;46(3):367-373. doi: 10.1017/S1352465817000534
 76. Krijn M, Emmelkamp PMG, Ólafsson RP, et al. Fear of flying treatment methods: Virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy. *Aviat Sp Environ Med.* 2007.
 77. La Paglia F, La Cascia C, Rizzo R, Sideli L, Francomano A, La Barbera D. Cognitive rehabilitation of schizophrenia through NeuroVr training. In: *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2013: Positive Technology and Health Engagement for Healthy Living and Active Ageing.* ; 2013. doi: 10.3233/978-1-61499-282-0-158
 78. Kampmann IL, Emmelkamp PMG, Hartanto D, Brinkman WP, Zijlstra BJH, Morina N. Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2016;77:147-156. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.016
 79. Meyerbroeker K, Morina N, Kerkhof GA, Emmelkamp PMG. Virtual reality exposure therapy does not provide any additional value in agoraphobic patients: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013. doi: 10.1159/000342715
 80. Reger GM, Koenen-Woods P, Zetocha K, et al. Randomized Controlled Trial of Prolonged Exposure Using Imaginal Exposure vs. Virtual Reality Exposure in Active Stress Disorder (PTSD) Randomized Controlled Trial of Prolonged Exposure Using Imaginal Expos. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(11):946-959. doi: 10.1037/ccp0000134
 81. Anderson PL, Price M, Edwards SM, et al. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2013;81(5):751-760. doi: 10.1037/a0033559
 82. Tortella-Feliu M, Botella C, Llabrés J, et al. Virtual reality versus computer-aided exposure treatments for fear of flying. *Behav Modif.* 2011. doi: 10.1177/0145445510390801
 83. Wallach HS, Safir MP, Bar-Zvi M. Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: A randomized clinical trial. *Behav Modif.* 2009. doi: 10.1177/0145445509331926
 84. Botella C, Gracia-Palacios A, Villa H, et al. Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clin Psychol Psychother.* 2007. doi: 10.1002/cpp.524
 85. Chiriță V, Ilinca M, Chiriță R, Bîșcă M, Chele G. Virtual therapy in patients with depression. Preliminary observation. *Annu Rev CyberTherapy Telemed.* 2006.
 86. Huang MP, Himle J, Alessi NE. Vivid visualization in the experience of phobia in virtual environments:

- Preliminary results. In: *Cyberpsychology and Behavior.* ; 2000. doi: 10.1089/10949310050078742
87. Rus-Calafell M, Gutiérrez-Maldonado J, Botella C, Baños RM. Virtual Reality Exposure and Imaginal Exposure in the Treatment of Fear of Flying: A Pilot Study. *Behav Modif.* 2013;37(4):568-590. doi: 10.1177/0145445513482969
 88. McLay RN, Baird A, Webb-Murphy J, et al. A Randomized, Head-to-Head Study of Virtual Reality Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw.* 2017;20(4):218-224. doi: 10.1089/cyber.2016.0554
 89. Pelissolo A, Zaoui M, Aguayo G, et al. Virtual reality exposure therapy versus cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia: a randomized comparison study. *J CyberTherapy Rehabil.* 2012.
 90. Robillard G, Bouchard S, Dumoulin S, Guitard T, Klinger É. Using virtual humans to alleviate social anxiety: Preliminary report from a comparative outcome study. In: *Studies in Health Technology and Informatics.* ; 2010. doi: 10.3233/978-1-60750-561-7-57
 91. Roy MJ, Francis J, Friedlander J, et al. Improvement in cerebral function with treatment of posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci.* 2010. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05689.x
 92. De Quervain DJF, Bentz D, Michael T, et al. Glucocorticoids enhance extinction-based psychotherapy. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2011. doi: 10.1073/pnas.1018214108
 93. Difede J, Cukor J, Wyka K, et al. D-cycloserine augmentation of exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A pilot randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology.* 2014. doi: 10.1038/npp.2013.317
 94. Mühlberger A, Wiedemann G, Pauli P. Efficacy of a one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychother Res.* 2003. doi: 10.1093/ptr/kpg030
 95. Pallavicini F, Algeri D, Repetto C, Gorini A, Riva G. Biofeedback, virtual reality and mobile phones in the treatment of generalized anxiety disorder (gad): A phase-2 controlled clinical trial. *J Cyber Ther Rehabil.* 2009.
 96. Perpiñá C, Botella C, Baños R, Marco H, Alcañiz M, Quero S. Body image and virtual reality in eating disorders: Is exposure to virtual reality more effective than the classical body image treatment? *Cyberpsychology Behav.* 1999. doi: 10.1089/cpb.1999.2.149
 97. Ressler KJ, Rothbaum BO, Tannenbaum L, et al. Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: Use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(11):1136-1144. doi: 10.1001/archpsyc.61.11.1136
 98. Rothbaum BO, Price M, Jovanovic T, et al. A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan war veterans. *Am J Psychiatry.* 2014. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13121625
 99. Shiban Y, Pauli P, Mühlberger A. Effect of multiple context exposure on renewal in spider phobia. *Behav Res Ther.* 2013. doi: 10.1016/j.brat.2012.10.007
 100. Shiban Y, Schelhorn I, Pauli P, Mühlberger A. Effect of combined multiple contexts and multiple stimuli exposure in spider phobia: A randomized clinical trial in virtual reality. *Behav Res Ther.* 2015;71:45-53. doi: 10.1016/j.brat.2015.05.014
 101. Shiban Y, Schelhorn I, Pauli P, Mühlberger A. Effect of combined multiple contexts and multiple stimuli exposure in spider phobia: A randomized clinical trial in virtual reality. *Behav Res Ther.* 2015. doi: 10.1016/j.brat.2015.05.014
 102. Shiban Y, Peperkorn H, Alpers GW, Pauli P, Mühlberger A. Influence of perceptual cues and conceptual information on the activation and reduction of claustrophobic fear. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2016. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.11.002
 103. Shiban Y, Diemer J, Müller J, Brütting-Schick J, Pauli P, Mühlberger A. Diaphragmatic breathing during virtual reality exposure therapy for aviophobia: Functional coping strategy or avoidance behavior? A pilot study. *BMC Psychiatry.* 2017. doi: 10.1186/s12888-016-1181-2
 104. Freeman D, Bradley J, Antley A, et al. Virtual reality in the treatment of persecutory delusions: Randomised controlled experimental study testing how to reduce delusional conviction. *Br J Psychiatry.* 2016. doi: 10.1192/bjp.bp.115.176438
 105. Tart CD, Handelsman PR, DeBoer LB, et al. Augmentation of exposure therapy with post-session administration of d-cycloserine. *J Psychiatr Res.* 2013. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.09.024
 106. Gorini A, Pallavicini F, Algeri D, Repetto C, Gaggioli A, Riva G. Virtual reality in the treatment of generalized anxiety disorders. In: *Studies in Health Technology and Informatics.* ; 2010. doi: 10.3233/978-1-60750-561-7-39
 107. Herrmann MJ, Katzorce A, Busch Y, et al. Medial prefrontal cortex stimulation accelerates therapy response of exposure therapy in acrophobia. *Brain Stimul.* 2017;10(2):291-297. doi: 10.1016/j.brs.2016.11.007
 108. Hoffman HG, Garcia-Palacios A, Carlin A, Furness TA, Botella-Arbona C. Interfaces That Heal: Coupling Real and Virtual Objects to Treat Spider Phobia. *Int J Hum Comput Interact.* 2003. doi: 10.1207/S15327590IJHC1602_08
 109. Kleim B, Wilhelm FH, Temp L, Margraf J, Wiederhold BK, Rasch B. Sleep enhances exposure therapy. *Psychol Med.* 2014. doi: 10.1017/S0033291713001748
 110. Krijn M, Emmelkamp PMG, Ólafsson RP, Schuemie MJ, Van Der Mast CAPG. Do self-statements enhance the effectiveness of virtual reality exposure therapy? A comparative evaluation in acrophobia. *Cyberpsychology Behav.* 2007. doi: 10.1089/cpb.2006.9943
 111. Malbos E, Rapee RM, Kavakli M. Isolating the effect of virtual reality based exposure therapy for agoraphobia: A comparative trial. *Annu Rev CyberTherapy Telemed.* 2011.
 112. Maples-Keller JL, Price M, Jovanovic T, et al. Targeting memory reconsolidation to prevent the return of fear in patients with fear of flying. *Depress Anxiety.* 2017. doi: 10.1002/da.22626
 113. Botella C, Bretón-LÓPEZ J, Serrano B, García-Palacios A, Quero S, Baños R. Treatment of flying phobia using virtual reality exposure with or without cognitive restructuring: Participants' preferences. *Rev Psicopatol y Psicol Clin.* 2014. doi: 10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13898
 114. Quero S, Pérez-Ara MÁ, Bretón-López J, García-Palacios A, Baños RM, Botella C. Acceptability of virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Br J Guid Couns.* 2014. doi: 10.1080/03069885.2013.852159
 115. Emmelkamp PMG, Krijn M, Hulsbosch AM, de Vries S, Schuemie MJ, van der Mast CAPG. Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behav Res Ther.* 2002.
 116. Levy F, Lebouche P, Rautureau G, Jouvent R. E-virtual reality exposure therapy in acrophobia: A pilot study. *J Telemed Telecare.* 2016;22(4):215-220. doi: 10.1177/1357633X15598243
 117. Lindner P, Miloff A, Fagernäs S, et al. Therapist-led and self-led one-session virtual reality exposure therapy for public

- speaking anxiety with consumer hardware and software: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2019. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.07.003
118. Stupar-Rutenfrans S, Ketelaars LEH, van Gisbergen MS. Beat the Fear of Public Speaking: Mobile 360° Video Virtual Reality Exposure Training in Home Environment Reduces Public Speaking Anxiety. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2017;20(10):624-633. doi: 10.1089/cyber.2017.0174
119. Baños RM, Botella C, Perpiñá C, et al. Virtual reality treatment of flying phobia. *IEEE Trans Inf Technol Biomed*. 2002. doi: 10.1109/TITB.2002.802380
120. Coelho CM, Santos JA, Silvério J, Silva CF. Virtual Reality and Acrophobia: One-Year Follow-Up and Case Study. *CyberPsychology Behav*. 2006;9(3):336-341. doi: 10.1089/cpb.2006.9.336
121. Côté S, Bouchard S. Documenting the efficacy of virtual reality exposure with psychophysiological and information processing measures. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2005;30(3):217-232. doi: 10.1007/s10484-005-6379-x
122. Riva G, Bacchetta M, Baruffi M, Cirillo G, Molinari E. Virtual Reality Environment for Body Image Modification: A Multidimensional Therapy for the Treatment of Body Image in Obesity and Related Pathologies. *CyberPsychology Behav*. 2002. doi: 10.1089/10949310050078887
123. Botella C, Villa H, Garcia-Palacios A, Quero S, Banos RM, Alcaniz M. The use of VR in the treatment of panic disorders and agoraphobia. *Stud Health Technol Inform*. 2004. doi: 10.3233/978-1-60750-943-1-73
124. Pelissolo A, Zaoui M, Aguayo G, et al. Virtual reality exposure therapy versus cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia: A randomized comparison study. *J Cybertherapy Rehabil*. 2012;5(1):35-42. <https://www.researchgate.net/publication/233997242>.
125. Marco JH, Perpiñá C, Botella C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Res*. 2013. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.023
126. Rus-Calafell M, Gutiérrez-Maldonado J, Botella C, Baños RM. Virtual Reality Exposure and Imaginal Exposure in the Treatment of Fear of Flying: A Pilot Study. *Behav Modif*. 2013. doi: 10.1177/0145445513482969
127. Roy MJ, Francis J, Friedlander J, et al. Improvement in cerebral function with treatment of posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1208(1):142-149. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05689.x
128. Beidel DC, Frueh BC, Neer SM, et al. Trauma management therapy with virtual-reality augmented exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2019. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.08.005
129. Lima J, McCabe-Bennett H, Antony MM. Treatment of Storm Fears Using Virtual Reality and Progressive Muscle Relaxation. *Behav Cogn Psychother*. 2018;46(2):251-256. doi: 10.1017/S1352465817000674
130. Maltby N, Kirsch I, Mayers M, Allen GJ. Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(5):1112-1118. doi: 10.1037/0022-006X.70.5.1112
131. Tortella-Feliu M, Botella C, Llabrés J, et al. Virtual Reality Versus Exposure Treatments for Fear of Flying. 2011. doi: 10.1177/0145445510390801
132. Glantz K, Durlach NI, Barnett RC, Aviles WA. Virtual reality (VR) and psychotherapy: Opportunities and challenges. *Presence Teleoperators Virtual Environ*. 1997. doi: 10.1162/pres.1997.6.1.87
133. Fodor LA, Coteș CD, Cuijpers P, Szamoskozi Ș, David D, Cristea IA. The effectiveness of virtual reality based interventions for symptoms of anxiety and depression: A meta-Analysis. *Sci Rep*. 2018. doi: 10.1038/s41598-018-28113-6
134. Shah LBI, Torres S, Kannusamy P, Chng CML, He HG, Klainin-Yobas P. Efficacy of the virtual reality-based stress management program on stress-related variables in people with mood disorders: The feasibility study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29(1):6-13. doi: 10.1016/j.apnu.2014.09.003

Внебольничная психиатрия в Португалии: критический обзор

Community psychiatry in Portugal: a critical review

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-49-59

Специальная статья

Pedro Frias¹, Mariana Pinto da Costa^{1,2,3}

¹ Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal

² Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar (ICBAS), University of Porto, Porto, Portugal

³ Unit for Social and Community Psychiatry (WHO Collaborating Centre for Mental Health Services Development), Queen Mary University of London, London, United Kingdom

Педро Фриас¹, Мариана Пинто да Коста^{1,2,3}

¹ Госпиталь Магалэс Лемос, Порто, Португалия

² Институт биомедицинских наук им. Абея Саласара, Университет Порто, Порто, Португалия

³ Подразделение социальной и общественной психиатрии (Коллаборационный центр ВОЗ по развитию служб охраны психического здоровья), Лондонский университет королевы Марии, Лондон, Великобритания

ABSTRACT

The mental health system in Portugal evolved from an institutional-centred system to a community-based system, a process which began in 1998 and has gathered pace since 2006. The approval and implementation of the Portuguese Mental Health Law and the Portuguese National Mental Health Care Plan has contributed to the implementation of institutions and regulations aimed at decentralized, local and less restrictive models of care. The implementation and evolution process has been steady and gradual, introducing many of the envisioned changes whilst adapting existing mental health institutions and services. The current article describes this transition process, attempting to identify the strengths and weaknesses of the Portuguese Mental Health System from a community-centred perspective.

АННОТАЦИЯ

Психиатрическая служба Португалии эволюционировала от институциональной во внебольнично-ориентированную систему, этот процесс начался в 1998 году и ускорился после 2006 года. Утверждение и реализация в Португалии Закона о психической помощи и Национального плана охраны психического здоровья способствовали разработке нормативных актов и созданию учреждений в соответствии с моделью децентрализованной психиатрической службы, оказывающей помощь в наименее ограничительных условиях по месту жительства. Процесс внедрения и развития данной модели был планомерным и постепенным, с адаптацией существующих психиатрических учреждений и служб к запланированным изменениям. В статье описывается процесс трансформации психиатрической службы Португалии и проводится анализ ее сильных и слабых сторон с точки зрения внебольнично-ориентированной парадигмы оказания помощи.

Keywords: Portugal; Mental Health; Deinstitutionalization; Community Psychiatry; Mental Health Services

Ключевые слова: Португалия; психическое здоровье; деинституционализация; внебольничная психиатрия; психиатрическая служба

ВВЕДЕНИЕ

По данным за 2017 год психические расстройства были причиной 12% лет жизни, скорректированных на нетрудоспособность (Disability Adjusted Life Years, DALY), и 18% лет жизни с нетрудоспособностью (Years

Lived with Disability, YLD). При учете всех причин нетрудоспособности депрессивные и тревожные расстройства находились на четвертом и шестом месте соответственно и были ответственны за потерю производительности и ухудшение социальных показателей

и показателей развития. Распространенность психических расстройств среди населения Португалии превышает 30%, депрессия и тревожные расстройства составляют соответственно 7,9% и 16,5% [1, 2]. В частности, промежуток времени между появлением симптомов и началом лечения считается слишком долгим [3]. Внебольничная психиатрическая помощь считается более эффективной и действенной, что обеспечивает непрерывность оказания помощи и расширение прав и возможностей пациентов путем их лечения как можно менее ограничительным образом, что приводит к лучшим результатам [4].

История охраны психического здоровья в Португалии аналогична истории в других европейских странах, где усилия по деинституционализации начались во второй половине XX века и стали законом в 1998 году. С тех пор система охраны психического здоровья в Португалии была организована на уровне местных и региональных учреждений, а в оставшихся психиатрических больницах осуществляется переходный процесс предоставления общих децентрализованных медицинских услуг и сети долгосрочного ухода, способствующей и поддерживающей восстановление, реинтеграцию и реабилитацию во внебольничных условиях. Сегодня переходный процесс все еще испытывает проблемы, однако их решения предложены. В последние несколько лет были предприняты важные шаги для полного завершения перехода к внебольничной системе.

Эта статья направлена на изучение и обобщение развития переходного процесса от институционально-ориентированной психиатрической помощи до медико-санитарной помощи на внебольничном уровне в Португалии, выявление проблем и предлагаемых решений в целях повышения эффективности осуществления этого перехода.

МЕТОДЫ

Авторы провели критический поиск политических и законодательных документов из официальных докладов национальных и международных учреждений и статей, касающихся психического здоровья населения на португальском и английском языках.

Обзор был проведен в феврале 2018 года и обновлен в апреле 2020 года. Использовали поиск по комбинации следующих терминов: «психиатрическая помощь», «внебольничная психиатрическая помощь», «внебольничная психиатрия», «внебольничная психиатрия в Португалии», «история внебольничной

психиатрии в Португалии», «проблемы внебольничной психиатрии в Португалии», «психическое здоровье в Португалии», «психиатрия в Португалии», «финансовые модели психического здоровья». Использовали следующие базы данных, поисковые системы и веб-сайты: официальную газету Португалии и электронные базы данных Medline, PubMed и GoogleScholar.

Публикации отбирали в соответствии с их актуальностью и содержанием, все публикации проверяли и обсуждали в коллективе авторов. Публикации исключали, если было сочтено, что они не предоставляют информации для целей данной статьи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Авторы нашли в общей сложности 42 публикации, в том числе законодательные и политические документы или доклады, а также научные рецензируемые статьи, касающиеся оказания внебольничной психиатрической помощи в Португалии.

Три основные темы, освещаемые в этих публикациях, касались систем и учреждений охраны психического здоровья в Португалии, истории психиатрической помощи в Португалии и вопросов внедрения внебольничной психиатрической помощи в Португалии.

История системы охраны психического здоровья в Португалии

Внебольничная психиатрическая помощь в Португалии отражает развитие идей и знаний в связи с вопросами психики и психических заболеваний. В девятнадцатом веке психиатрическая помощь оказывалась преимущественно по институциональной модели, а первый закон о психическом здоровье датируется 1889 годом. XX век характеризовался строительством и расширением крупных психиатрических больниц, чтобы стандартизировать лечение и изолировать пациентов с психическими заболеваниями от остального общества [5–7].

Первые усилия по деинституционализации отмечены в 1927 году, когда Собрал Сид (Sobral Cid) выступал за замену приютов специализированными центрами с акцентом на профилактику, лечение и реинтеграцию. Закон, принятый в 1945 году, защищал «гигиенический и профилактический подход», предписывая строительство госпиталя — Hospital Magalhães Lemos — с ориентацией на павильонную систему в качестве важного промежуточного шага.

Психофармакологическая «революция» 60-х годов, связанная с эволюцией мышления, позволила изменить парадигму, что достигло кульминации в Законе об охране психического здоровья от 1963 года, который был признан первым законодательным шагом в направлении охраны психического здоровья на внебольничном уровне [5, 7–10]. В 70-е, 80-е и 90-е годы происходил медленный, но целенаправленный переход к децентрализации, в 1979 году была создана португальская Национальная система здравоохранения (NHS) с усилением планов первичной медико-санитарной помощи и последовательными планами охраны психического здоровья, а также принято законодательство, обеспечивающее менее вертикальную, ориентированную на больницы, модель [10–12].

С последних десятилетий двадцатого века, главным образом после 1998 года, в Португалии осуществляется постепенный переход от институциональной модели, при которой основой психиатрической помощи являются централизованные психиатрические больницы, к децентрализованной модели, основанной на внебольничной помощи.

В 1998 году был принят новый закон о психическом здоровье, который впоследствии был дополнен совместным постановлением (№ 407/98) Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального обеспечения [7, 13–15], что позволило организовать психиатрическую помощь с приоритетом на внебольничную помощь в наименьшей возможной ограничительной среде. Стационарные отделения, специализирующиеся на более серьезных и острых заболеваниях, предпочтительно относились к больницам общего профиля, тогда как амбулаторное лечение, где это было возможно, предоставлялось в местных медицинских центрах. Психосоциальная реабилитация осуществлялась в учреждениях интернатного типа, дневных стационарах и отделениях профессиональной подготовки, адаптированных к уровню самостоятельности и потребностям каждого пациента [15]. В рамках этой модели основными подразделениями являлись местные службы охраны психического здоровья (LMHS), в то время как психиатрические больницы, которые, несмотря на эту реорганизацию, продолжали существовать, отвечали за оказание помощи на местах и специализированной помощи в масштабах всего региона, обеспечивая адекватный уровень помощи пациентам,

которые не могли лечиться в больницах общего профиля [13, 14, 15].

Португалия, как страна, подписавшая Европейский план действий по охране психического здоровья 2005 года Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [16] и Европейскую декларацию о психическом здоровье [17], подтвердила свое обязательство развивать систему внебольничной помощи, признавая важность «выздоровления и вовлечения в общество тех, кто испытывал серьезные проблемы с психическим здоровьем», и приняла на себя обязательство, среди прочего, предоставлять пациентам с психическими заболеваниями лечение и комплексную помощь в широком диапазоне условий при установлении партнерских отношений и сотрудничества между регионами и секторами как на географическом, так и на организационном уровне [10, 16, 17].

Созданный в 2006 году Национальный совет по психическому здоровью (НСМН) выпустил отчет о психическом здоровье в Португалии и Национальный план по психическому здоровью (NMHP) на 2007–2016 годы, в котором определены проблемы в реализации определенных целей закона 1998 года и предложены пути их решения [4, 15].

Этот документ позволил уделить больше внимания успешной деинституционализации помощи пациентам и их интеграции в общество. Одной из основных обеспокоенностей NMHP была «интеграция психиатрической помощи в систему первичной помощи, обеспечение непрерывности медицинской помощи, начиная с госпитализации, с последующей реабилитацией и помощью по месту жительства» [4]. Документ устанавливал, что ни одно централизованное учреждение не должно быть закрыто до тех пор, пока не будут созданы адекватные учреждения внебольничной помощи, способные принять пациентов, ранее направляемых в централизованные учреждения, тем самым значительно стимулируя развитие услуг, ориентированных на внебольничную помощь [10, 15, 18].

Принятие Декрета-закона 8/2010 в январе 2010 года привело к созданию Национальной программы непрерывной психиатрической помощи пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями. В 2017 году приказом 1269/2017 было одобрено создание экспериментальных проектов в области долгосрочной психиатрической помощи на внебольничном уровне [19, 20].

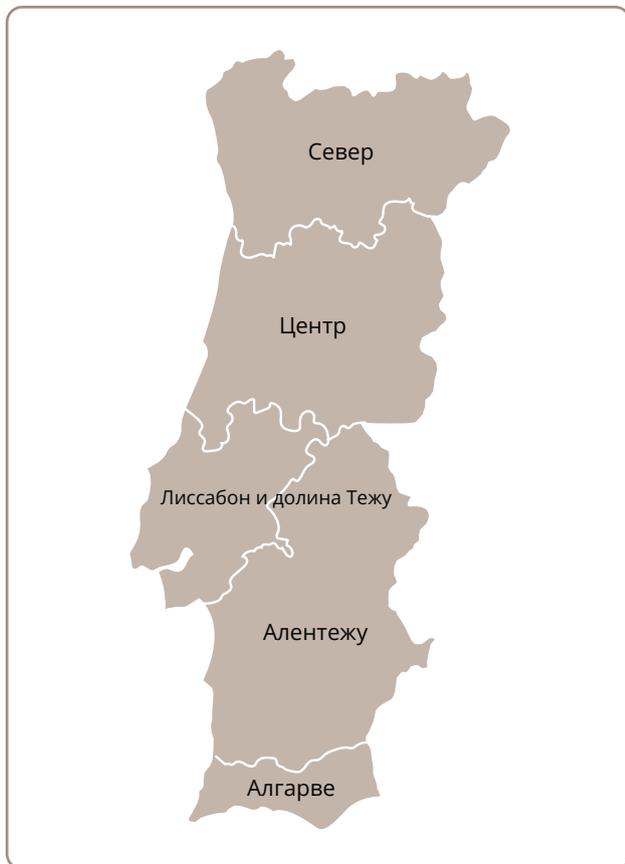


Рисунок 1. Карта Португалии.

Система охраны психического здоровья и институты в Португалии

Португалия — европейская страна, расположенная на юго-западе Пиренейского полуострова, с населением около 10 миллионов человек. Она включает в себя 18 регионов и два автономных региона, Мадейру и Азорские острова. С организационной точки зрения континентальная часть страны разделена на пять зон здравоохранения, управляемых региональными администрациями здравоохранения (рис. 1), которые отвечают за предоставление доступа к медицинской помощи, за соблюдение политики и программ в области здравоохранения, исполнение политики в области здравоохранения, координацию планирования, а также поддержку и оценку работы учреждений общественного здравоохранения в областях их ответственности [21, 22, 23].

Система охраны психического здоровья включает в себя в региональные и местные службы. Местные службы составляют основу национальной системы охраны психического здоровья в Португалии и связаны с системой первичной медико-санитарной

помощи и другими учреждениями, обеспечивая необходимую психиатрическую помощь в стационарных и амбулаторных условиях и непрерывность оказания медицинской помощи посредством связи с другими программами и службами. Они могут быть организованы по аналогии со службами в больницах общего профиля (рис. 2).

Региональные службы, помимо прочего, поддерживают и дополняют местные службы [1, 13, 14, 24]. В документе, который регулирует и организует бригады по оказанию психиатрической помощи на дому, вышеупомянутые компоненты описаны как взаимозависимые, поскольку каждый уровень и контекст помощи необходимо оптимизировать для обеспечения ее качества и адекватного перехода к более децентрализованной модели психиатрической помощи.

LMHS, основа системы охраны психического здоровья в Португалии, организованы в соответствии с количеством населения, за которое они несут ответственность. На них возложена задача по оказанию психиатрической помощи соответствующему населению с наименьшими возможными ограничениями, поддержанию стационарного и дневного стационарного лечения [1, 25].

Психиатрические больницы и региональные учреждения также несут ответственность за обеспечение регионального реагирования на проблемы, которые требуют преимущественно институциональных решений, и вопросы, возникающие при продолжительных заболеваниях [1].

Бригады, оказывающие психиатрическую помощь на дому, рассматриваются как важный компонент LMHS [26]. Их цели охватывают лечение пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями после анализа истории болезни в координации со службами первичной помощи, ведение менее серьезных и более распространенных проблем психического здоровья, обеспечение поддержки пожилого населения и координацию программ профилактики в отношении самоубийств и депрессии. Бригады являются междисциплинарными коллективами с активным участием медсестер/медбратьев и немедицинских специалистов [1, 26].

Услуги по реабилитации и психосоциальной реинтеграции предоставляются в основном через три различные системы, Национальную сеть непрерывной психиатрической помощи, LMHS и Национальную сеть интегрированной медицинской помощи [19, 27].

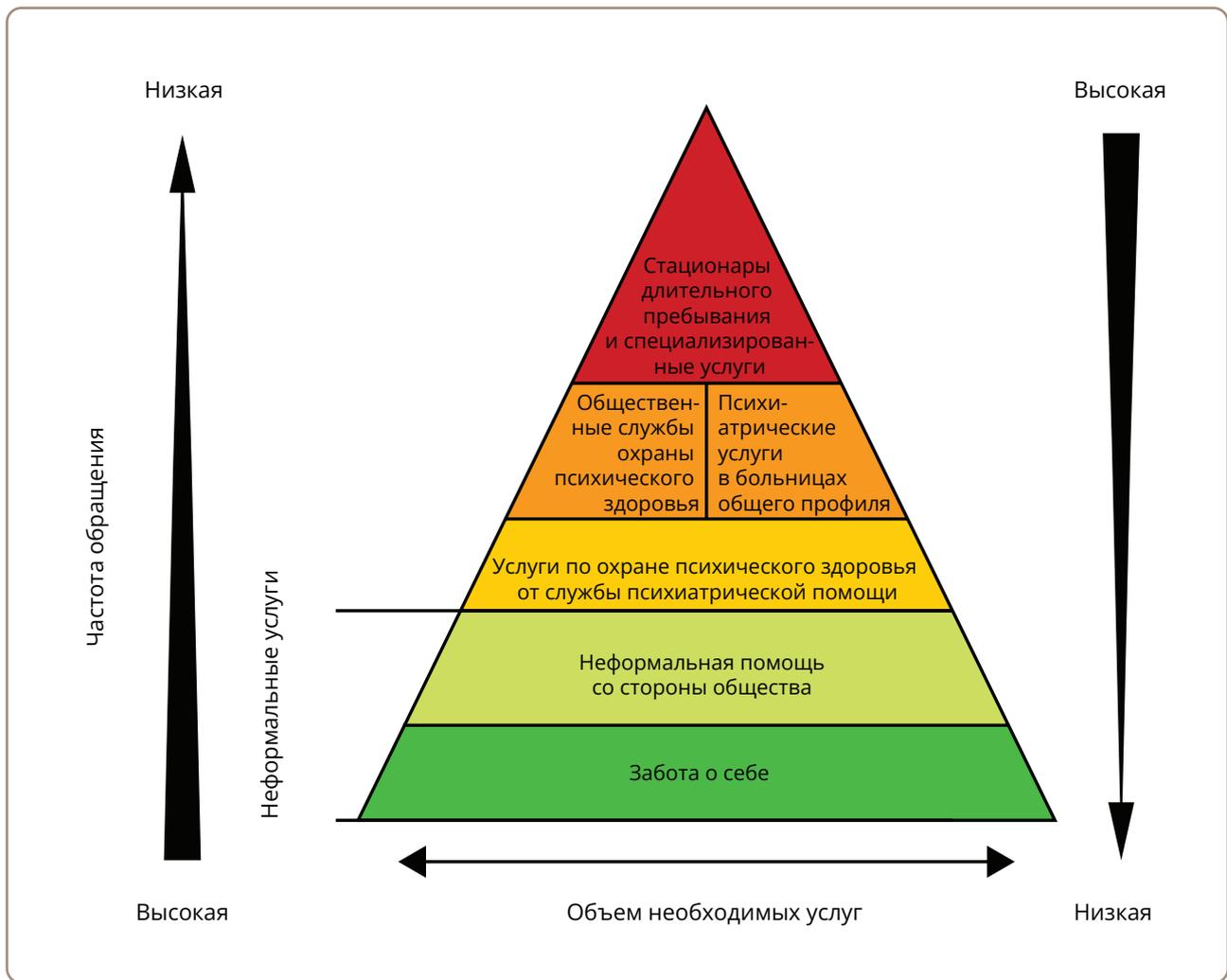


Рисунок 2. Португальские службы психического здоровья в желаемом будущем.

Интернаты, социально-профессиональные подразделения и группы поддержки по месту жительства представляют собой совокупность уровней для пациентов, предлагая соответственно помощь в условиях проживания и амбулаторного лечения. Эти различные службы, состоящие из психиатров, медсестер/медбратьев общего и психиатрического профиля, психологов, социальных работников, врачей-специалистов по профессиональным заболеваниям и юристов, могут адаптироваться к меняющимся потребностям пациентов и сосредоточены на улучшении социальной интеграции, расширении прав и возможностей и эффективном выздоровлении, что позволяет пациенту жить полноценной жизнью и вносить свой вклад в общество [28]. Во-первых, интернаты функционируют как общежития для людей с психическими расстройствами, предоставляя им доступ

к специализированной психиатрической помощи, медицинскому уходу, психосоциальной поддержке, реабилитации и интеграции в общество [19]. Они также обеспечивают психиатрическую подготовку членов семьи или лиц, осуществляющих уход, а также при необходимости обеспечивают перевозку пациентов в другие медицинские учреждения. Интернаты подразделяются на типы, начиная от автономных учебных заведений до интернатов с максимальной поддержкой [29]. Во-вторых, социально-профессиональные подразделения на местах предназначены для пациентов с легкой и умеренной психосоциальной дисфункцией и социальными, профессиональными или реляционными нарушениями. Они способствуют автономности, эмоциональной стабильности и социальному участию с целью обеспечения социальной, семейной и профессиональной интеграции

и стабильности [19, 28]. В-третьих, бригады по лечению на дому действуют на уровне домохозяйств, чтобы помочь контролировать и управлять приемом лекарств, обеспечивать регулярную поддержку личной гигиены и повседневной деятельности, а также контролировать ведение личных финансов и самообслуживание в быту [19]. Эти бригады по определению связаны и координируются интернатами, социально-профессиональными группами, местными структурами первичной медицинской помощи или LMHS [27].

Пациенты с хроническими и клинически устойчивыми тяжелыми психическими заболеваниями, в том числе с нарушениями обучаемости и умственной отсталостью, приводящими к психосоциальной инвалидности, могут быть направлены любым специалистом здравоохранения в учреждения Национальной сети непрерывной психиатрической помощи [27]. Критерии приема пациентов проверяются местными службами психиатрической помощи, отделом первичной медицинской помощи или (в случае детей или подростков) отделами охраны психического здоровья детей и подростков, их направление определяется в соответствии с их потребностями после рассмотрения истории болезни пациента.

Финансирование услуг по охране психического здоровья в основном обеспечивается государственными средствами, а именно бюджетом здравоохранения. Уровни первичной и вторичной медицинской помощи финансируются в соответствии с конкретными показателями, отражающими предоставление услуг, главным образом стационарного лечения и амбулаторных консультаций. Долгосрочное и реабилитационное медицинское обслуживание получают сумму, в основном связанную с количеством дней стационарного лечения на пациента [30]. В этом году было введено специальное финансирование внебольничных учреждений в отношении пилотного проекта LMHS [31]. Частные неправительственные организации (НПО) и компании также могут управлять и предоставлять финансирование учреждениям, которые включены в Национальную сеть интегрированной психиатрической помощи.

В настоящее время организованы 40 LMHS, распределенных по административным регионам (16 на севере, 7 в центре, 13 в Лиссабоне, 4 в Алентежу и 2 в регионе Алгарве) [18] и две службы охраны психического здоровья в психиатрических больницах (госпиталь

Hospital de Magalhães Lemos в Порту и Центральный госпиталь Лиссабона в Лиссабоне) [23].

Следует также отметить, что наряду с развитием общих служб охраны психического здоровья на протяжении многих лет, особенно с 1998 года, в Португалии создана и совершенствуется мощная децентрализованная служба охраны психического здоровья, ориентированная на наркологические проблемы. Эти услуги организованы на базе местных подразделений вмешательства (интегрированных центров реагирования, отделений по борьбе с алкоголем, отделений по реабилитации и терапевтических сообществ), распределенных по регионам. Каждый интегрированный центр реагирования отвечает за профилактику и лечение связанных с наркотиками или алкоголем расстройств, уделяя особое внимание снижению вреда и реинтеграции пациентов, работая со специализированными бригадами (Equipas de Tratamento) и децентрализованными амбулаторными программами лечения [32].

Аналогично в детской и подростковой психиатрии наблюдается постепенный сдвиг парадигмы в сторону децентрализованной модели. В общих чертах психиатрические стационарные отделения и службы неотложной помощи переданы службам регионального уровня (которых организовано четыре), в то время как амбулаторные и другие услуги предоставляются отделениями или подразделениями, связанными с больницами общего профиля (всего 30: 9 местных отделений и 21 подразделение) [33].

Сотрудничество с системой первичной медико-санитарной помощи и другими учреждениями на внебольничном уровне считается основополагающим для многопрофильных групп детской и подростковой психиатрии, а в нескольких отделениях, как местных, так и региональных, действуют группы, обеспечивающие соблюдение действующих протоколов общественными и социальными организациями, такими как школы и учреждения по уходу [33]. Национальная сеть непрерывной психиатрической помощи также предоставляет специальные долгосрочные интегрированные услуги по уходу, а внедрение и развитие этих услуг соответствует развитию психиатрической помощи взрослым пациентам [33, 34]. Что касается геронтологической психиатрии, в Португалии не приняты какие-либо конкретные национальные меры в отношении внебольничной помощи. Некоторые службы охраны

психического здоровья имеют специальные стационарные или амбулаторные отделения, предназначенные для пожилых людей, однако широко распространенный дифференцированный ответ по-прежнему отсутствует.

Количество учреждений, интегрированных в Национальную сеть непрерывной психиатрической помощи, увеличилось с 2017 года. Данные за 2019 год показывают, что в стране насчитывается 140 интернатов различных типов, 85 социально-профессиональных подразделений и 24 группы поддержки по месту жительства, главным образом на севере страны, в Лиссабоне и в регионах долины Тежо [1].

За последние несколько лет, согласно имеющимся данным, уже произошел переход от централизованной модели к большей децентрализации, о чем свидетельствует снижение количества коек на 100 000 жителей в психиатрических больницах (рис. 3), сокращение общественных интернатов, которые были переведены в социальный сектор (рис. 4) и увеличение вместимости стационаров в больницах общего профиля (в связи с закрытием госпиталей Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Ames и Hospital do Lorvão в 2009 году), в LMHS в 2015 году было около 10 коек на 100 000 жителей (рис. 5) [8]. В 2013 году 6% дневных консультаций были проведены во внебольничной системе [35], в то время как данные за 2017 год показывают существенный рост

числа консультаций пациентов, проходящих лечение в дневных стационарах (рис. 6).

Проблемы внедрения системы внебольничной психиатрической помощи в Португалии

В публикациях различных авторов был отмечен ряд проблем, которые в целом можно разделить на связанные с недостаточным финансированием или другими организационными препятствиями.

Прежде всего, в нескольких публикациях указывалось, что недостаточность финансирования внебольничных служб охраны психического здоровья является решающим препятствием для их развития. В отчете, опубликованном в 2019 году, Национальный совет по здравоохранению проанализировал развитие и текущую ситуацию в области охраны психического здоровья в Португалии, определив недостаток финансовых ресурсов и персонала в качестве серьезной угрозы для развития системы. Механизмы оплаты также рассматриваются Национальным советом по здравоохранению в качестве основных препятствий на пути осуществления охраны психического здоровья на внебольничном уровне. Фактически текущие модели оплаты финансируют больницы по количеству медицинских вмешательств и госпитализации, не учитывая меры вмешательства на внебольничном уровне и не создавая финансовых стимулов для содействия их осуществлению. Сосуществование различных

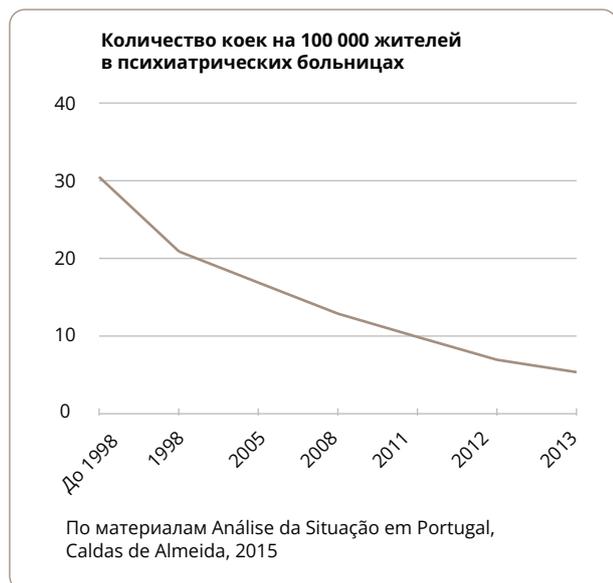


Рисунок 3. Койки на 100 000 жителей в психиатрических больницах.

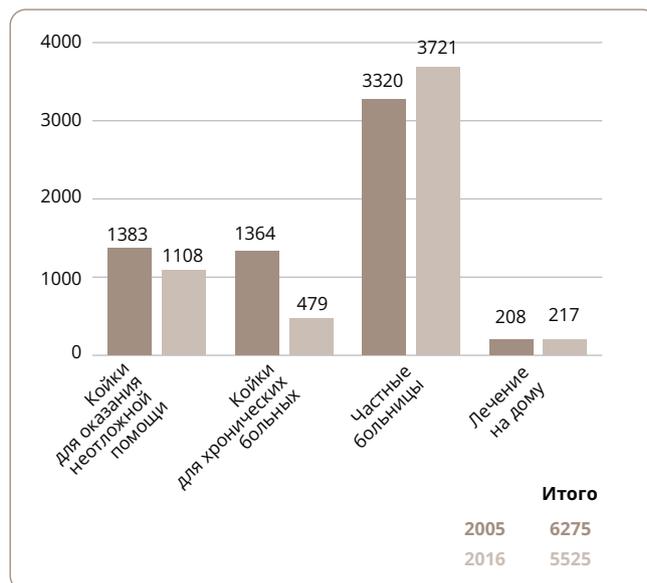


Рисунок 4. Количество коек (национальные данные).

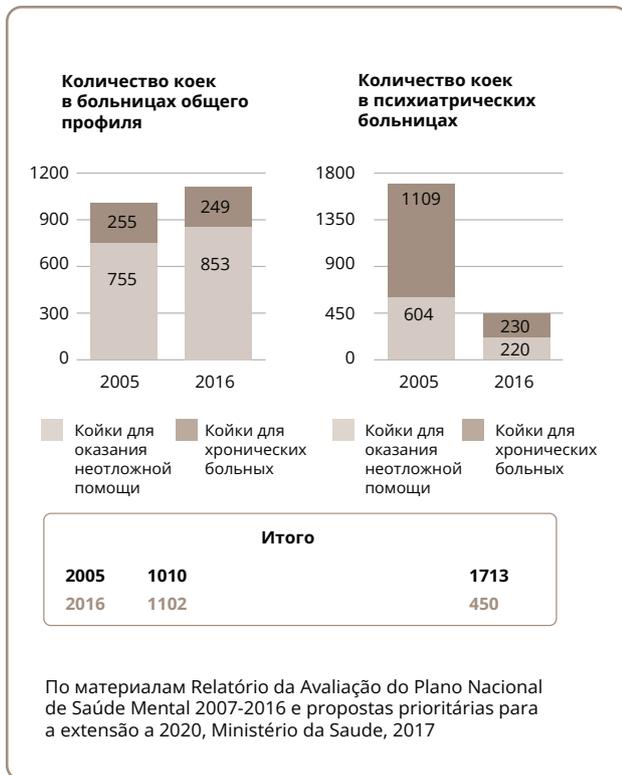


Рисунок 5. Количество коек: общие и психиатрические больницы.

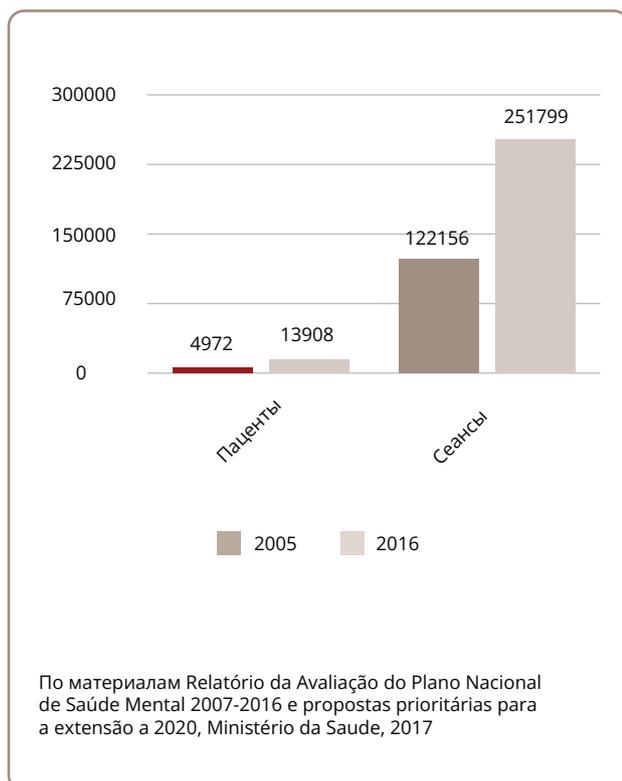


Рисунок 6. Дневные стационары — итоговые показатели по стране.

способов оплаты и отсутствие стимулирующих платежей для лечения психических расстройств в системе первичной медицинской помощи наряду с плохой связью между различными уровнями помощи могут вызывать асимметрию в лечении пациентов [1, 8, 30, 35–37].

Во-вторых, многие авторы в этом процессе перехода считают препятствием слабую связь между различными уровнями медицинской помощи, а именно между службами охраны психического здоровья и первичной медицинской помощи, а также между ними и Национальной сетью непрерывной психиатрической помощи, подчеркивая при этом в первую очередь необходимость больничной модели [8, 38].

Дополнительным препятствием является процесс перевода отделений неотложной помощи из психиатрических больниц в LMHS в больницах общего профиля, который еще не завершен. Ряд услуг, указанных в законодательстве, еще только предстоит внедрить в равной степени на всей территории Португалии, в настоящее время наблюдается асимметрия в охвате. В качестве примера некоторые авторы указывают на отсутствие действующих интернатов, способных предоставлять жилье и основную помощь пациентам с хроническими психическими заболеваниями, что ранее обеспечивалось в психиатрических больницах. Что касается конкретных программ реабилитации и реинтеграции, которые планируются, многое еще предстоит сделать. Профессионально-технические программы, профессиональная подготовка и создание интернатов до сих пор практически не реализуются. Оценки за 2015 год показывают, что из 4000-5000 пациентов, которых следовало бы включить в социально-профессиональные программы или разместить в интернатах, только около 900 были эффективно охвачены [1, 10, 19, 30, 35].

Другая проблема связана с отсутствием специализированного персонала, в основном специализированных медсестер/медбратьев, а также ограниченной подготовкой других специалистов, не связанных с здравоохранением, для работы с пациентами с психическими расстройствами [8, 39].

Участие пациентов и лиц, осуществляющих уход, в процессе перехода рассматривается как важный фактор [28]. В статье 2015 года анализируется роль пациентов и членов семьи/лиц, осуществляющих уход, в процессе деинституционализации. Авторы подчеркивают,

что в процессе институционализации учитываются мнения членов семьи и пациентов, хотя и с асимметрией. Данные о специфических ролях пациентов и лиц, осуществляющих уход, в процессе перехода ограничены и несколько противоречивы, однако роль ассоциаций пациентов и лиц, обеспечивающих уход, все больше очевидна в публичном пространстве и пропагандирует и поощряет дискурс в отношении ряда вопросов, связанных с психическим здоровьем [8, 10].

Для преодоления этих препятствий был предложен ряд решений, некоторые из которых были реализованы в рамках определенных служб в Португалии.

Во-первых, недавно была предложена новая модель оплаты в области охраны психического здоровья на внебольничном уровне. Она включает в себя сочетание элементов различных схем оплаты, чтобы смягчить недостатки системы оплаты и внедрить лучшие практики. Это направлено на то, чтобы способствовать раннему выявлению и лечению психических расстройств, общему наблюдению в случаях тяжелых психических заболеваний и лечению умеренной депрессии в системе первичной медико-санитарной помощи [37].

Еще один важный вопрос связан с обучением психиатрии в Португалии, которое включает в себя обязательную трехмесячную практику в системе внебольничной психиатрической помощи. Тем не менее практика в стационаре — это гораздо более длительная обязательная практика, которая в настоящее время продолжается не менее 24 месяцев [40]. В Португалии мнения психиатров-практикантов и ранее учитывались для улучшения подготовки, и эту систему по возможности следует распространить на сферу внебольничной психиатрической практики. Например, в опросе, проведенном среди психиатров-практикантов в 2011 году в Португалии, практиканты заявили о том, что судебная психиатрия должна быть обязательной в учебной практике и областью, в которой можно специализироваться [24]. Позднее эти взгляды были приняты Португальской ассоциацией медицинских советов, которая ввела судебную психиатрию в качестве обязательной практики и создала специальность судебной психиатрии. Аналогично, если практика во внебольничной психиатрии будет усилена и распространена на программы психиатров-практикантов, это позволит будущим психиатрам лучше подготовиться к этой модели лечения, способствуя ее эффективному внедрению на более раннем этапе, во время обучения.

Чтобы улучшить систему и следовать рекомендациям ВОЗ, требуется тщательная региональная оценка потребностей как пациентов с психическими заболеваниями, так и имеющегося обученного персонала. Впоследствии исключительно важно реформировать модель оплаты охраны психического здоровья, которая учитывала бы конкретные виды деятельности и охват населения, а также стимулы, связанные с производительностью труда профессионалов. Это укрепило бы точку зрения, сформулированную в 2009 году в консенсусном документе для внебольничной системы охраны психического здоровья, предоставляя промежуточным учреждениям, таким как LMHS, роль в принятии решений и финансировании, что позволило бы им отслеживать и удовлетворять потребности общества, показатели качества и потребности внебольничных учреждений в целом, как это предусмотрено законом [26, 37].

В публикации 2008 года Thornicroft et al. описали ряд общих проблем, с которыми сталкиваются в процессе реализации психиатрической помощи на внебольничном уровне, прежде всего в Италии и Англии, а также описали проблемы, имеющие решающее значение для развития служб охраны психического здоровья. Различные португальские авторы и учреждения подчеркивали те же проблемы в процессе перехода, что и в этой статье Thornicroft et al. [10, 15, 27, 30, 35, 38]. Некоторые из этих проблем, перечисленных в табл. 1, также касаются переходного процесса в Португалии [41].

Предлагаемые решения относятся к общим и организационным аспектам, не обязательно связанным с вопросами психического здоровья, а также к аспектам, связанным с персоналом, которые реже документируются в литературе, но преобладают в каждом переходном процессе [42].

В своем отчете за 2019 год Национальный совет по здравоохранению предложил ряд приоритетных мер, которые необходимо предпринять. Среди них, в соответствии с рекомендациями Национального плана охраны психического здоровья, была рекомендация о том, что интеграция психиатрической помощи в первичную медико-санитарную помощь должна рассматриваться в качестве абсолютного приоритета и что модели интеграции должны учитывать местные и региональные особенности. Что касается долгосрочной помощи, то было сочтено необходимым

Таблица 1. Препятствия и решения в отношении внедрения системы внебольничной психиатрической помощи

Препятствия	Решения
Неадекватное финансирование	Внедрение новых моделей оплаты, ориентированных на охрану психического здоровья на внебольничном уровне
Перевод персонала на охрану психического здоровья на внебольничном уровне	Реализация ясных графиков, частых встреч персонала, связи между различными уровнями принятия решений
Лица, принимающие решения	Расширение прав и возможностей местных и региональных учреждений, что позволяет им проводить политику, адаптированную к местной реальности
Жесткость системы	Предоставление возможности внебольничным службам внедрять более гибкие методы совместно с LMHS и региональными учреждениями
Недостаточность подготовки/образования	Увеличение продолжительности обучения для практикантов психиатрии и других специалистов в области охраны психического здоровья
Беспокойство и неопределенность, влияющие на переход персонала от модели, ориентированной на больничную помощь, к модели, основанной на внебольничной помощи	Обеспечение ясной схемы, позволяющей сотрудникам работать уверенно и способствующей конструктивному обсуждению

исправить асимметрию, чтобы дополнить сеть наиболее востребованными типологиями, такими как интернаты средней и максимальной поддержки. Было также сочтено важным усилить координацию и интеграцию медицинской помощи, включая поддержку первичной медико-санитарной помощи при менее серьезных психических заболеваниях посредством финансовых стимулов, увеличения численности персонала и обучения. Укрепление социальных институтов также может быть полезным в улучшении охраны психического здоровья на уровне общества.

Недавно, в 2020 году, в различных административных зонах здравоохранения были созданы и отрегулированы группы по охране психического здоровья как для взрослых, так и для детей и подростков. Эти группы организованы в соответствии с системной и целостной моделью, обеспечивающей сфокусированность на внебольничном лечении в сочетании с различными уровнями помощи и профессиональными занятиями, поддержку реабилитации и реинтеграции пациентов и укрепление психического здоровья и профилактику заболеваний на индивидуальном уровне, а также в более широком контексте [31]. Группы распределены по их LMHS и функционируют в децентрализованных учреждениях; их междисциплинарная структура определена законодательно, как и их конкретные цели и предоставляемые ими услуги (амбулаторное консультирование, психотерапия и индивидуальное психологическое наблюдение, групповая терапия и вмешательства,

визиты по месту жительства, социальная поддержка, ориентированные на пациента вмешательства со стороны общества и т. д.). Эти группы были созданы для того, чтобы преодолеть очевидное неравенство между различными службами охраны психического здоровья и регионами, их организация является пилотным проектом, и после оценки эта система должна быть реализована в качестве единой модели для всех LMHS [31]. Это действительно важный шаг вперед, поскольку он позволит стандартизировать действия на уровне внебольничной помощи в рамках LMHS, а также обеспечит направленное финансирование этих проектов и позволит проводить эффективный анализ информации для последующего развития [31].

ВЫВОДЫ

Португальская модель внебольничной помощи определяется в основном историческим развитием и тенденциями в других европейских странах. Хотя система внебольничной психиатрической помощи в Португалии уже внедрена, она постоянно совершенствуется и для ее совершенствования необходимо сделать еще много.

Препятствия для ее эффективной реализации варьируются от нехватки адекватных финансовых ресурсов и персонала до плохой связи между различными уровнями помощи и услуг.

Тем не менее в стране предпринимаются усилия по укреплению и дальнейшему внедрению системы

внебольничной психиатрической помощи. Среди реализуемых мер — предложения, касающиеся моделей оплаты и внедрение моделей управления в этой области.

Постепенная, осознанная и настойчивая реализация таких мер должна в конечном итоге способствовать внедрению эффективной системы охраны психического здоровья на внебольничном уровне в Португалии. Этот процесс направлен на интеграцию служб охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи, развитие психосоциальной сети и обеспечение подготовки сотрудников служб охраны психического здоровья при одновременном учете показателей качества.

Вклад авторов: Все авторы в равной степени участвовали в обзоре литературы, написании и переработке статьи.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Мариана Пинто да Коста

mariana.pintodacosta@gmail.com

Список литературы

1. Conselho Nacional de Saúde [National Health Council] (2019); Sem Mais Tempo a Perder - Saude Mental em Portugal: um desafio para a próxima década [No Time to Lose - Mental Health in Portugal, a Challenge for the next Decade]; CNS 2019 Lisbon. ISSN: 2184-6960.
2. Caldas-de-Almeida, José Miguel et al.; (2013) Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório [National Epidemiological Mental Health Study - 1st Report]. Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa [Journal of Medical Sciences - Faculdade Nova de Lisboa]. ISBN: 978-989-98576-0-5.
3. Gabinete do Ministro da Saúde (2015); Proposta de Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental [Hospital Referentiation Network for Psychiatry and Mental Health Proposal]; Lisbon.
4. Ministério da Saúde [Portuguese Ministry of Health] (2008); Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 [National Mental Health Plan 2007-2016]; Lisbon.
5. Severim de Melo, M. and Ferreira, G.; (1981) A Psiquiatria Comunitária na evolução histórica da Psiquiatria [Community Psychiatry in the Historical Evolution of Psychiatry]. *Análise Psicológica* [Psychological Analysis], 31: p. 357-363.
6. Pereira, José Manuel Morgado; (2015) A Psiquiatria em Portugal Protagonistas e História Conceptual (1884-1924) [Psychiatry in Portugal: Protagonists and Conceptual History (1884-1924)]. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra [Faculty of Arts University of Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/29514>.
7. Alves, Fátima and Ferreira-da-Silva, Luísa; Psiquiatria e Comunidade: Elementos de Reflexão [Psychiatry and Community: Reflexive Elements]. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia [Records of the workshops of the Fifth Portuguese Congress of Sociology], *Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção* [Contemporary Societies: Reflexiveness and Action]: p. 56-64.
8. Caldas-de-Almeida, José Miguel et al.; (2015) Joint Action in Mental Health and Well Being - Análise da Situação em Portugal [Joint Action in Mental Health and Well Being - Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care].
9. Governo de Portugal [Portuguese Government], Série I de 3 de Abril de 1963 [nº 79/1963, Series 1 from 3rd April 1963], nº 79/1963, (1963). <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/75088193/199907260100/73318787/diploma/indice>.
10. Palha, Filipa et al.; (2015) Trajetórias pelos cuidados saúde mental. Parte I - O processo de "desinstitucionalização" psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos. [Trajectories on Mental Health Care. Part 1 - The psychiatric "deinstitutionalization" process: from an objective analysis of facts to patients', caregivers' and technicians' perspectives]. ENCONTRAR+SE.
11. Madianos, Michael G.; (1994) Recent advances in community psychiatry and psychosocial rehabilitation in Greece and the other southern European countries. *The International Journal of Social Psychiatry*, 40 (3): p. 157-64. doi: 10.1177/002076409404000301.
12. Cardoso, Graça and Maia, Teresa; (2009) Serviços Psiquiátricos na Comunidade com Base no Hospital Geral: Um Modelo Português [General Hospital Based Psychiatric Community Services: A Portuguese Model]. *PsiLogos*, 6(2)/7(1-2): p. 54-66. ISSN: 2182-3146.
13. Governo de Portugal [Portuguese Government], Lei 36/98 de 24 de julho de 1998, Lei de Saúde Mental [Law 36/98 of 24th July 1998, Mental Health Law], (1998). <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>.
14. Ministérios da Saúde do Trabalho e da Solidariedade, Despacho conjunto nº 407/98 [Joint Decree nº 407/98], p. 8328-8332 (1998). http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98.
15. Cardoso, Graça et al.; (2016) Living conditions and quality of care in residential units for people with long-term mental illness in Portugal - A cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 16, 34. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0743-7>.
16. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health (2005); WHO Mental Health Action Plan for Europe; WHO Helsinki.
17. World Health Organization (2005); Mental Health Declaration for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions; WHO Copenhagen. ISBN: 92 890 1377 X.
18. Direção Geral da Saúde [General Health Directorate] Ministério da Saúde [Ministry of Health] Programa Nacional para a Saúde Mental [National Programme for Mental Health] (2017); Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 [National Mental Health Plan 2017].

19. Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº8/2010 [Decree-Law nº 8/2010], p. 257-263 (2010). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/8/2010/01/28/p/dre/pt/html>.
20. Ministérios das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde [Ministries of Health, Finance, Work, Solidarity and Social Security], Despacho nº 1269/2017, 2443-2444 (2017). <https://dre.pt/home/-/dre/106396948/details/maximized>.
21. Ministério da Saúde [Ministry of Health], Decreto-Lei 22/2012 [Decree-Law 22/2012], 513-516 (2012). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/22/2012/01/30/p/dre/pt/html>.
22. Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. BI de Portugal [Portugal's Identity Card]. 2020. <https://www.pordata.pt/Portugal>.
23. Programa Nacional para a Saúde Mental; Direção Geral de Saúde [General Health Directorate]. Saúde Mental. 2020 [cited 2020 07/05/2020]. <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/>.
24. Pinto-da-Costa, Mariana et al.; (2012) Community Psychiatry: Training and Practice in Portugal. Poster Presentation.
25. Direção Geral de Saúde [General Health Directorate]. Organização de Cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental em Portugal [Psychiatry and Mental Health Care Organization in Portugal]. [cited 2019]. <https://www.dgs.pt/sm-organizacao.aspx>.
26. Coordenação Nacional para a Saúde Mental [National Coordination for Mental Health] (2009); Documento de consenso para a Estrutura e Funções das Equipas de Saúde Mental Comunitária (ESMC) [Consensus Document for the Structure and Functions of Community Mental Health Teams]; Lisbon.
27. Administração Central Serviços Saúde [Central Administration of Health Services] (2017); Guia de referência para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Referral Guide of the National Integrated Care Network for Mental Health Units and Teams].
28. Jorge-Monteiro, Maria F and Ornelas, José H; (2015) "What's Wrong with the Seed?" A Comparative Examination of an Empowering Community-Centered Approach to Recovery in Community Mental Health. *Community Mental-Health J*, 52(7): pp. 821-33. DOI: 10.1007/s10597-016-0004-8.
29. Narigão, Miguel, II Encontro Nacional IPSS Promotoras de Saúde [2nd National Encounter of Health Promoting Social Solidarity Institutions], Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade [National Confederation of Solidarity Institutions], Editor. 2018.
30. World Health Organization Regional Office for Europe (2011); World Health Organization Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal; WHO Copenhagen.
31. Ministério da Saúde [Ministry of Health], Despacho nº 2753/2020 [Decree nº 2753/2020], 200-202 (2020). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/129678862/details/normal?!=1>.
32. Ministério da Saúde [Ministry of Health] Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde [Adjunct Health Secretary Cabinet], Despacho n 2976/2014, 5402-5403 (2014). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/3162549/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%202976%2F2014>.
33. Ministério da Saúde [Health Ministry] (2018); Rede de Referência Hospitalar - Psiquiatria da Infância e Adolescência [Child and Adolescent Psychiatry - Hospital Referral Network].
34. Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde [Ministries of Work, Solidarity and Social Security], Portaria nº68/2017 [Decree nº 68/2017], (2017). <https://data.dre.pt/eli/port/68/2017/02/16/p/dre/pt/html>.
35. Administração Central dos Serviços de Saúde [Central Administration of Health Services] Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma de Saúde Mental [Technical Accompanying Committee for Mental Health Reform] (2015); Relatório do Grupo de Trabalho para avaliação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental [Work group report to evaluate mental health care and needs].
36. Mateus, Pedr et al.; (2017) Implementing Case Management in Portuguese Mental Health Services: Conceptual Background. *Portuguese Journal of Public Health*, 34: p. 19-29. ISSN 2504-3137.
37. Perelman, Julian et al.; (2018) Reforming the Portuguese mental health system: an incentive-based approach. *International Journal of Mental Health Systems*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0204-4>.
38. Marques, João Gama and Brissos, Sofia; (2014) Mental health in Portugal in times of austerity. *The Lancet Psychiatry*, 1 (2): p. 109-110. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70339-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70339-6).
39. Soares, Ruben and Pinto-da-Costa, Mariana; (2019) Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions with People with Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment. *Front. Psychiatry*, 10: 187. doi: 10.3389/fpsy.2019.00187.
40. Pinto-da-Costa, Mariana et al.; (2013) Psychiatry Training Towards a Global Future: Trainees' Perspective in Portugal. *Acta Médica Portuguesa [Portugal Medical College Journal]*, 264: p. 4. PMID: 24016644.
41. Thornicroft, Graham et al.; (2008) Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*, 7: p. 87-92. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2008.tb00161.x.
42. Bridges, William; *Managing Transitions: Making the Most of change*. 3rd ed. 2003: Da Capo Lifelong Books; 3rd edition (22nd September 2009).

Амбулаторная психиатрическая служба в Бразилии

Cognitive behavioural therapy in virtual reality treatments across mental health conditions: a systematic review

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-60-70

Специальная статья

**Denise Razzouk, Daniela Cheli Caparrocce,
Aglae Sousa**

*Centre of Mental Health Economics,
Department of Psychiatry, Universidade Federal de Sao Paulo
(Unifesp)*

**Дениз Раззук, Даниэла Шели Капарроче,
Аглаи Соуза**

*Центр экономики психического здоровья,
кафедра психиатрии, Федеральный университет
Сан-Паулу*

ABSTRACT

BACKGROUND: The shift from the hospital-based model of care to community-based mental health services began three decades ago and is still an ongoing process in Brazil.

AIM: To update data on the development of the community mental health services network in Brazil in relation to service availability and structure, manpower, pattern of service use, financing, epidemiological studies and the burden of mental disorders, research and national mental health policy.

METHODS: Searches were constructed to collect data on indexed databases (Medline, Scielo), as well as governmental, NGOs and medical council sources, reports and the grey literature up until 30th March, 2019.

RESULTS: Community mental health services are unevenly distributed in the country. Brazil leads the world in terms of the prevalence of anxiety disorders, ranking fifth for depression prevalence. Violence and suicide rates are two growing factors which exacerbate the prevalence of mental disorders prevalence. An increased reduction of the number of psychiatric beds in the country, in addition to the unbalanced growth of services in the community, has resulted in treatment gaps and the underutilization of services and barriers to treating people with the most severe psychosis. Investment in mental healthcare is still scarce. However, mental health funding is not addressed according to the population's needs and scientific evidence, resulting in a waste of resources and inefficiency. Programmes and service interruptions are common according to each government mandate.

CONCLUSION: Successive changes in ideological perspectives have led to the introduction of policies which have caused fragmentation in the mental health system and services. A lack of evaluation and transparency of services and costs are the main barriers to integrating multiple services and planning long-term developmental phases.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Процесс перехода от стационарной модели психиатрической помощи к амбулаторной начался в Бразилии тридцать лет назад и продолжается в настоящее время.

ЦЕЛЬ: Предоставить новые данные о развитии сети амбулаторной психиатрической службы в Бразилии, и осветить вопросы касающиеся доступности и структуры службы, персонала, особенностей использования

службы, финансирования, результатов эпидемиологических исследований и оценки бремени психических расстройств, исследовательской работы и национальной политики в сфере психического здоровья.

МЕТОДЫ: Проведен поиск в индексированных базах данных (Medline, Scielo), сведений из правительственных и неправительственных источников, материалов медицинского совета, отчетов и «серой» литературы за период до 30 марта 2019 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Амбулаторные психиатрические учреждения распределены по стране неравномерно. Бразилия занимает 1-е место в мире по распространенности тревожных расстройств и 5-е место по распространенности депрессии. Увеличение числа случаев насилия и самоубийств способствует дальнейшему распространению психических расстройств. Сокращение числа психиатрических коек в стране в сочетании с несбалансированным расширением амбулаторной службы приводит к пробелам в лечении населения, недостаточному использованию услуг и препятствует лечению пациентов с наиболее тяжелыми формами психоза. Финансирование психиатрической службы по-прежнему слабое, кроме того, оно осуществляется без учета потребностей населения и научных данных, что приводит к нерациональной трате ресурсов и неэффективности системы. Существующие программы и работа службы зависят от правящих структур и часто приостанавливаются при смене власти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Последовательные идеологические перемены привели к политике, вызвавшей фрагментацию системы психиатрической помощи и психиатрической службы. Главными препятствиями на пути внедрения разнообразных типов услуг и планирования их поэтапной разработки в долгосрочной перспективе является недостаточная оценка работы службы и ее стоимости.

Keywords: *community mental health services; Brazil; health policy; mental disorders; mental health; developing countries; health resources*

Ключевые слова: *амбулаторная психиатрическая служба; Бразилия; политика в сфере здравоохранения; психические расстройства; развивающиеся страны; медицинские ресурсы*

ВВЕДЕНИЕ

Бразилия — это страна Южной Америки с уровнем дохода выше среднего согласно классификации Всемирного банка. Численность ее населения составляет около 215 миллионов жителей, а продолжительность жизни — 76 лет. Доход на душу населения — 8600 долларов, коэффициент Джини — 0,51. В 1988 г. в федеральную конституцию Бразилии была включена концепция социального обеспечения, гарантировавшая такие социальные права, как свободный доступ к образованию и медицинской помощи.

В 1988 г. создана система всеобщего охвата медико-санитарными услугами (УНС) Бразилии, которая следует трем принципам объединенной системы здравоохранения (SUS): всеобщий бесплатный доступ к медицинским услугам, равенство и исчерпывающая медицинская помощь. Согласно федеральной конституции Бразилии, право на охрану здоровья является всеобщим и гарантируется государством.

До внедрения УНС только трудоустроенные лица получали медицинскую помощь, то есть 21% населения. В 1990 г. был принят закон 8080, описывающий здоровье шире, чем отсутствие заболевания, а также ставящий своей целью повышение благополучия и качества жизни и сокращение неравенства.

В 70-х и 80-х годов поступали многочисленные сообщения о плохом обращении с пациентами психиатрических больниц, что привело к закрытию данных учреждений. Несмотря на то, что психиатрическая помощь была включена в SUS в 1988 г., она осуществлялась преимущественно в соответствии с контрактом между правительством и частными психиатрическими больницами, на которые было направлено 93% всего бюджета, выделяемого на охрану психического здоровья [1].

Политика в сфере психического здоровья в Бразилии была определена главным образом после принятия Каракасской декларации в 1990 году [2]

и базировалась на правах пациентов и оказании амбулаторной психиатрической помощи [1]. Однако эффективное сокращение числа психиатрических коек произошло после принятия в 2001 г. Закона о психическом здоровье № 10.216, направленного на замещение стационарной психиатрической помощи амбулаторной [3].

Цель данного исследования — получить новые данные о развитии амбулаторной психиатрической службы в Бразилии и обсудить успехи, проблемы и ограничения, связанные с внедрением положений национальной политики в сфере охраны психического здоровья.

МЕТОДЫ

Была разработана методика поиска информации на следующие темы: а) краткая информация об истории основания амбулаторной психиатрической службы в стране; б) описание главных характеристик амбулаторных служб; в) общие характеристики системы психиатрической помощи, касающиеся персонала, стоимости, финансирования, числа коек, лечения и доступности услуг; г) распространенность, бремя и доступность лечения психических расстройств в стране; д) преимущества и недостатки системы психиатрической помощи и определяющей ее политики. Поиск охватывал соответствующие исследования, документы, отчеты, правительственные базы данных и проводился с использованием национальных и международных баз данных, таких как Medline, Scielo, Google Scholar, сайт Министерства здравоохранения Бразилии и сайт Всемирной организации здравоохранения за период до 30 марта 2019 года. Статьи отбирали по актуальности и полноте информации в соответствии с вышеупомянутыми темами и включали в настоящий обзор. Поиск не был исчерпывающим, и некоторые значимые публикации могли быть пропущены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Обеспечение амбулаторной психиатрической помощью

В течение последних нескольких десятилетий происходил переход от стационарной модели психиатрической помощи к амбулаторной. Характерной чертой его стало значительное сокращение числа психиатрических больниц с 87 134 коек в 1994 г. до 25 097 коек

в 2016 г. [3]. Создана программа оценки психиатрических больниц под названием Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) для анализа общего числа психиатрических коек в учреждениях системы здравоохранения и принятия мер по расторжению соглашений о публично-частном партнерстве при несоответствии психиатрических больниц определенным требованиям, касающимся: мощности больницы и числа коек, приемлемости структуры и условий больницы, при поступлении сообщений о плохом обращении с пациентами и нарушении прав человека, использования электросудорожной терапии даже у подходящих для нее пациентов. Программа была разработана для оценки удовлетворенности потребителей услугами, установления показателей эффективности услуг, внедрения стандартов качества медицинской помощи и поддержки организаторов здравоохранения.

Несмотря на то что Законом № 1631/2015 установлено идеальное число психиатрических коек, равное 0,45 на 1000 жителей [4], в период с 2005 по 2016 г. оно снизилось на 40% – с 0,22 до 0,12 на 1000 жителей, что привело к нехватке психиатрических коек в стране. В течение этого периода незначительно увеличилось число психиатрических коек в больницах общего профиля — с 570 коек в 2013 г. до 1117 коек в 2017 г. [5]. Кроме того, в разных регионах страны число психиатрических коек было неравномерным: 0,012 на 1000 жителей в северном регионе и 0,18 на 1000 жителей в южном регионе [6].

Система амбулаторной психиатрической помощи в Бразилии включает сложную психосоциальную сеть психиатрических служб (Rede de atenção psychosocial — RAPS), созданную в 2011 г. с целью профилактики и лечения психических нарушений, а также социальной интеграции людей, страдающих психическими заболеваниями и злоупотребляющих психоактивными веществами. Постановлением правительства в RAPS недавно были включены такие службы, как амбулаторные психиатрические службы, наркологические центры (Comunidades terapêuticas), психиатрические и дневные больницы [7]. Все имеющиеся психиатрические службы описаны в табл. 1 [8]. Лечение пациентов с легкими и умеренными нарушениями психического здоровья в структуре первичной медицинской помощи занимаются врачи общей практики под руководством врача-психиатра.

Таблица 1. Описание учреждений, входящих в состав сети психиатрической помощи в Бразилии

	Описание	Количество учреждений
CAPS-1	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми психическими нарушениями и злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 15 000.	1069
CAPS II	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми психическими нарушениями и злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 70 000.	476
CAPS III	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелыми и тяжелыми психическими нарушениями и злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 150 000. Включает пять психиатрических коек.	85
CAPS ADII	Центр психосоциальной помощи пациентам со среднетяжелым и тяжелым злоупотреблением психоактивными веществами в городе с населением более 150 000.	69
CAPS AD III	Центр психосоциальной помощи, специализирующийся на злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами, с 8-12 стационарными койками.	309
CAPS AD IV	Центр психосоциальной помощи для пациентов со тяжелым злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, предоставляющий круглосуточную психиатрическую помощь в городе с населением более 500 000. Количество психиатрических коек составляет от 8 до 30.	—
CAPS детский	Специализированный центр для детей и подростков с тяжелыми психическими заболеваниями (например, аутизмом).	201
Медицинские пансионаты для взрослых пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами	Размещение в домах профессионального ухода исключительно уязвимых лиц, употребляющих крэк и прочие психоактивные вещества, в условиях ограниченной поддержки семьи и общества. Кратковременное пребывание до шести месяцев ("Unidades de Acolhimento")	34
Медицинские пансионаты для детей	Размещение в домах профессионального ухода исключительно уязвимых детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет, злоупотребляющих алкоголем или психоактивными веществами, в условиях ограниченной социальной поддержки ("Unidades de Acolhimento")	22
Дневной стационар	Особое психиатрическое лечение определенных пациентов, недавно выписанных из стационара и требующих интенсивной помощи (до 12 часов в день).	649
Психиатрическое отделение в многопрофильном стационаре	Краткосрочная госпитализация лиц с острыми симптомами, риском суицида, тяжелыми нарушениями способности к самообслуживанию и агрессивным поведением. В стране имеется 233 многопрофильных стационара с 1167 психиатрическими койками.	233
Наркологические реабилитационные центры	("Comunidadesterapêuticas") Среднесрочное пребывание в домах под надзором специалистов в области помощи пациентам с алкогольной и наркотической зависимостью для восстановления и помощи в реабилитации.	412
Специализированные общежития	Проживание пациентов, выписанных после долгосрочного лечения в психиатрических клиниках, в условиях минимальной поддержки семьи или ее отсутствия. Два специалиста по уходу за пациентами с психическими расстройствами осуществляют надзор за проживающими (до восьми человек).	3470
Психиатрический стационар	Специализированные психиатрические стационары, оказывающие медицинскую помощь помимо многопрофильных больниц (примерно 25 000 коек)	167
Амбулаторная помощь	Специализированные амбулаторные центры психиатрии и прочих медицинских специальностей, специализирующиеся на лечении среднетяжелых и тяжелых психических нарушений и прочих сопутствующих состояний.	1991

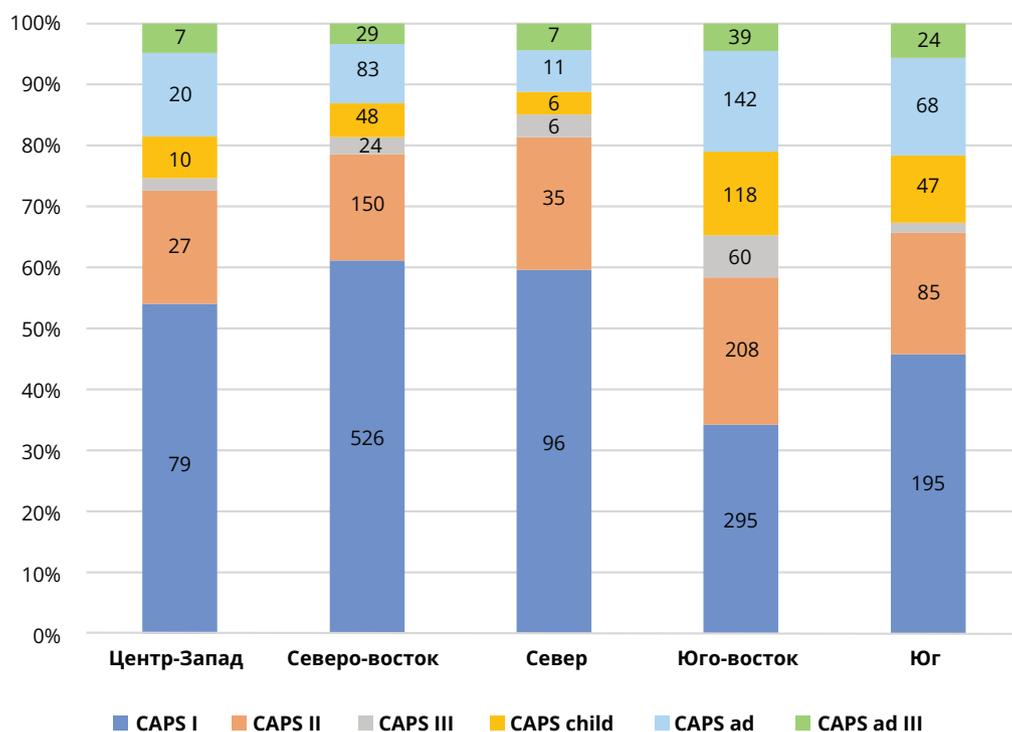


Рисунок 1. Распределение центров психосоциальной помощи в Бразилии.

Пациентов с умеренными и тяжелыми нарушениями психического здоровья лечат врачи-психиатры в амбулаторных учреждениях — специализированных поликлиниках, в которых работают медицинские специалисты разного профиля. Пациентов с психозами, нарушениями вследствие употребления алкоголя и психоактивных веществ, аутизмом и другими тяжелыми психическими нарушениями лечат в различных типах центров психосоциальной помощи (CAPS), которые описаны в табл. 1 [6]. Таким образом, психиатрическая служба интегрирована в систему здравоохранения страны. В психиатрические учреждения направляют из учреждений первичной медицинской помощи, при оказании первой и экстренной помощи, из больниц; также возможно самообращение.

Амбулаторная психиатрическая служба непрерывно расширяется: количество центров психосоциальной помощи (CAPS) увеличилось с 424 в 2004 г. до 3013 в 2018 г. Число CAPS на 100 000 жителей увеличилось с 0,21 в 2004 г. до 0,86 в 2014 г. [6]. Согласно показателям Министерства здравоохранения, число CAPS от 0,5 до 0,69 на 100 000 жителей соответствуют хорошему охвату населения, число выше — отличному. По данным последнего отчета (2015 г.), CAPS

распределены по стране неравномерно: в диапазоне от 0,38 до 1,57 на 100 000 жителей [6].

Рис. 1 и 2 демонстрируют неравномерное распределение амбулаторных психиатрических учреждений по стране. Большинство CAPS сосредоточены на Юге и в южной части страны, где проживает 56% населения. Большинство психиатрических учреждений расположены в штате Сан-Паулу на юго-востоке Бразилии. На данной территории проживает 21% бразильского населения и сосредоточено 34% ВВП страны. Психиатрических коек в больницах общего профиля в стране по-прежнему мало, и основная доля их сосредоточена на Юге и в южных регионах страны (рис. 2). Кроме того, созданы специализированные общежития для пациентов, выписанных из психиатрических больниц. Каждое из таких учреждений расположено рядом с одним CAPS, в котором осуществляется психиатрическое лечение. В 2005 г. в бразильских психиатрических больницах проходили лечение 9000 человек, в 2014 г. 4439 человек проходили лечение в 53 психиатрических больницах штата Сан-Паулу, в котором зарегистрировано наибольшее количество долгосрочных госпитализаций [19].

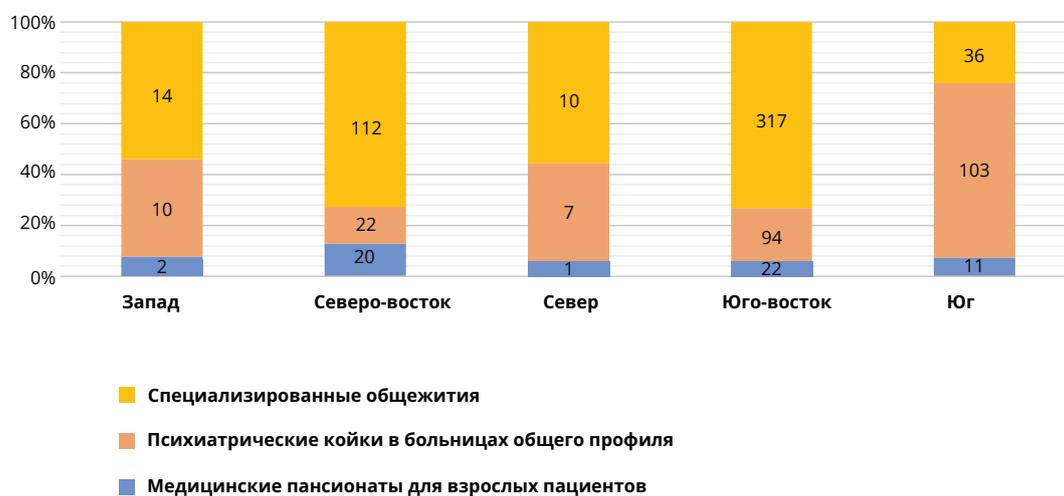


Рисунок 2. Распределение медицинских пансионатов, специализированных общежитий и многопрофильных стационаров с психиатрическими койками в Бразилии, 2017 г.

2. Использование служб, потребности в психиатрической помощи и характеристики популяции

2.1. Распространенность и бремя психических нарушений в Бразилии

На психические нарушения приходится 13% лет жизни с коррекцией на нетрудоспособность в Бразилии, и депрессия занимает четвертое место среди факторов, обуславливающих данное бремя. Бразилия лидирует по количеству лет, прожитых с нетрудоспособностью (YLD) в Америке, на психические нарушения приходится 36% данной величины [9]. В Бразилии отмечается наибольшее количество случаев тревожных расстройств, и она занимает пятое место по количеству случаев депрессии [10]. Тревога и депрессия занимали пятое и шестое место среди причин YLD в исследовании GBD в Бразилии в 2016 г. [10], составляя 7,5% и 9,3% от YLD [9]. Шизофрения и биполярные расстройства составляли 1,6% и 1,4% от YLD [9].

С другой стороны, употребление алкоголя и межличностное насилие занимали второе место среди причин YLD в Бразилии в 2016 г. [11]. Кроме того, поведенческие факторы риска, связанные со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, почти удвоились в период с 1900 по 2016 г.: на них приходится 12,2% лет жизни с поправкой на нетрудоспособность, они стали ведущим фактором риска у мужчин [11]. Одно исследование насилия и травматический событий [12] показало, что распространенность травматический событий в Рио-де-Жанейро

и Сан-Паулу составляла 35% и 21% соответственно, и данные явления были связаны с психическими нарушениями, что указывает на значимость социальных и культурных факторов и окружающей среды, влияющих на психическое здоровье.

Кроме того, суицид занимает четвертое место среди причин смерти лиц в возрасте от 15 до 29 лет [13, 14]. Частота суицида в Бразилии составляла 5,8 случаев смерти на 100 000 населения в 2014 г. [13]. 69% попыток суицида были зафиксированы у женщин, 58% из них были связаны с отравлением. Более 60% случаев суицида отмечалось на Юге и в южных регионах страны, которые являются наиболее обеспеченными. Частота суицида у мужчин значительно выше, чем у женщин, особенно среди лиц старшего возраста, но также и среди подростков: 9,0 на 100 000 мужчин и 2,4 на 100 000 женщин. Частота суицида среди подростков за десять лет повысилась на 24%, что связано с социальным неравенством и безработицей [15, 16]. Суицид также является ведущей причиной смерти коренного населения в возрасте от 10 до 19 лет.

Несмотря на высокую распространенность психических нарушений в Бразилии, психиатрическая служба используется недостаточно. Это обусловлено наличием ряда препятствий. Например, имеет место недостаточное информирование населения органами здравоохранения о симптомах психических нарушений и доступности лечения. Одно исследование [17] показало, что в психиатрическую службу обращались 10% лиц, страдающих тревожными расстройствами,

22% лиц с депрессией и 34% лиц с обоими нарушениями. Службу чаще использовали лица европеоидной расы старше 30 лет с низкой способностью к адаптации и проживающие в районах с низким уровнем убийств. Другое исследование [18, 19] показало, что только 15% лиц с психическими нарушениями, выписанных из психиатрических стационаров и проживающих в специализированных общежитиях, получает психосоциальную помощь в амбулаторных психиатрических учреждениях вне зависимости от их потребности в психосоциальной реабилитации.

2.2. Длительность пребывания в психиатрических стационарах

Сокращение психиатрических коек и ускорение процессе перехода к амбулаторной помощи привели к нехватке психиатрических коек, а также к уменьшению сроков госпитализации в психиатрические стационары. Ежегодное количество госпитализаций в психиатрические стационары и психиатрические отделения многопрофильных больниц на 100 000 населения составило в среднем 216 и 60,8 соответственно [20]. Длительность госпитализации составила менее одного года в 63% случаях, при этом были предложены финансовые поощрения сокращения сроков госпитализации [6].

2.3. Качество психиатрической помощи

Политика в сфере психического здоровья направлена на сокращение сроков госпитализации и мониторинг охвата и доступности служб, а также на количества пациентов, которые наблюдаются у врачей, а не на оценку целей и эффективности лечения. Имеется ряд отдельных инициатив по улучшению технической эффективности службы, однако показатели психического здоровья в стране не используются. Управление затратами на здравоохранение остается трудной задачей, и оценка необоснованных затрат ресурсов обычно не учитывается.

2.3.1. Персонал

В Бразилии наблюдается нехватка медицинских специалистов в психиатрии, особенно в наиболее бедных районах страны. В 2014 г. количество медицинских специалистов в психиатрии на 100 000 населения составляло 3,40 психиатра, 3,22 психолога, 13,99 социального работника, 3,05 медсестры,

1,16 реабилитолога и 4,15 врача других специальностей [20]. По данным последнего опроса Бразильского медицинского совета [21], в стране насчитывалось 10 396 психиатров, что соответствует 5,01 на 100 000 населения или увеличению на 30% за последние пять лет, хотя расчетная потребность в психиатрическом персонале примерно в два раза выше. Тем не менее психиатры составляют примерно 2,7% всех медицинских специалистов в стране, но распределение медицинских работников остается неравным в различных регионах: 2,1% в северных регионах, 7,8% в северо-западных, 12,6% в северо-восточных, 23,1% на Юге и 53,4% в южных регионах. Таким образом, количество психиатров в стране колеблется от 0,69 до 12,84 на 100 000 населения.

2.3.2. Препараты и психиатрические вмешательства

Психотропные препараты финансируются федеральным правительством, особенно препараты с высокой стоимостью. В частности, на атипичные нейролептики приходится 93% общественных расходов на дорогостоящие препараты. В SUS доступно 14 нейролептиков, пять из которых являются атипичными. Наблюдается недостаток исследований, оценивающих экономическую эффективность и значение данных препаратов в стране, а также огромные колебания цен, даже с точки зрения правительства [22]. С другой стороны, в системе здравоохранения доступно меньшее разнообразие антидепрессантов, несмотря на их более низкую стоимость и высокую распространенность депрессии и тревоги в стране [23]. В системе здравоохранения также доступны лития карбонат, противосудорожные препараты, ингибиторы холинэстеразы и бензодиазепины. Было внедрено лишь одно руководство, регулирующее применение нейролептиков в лечении шизофрении и биполярных расстройств.

Одно исследование [24] показало, что 6,5% всего населения Бразилии применяет психотропные средства: антидепрессанты (2,7%), препараты для лечения анорексии (1,65%), транквилизаторы (1,61%) и нормотимики (1,23%); отношение женщин к мужчинам среди потребителей составляет 3:1. 46% данных препаратов было назначено врачами общей практики, и 86% данных препаратов оплачивали пациенты и их семьи.

Немедикаментозные психиатрические вмешательства различаются по типу, количеству и качеству и предоставляются на всех уровнях оказания помощи. Одно исследование [25] оценивало 10 CAPS в Сан-Паулу и выявило 457 различных мер, связанных с психическим здоровьем, что подчеркивает высокий уровень гетерогенности данных услуг. Были внедрены образовательные программы, например «Очищение» или бразильская версия «Тамојунто», для предотвращения злоупотребления алкоголем и психоактивными среди подростков, однако результаты были противоположны ожиданиям: зарегистрировано повышение риска употребления подобных веществ на 30% в данной популяции [26]. Программа была недавно прекращена, и Министерство здравоохранения впервые финансировало исследование эффективности с использованием научных доказательных данных для более подробного анализа приемлемости данной программы в стране.

2.3.3 Участие в социальной жизни

Некоторые программы предназначены для расширения участия лиц с психическими нарушениями в социальной жизни. «Программа по возвращению домой» («De voltar para casa»), начатая в 2003 г. Министерством здравоохранения, включает ежемесячные финансовые выплаты (412,00 бразильских реалов) и предложена 4349 пациентам, выписанным после долгосрочной госпитализации в психиатрические учреждения и возвращающихся к жизни со своими семьями [6]. Ежегодная стоимость данной программы в среднем составляет 20 миллионов бразильских реалов.

В 1991 г. был принят закон, поощряющий предоставление рабочих мест лицам с любыми видами инвалидности, хотя в нем не определен допустимый уровень нарушения интеллекта. Так, предприятие со 100 сотрудниками должно трудоустроить от 2 до 5% пациентов с физическими или умственными нарушениями. Термин психического нарушения был включен в Закон 8213/91 в 1999 г., однако большинство таких лиц по-прежнему остается без работы. В 2012 г. дополнительный Закон 2.764 распространил данное право на лиц с расстройствами аутического спектра; тем не менее данные законы не касаются пациентов с шизофренией.

2.3.4. Финансирование

Расходы на здравоохранение составляли примерно 9% от ВВП Бразилии в 2015 г., 5,2% этой суммы

приходилось на затраты семей и частных учреждений [27]. Треть населения охвачена частным медицинским страхованием, затраты на которое составляют в среднем 440,00 бразильских реалов в месяц.

Расходы на общественное здоровье в Бразилии в 2018 г. составили 3,8% от ВВП, в 2017 г. федеральное правительство выделило на здравоохранение 1,8% от ВВП. Расходы федерального правительства на здравоохранение составили 117 миллиардов бразильских реалов, две трети из которых предназначались для медицинской помощи среднего и высокого уровня (специализированная и высокоспециализированная помощь), а оставшаяся треть - для первичной помощи и снабжения лекарственными препаратами [28]. В среднем ежегодные расходы на общественное здоровье составляют, по оценкам, около 1200,00 бразильских реалов на душу населения. Здравоохранение также финансируется штатами и муниципалитетами: расходы составляют от 12 до 15% от их доходов.

Официальные данные по бюджету психиатрической службы в Бразилии отсутствуют, хотя, по оценкам предшествующих исследований, на долю психиатрии в общем бюджете на здравоохранение приходилось от 2 до 2,5%; опрос Atlas в 2014 г. показал, что федеральные инвестиции в психиатрическую службу в 2014 г. составили 43,16 доллара США на душу населения [20]. В 2017 г. Министерство здравоохранения Бразилии назначило суточные тарифы для психиатрических стационаров (до 90 суток) в зависимости от количества психиатрических коек: 82,40 бразильского реала на койку в сутки (до 160 коек), 70,00 бразильских реалов (от 160 до 240 коек), 63,11 бразильского реала (от 241 до 400 коек) и 59,00 бразильских реалов (более 400 коек) [29]. Была также создана новая служба, CAPS AD IV; ежемесячные расходы на ее внедрение составляли от 33 000,00 до 99 000,00 бразильских реалов в зависимости от количества психиатрических коек.

В нескольких исследованиях были предприняты попытки оценить прямые расходы на психиатрическую службу и лечение. В одном исследовании оценивали затраты на двадцать специализированных общежитий в Сан-Паулу: показано, что средние ежегодные затраты на каждого проживающего в 2017 г. составляли 19 621,44 доллара США [19, 30], что в два раза превышает доход на душу населения в Бразилии.

Федеральное правительство финансировало 73,4% данной суммы, остальное финансировали местные правительства. На общежития приходится до 90% от общего пакета помощи пациентам с психическими нарушениями, выписанными после долгосрочного стационарного лечения. Расходы на общежития зависят от географического региона и от длительности нахождения пациентов в психиатрических стационарах и пользования услугами общежитий [19]. Среднее значение и стандартное отклонение расходов на психотропные препараты в месяц на одного проживающего в данной выборке составило $216,07 \pm 380,40$ бразильского реала в 2011 г. На расходы на психотропные препараты преимущественно влияла поли-терапия атипичными нейролептиками, которая была основным фактором, определяющим непосредственные затраты на медицинскую помощь [18].

В другом исследовании, оценивавшем затраты на CAPS-AD в городе в штате Сан-Паулу, было показано, что ежемесячные затраты составляли 64 017,54 бразильского реала, 62,1% финансировалось федеральным правительством [31, 32]. В среднем непосредственные расходы в здравоохранении на пациента с алкогольной и наркотической зависимостью составили 149,00 долларов США в месяц.

С другой стороны, федеральное правительство финансировало 20% прямых расходов на медицинскую помощь (препараты и клиническое лечение) при госпитализациях в психиатрические стационары, за исключением расходов на проживание [33]. В среднем затраты на госпитализацию в психиатрические стационары составили 371,00 бразильский реал на душу населения в 2015 г., расходы на проживание составляли половину.

ОБСУЖДЕНИЕ

Состояние психиатрической службы Бразилии оценивали в нескольких исследованиях; один систематический обзор охватывал 35 исследований, все из которых касались Юга и южных регионов страны [34]. Основные результаты этого обзора показали некоторые положительные сдвиги в использовании пациентами услуг CAPS, улучшении кризисного управления и высокий уровень удовлетворенности семей услугами. Напротив, медицинские работники в сфере психиатрии высказывали недовольство высокой нагрузкой и требованиями, недостатком профессиональных

навыков и обучения и неудовлетворительными условиями труда.

Кроме того, в данном обзоре и прочих публикациях был поднят вопрос об отсутствии интеграции между психиатрической службой и первичной помощью [34, 35], что подчеркивает необходимость преодоления барьеров, таких как отсутствие профессионального обучения, отсутствие квалифицированных сотрудников в первичном звене и отсутствие четкой политики в сфере здравоохранения и родственных областях.

Реформа психиатрии в Бразилии преимущественно осуществлялась под влиянием идеологии *Basaglia*, что позволило некоторым законодателям определять политику в области психиатрии с отрицанием потребности в госпитализации в случаях острых эпизодов с умеренным и тяжелым риском. Таким образом, политика не была основана на научных доказательствах данных и потребностях населения. В этом смысле ускоренное сокращение психиатрических коек без соответствующей амбулаторной поддержки было вредным для пациентов, оставшихся без доступа к помощи. Количество психиатрических стационаров и психиатрических коек в многопрофильных стационарах остается недостаточным для удовлетворения имеющихся потребностей [36]. Количество доступных в стране психиатрических коек в два раза ниже в сравнении со странами с высоким уровнем дохода. Министерство здравоохранения было предупреждено о том, что 50 000 лиц с тяжелыми психическими нарушениями находятся в местах лишения свободы в результате быстрого сокращения психиатрической службы и недостаточности стратегий по лечению лиц, выписанных из стационаров [7, 37]. Также имеется важный пробел в терапии депрессии и тревожных расстройств, хотя данные нарушения очень распространены в первичном звене. Оценки распространенности тревоги за двенадцать месяцев показали, что 23% пациентов с тревогой в городе Сан-Паулу получали лечение, 10% из них — адекватное [38]. Несмотря на высокую распространенность симптомов данных нарушений в первичном звене, которая составляет от 51% до 64% [39], конкретная программа или политика, направленная на решение данной проблемы, отсутствует. Основными препятствиями во многих регионах страны остаются недостаточная доступность служб и обученных медицинских

работников, которые могли бы проводить надлежащее лечение [40]. Терапия данных нарушений клинически и экономически эффективна [41], а также финансово оправдана [23], но психические расстройства не являются приоритетом несмотря на высокую распространенность.

Исследований в области психического здоровья по-прежнему недостаточно, слишком мало информации, связанной с оценкой службы, эффективности терапии и затратами на здравоохранение [34]. В стране отсутствует традиция принятия решений на основе национальных научных доказательных данных при определении политики в области здравоохранения. CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias), комитет по оценке технологий в области здравоохранения, определил, что исследования экономической эффективности являются одним из требований при решении вопроса о включении нового метода лечения в систему охраны здоровья. Тем не менее эти исследования представляют собой моделирование на основе международных данных и проводятся фармацевтическими компаниями с явным наличием конфликта интересов. Существует мало эмпирических данных по стоимости и эффективности терапии и услуг, и большинство разработчиков стратегий и лиц, принимающих решения, не обучены экономике здравоохранения. В исследовании среди заинтересованных лиц было выявлено 10 приоритетов в области исследований психического здоровья, таких как экономическая эффективность нейрорептиков, оценка отдельных вмешательств при злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами и качественные исследования препятствий на пути разработки терапии психических заболеваний и развития психиатрической службы [42].

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ И ВЫВОДЫ

Внедрение амбулаторной психиатрической службы продолжается, этот процесс претерпевает поправки с учетом различных точек зрения при смене правительства. Отсутствие долгосрочного плана действий в сфере психического здоровья обуславливает прерывание программ и услуг, что в конечном итоге приводит к нецелевым расходам ресурсов при каждой смене правительства. Отсутствие прозрачности информации о службах и затратах остается основным препятствием на пути к дальнейшему развитию. Имеется

потребность в объединении нескольких служб и в долгосрочном планировании фаз развития [14]. Кроме того, следует использовать доказательные данные, полученные в национальных исследованиях, а национальная политика в сфере здравоохранения должна соответствовать потребностям групп риска.

Благодарность: Авторы благодарят Жара де Хесус Мари (Jair de Jesus Mari) за его комментарии и участие в составлении данной рукописи.

Вклад авторов: Дениз Раззук участвовала в планировании, поиске, извлечении и отборе данных, а также в написании работы. Даниэла Шелли Капарроче участвовала в поиске и извлечении данных, а также в написании работы. Агла Соуза участвовала в поиске и извлечении данных, а также в написании работы.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Denise Razzouk

drazzouk@gmail.com

Цитировать:

Раззук Д., Капарроче Д.Ш., Соуза А. Амбулаторная психиатрическая служба в Бразилии // Consortium Psychiatricum. 2020. Т.1, №1. СР 2712-7672-2020-1-1-60-70. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-60-70

Список литературы

1. Brazil, Ministério da Saúde. [Ministry of Health of Brazil]. Reforma psiquiatrica e politica e saúde mental no Brasil [Psychiatric reform and the mental health policy in Brazil]. Brasilia; 2005. Accessed 20th May, 2020. Available at: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/sau.de_mental_volume_5.pdf. [In Portuguese]
2. Bolis M, PAHO/WHO. The Impact of the Caracas Declaration on the Modernization of Mental Health Legislation in Latin America and the English-speaking Caribbean. 9th Jul 2002; Amsterdam: PAHO/WHO; 2002 1-19. Accessed 20th May, 2020. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.525.8287&rep=rep1&type=pdf>
3. Kilsztajn S, Lopes E, Limal L et al. Hospital beds and mental health reform in Brazil. Cad Saúde Pública 2008;24(10). doi: 10.1590/S0102-311X2008001000016.
4. Brazil, Federal Medical Council (Conselho Federal de Medicina

- do Brasil). Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria. 2017. [In 11 years, SUS lost 40% of psychiatric beds] [In Portuguese] Accessed 20th May, 2020. Available at: <https://www.crmpr.org.br/Em-11-anos-SUS-perde-quase-40-de-seus-leitos-de-internacao-em-psiquiatria-11-47847.shtml>.
5. Brazil, Ministério da Saúde. [Ministry of Health of Brazil]. Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. [Overview and diagnostic of National Mental Health Policy] [In Portuguese] Ministério da Saúde do Brasil. [National Mental Health Policy Review. Ministry of Health of Brazil]. 2017. Accessed 20th May, 2020. Available at: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. [In Portuguese]
 6. Brazil, Ministério da Saúde. [Ministry of Health of Brazil]. Saúde Mental em dados 12. Ministério de Saúde do Brasil. [Mental Health in Data. Ministry of Health of Brazil]. 2015. Accessed 20th May, 2020. Available at: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. [In Portuguese]
 7. Brazil, Ministério da Saúde. Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. [Technical Note 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS] Ministry of Health Brazil. 4-3-2019. Accessed 20th May, 2020. [In Portuguese] Available at: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
 8. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst* 2008;2(1):12. doi: 10.1186/1752-4458-2-12. PMID: 18775070
 9. PAHO. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. Washington DC: PAHO; 2018. Accessed 20th May, 2020. Available at: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
 10. Sousa I. Brazil: the world leader in anxiety and depression rates. *Brazilian Psychiatric Journal* 2017;39:384. doi: 10.1590/1516-4446-2017-2300.
 11. Marinho F et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2018;392(10149):760-775. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31221-2. PMID: 30037735.
 12. Ribeiro W, Mari J, Quintana M et al. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE* 2013;8(5):e63545. doi: 10.1371/journal.pone.0063545 PMID: 23667636
 13. Brazil, Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em Saúde. [Ministry of Health of Brazil, Secretariat of Health Surveillance]. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico* [Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in Brazil and a health care network. *Epidemiological Bulletin*]. 2017;48(30):1-14. Accessed 20th May, 2020. Available at: <http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. [In Portuguese]
 14. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos SR et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9(2):67-77. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00276.x. PMID: 20671888.
 15. Jaen-Varas D, Mari J, Azevedo E et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2019;41:5. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0223.
 16. Azevedo E, Ziebold C, Diniz E, Gadelha A, Mari J. Ten-year evolution of suicide rates and economic indicators in large Brazilian urban centers. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31:265-271. doi: 10.1097/YCO.0000000000000412. PMID: 29528901.
 17. Filembaum G, Blay S, Melo M et al. Use of mental health services by community-resident adults with DSM-IV anxiety and mood disorders in a violence-prone area: São Paulo, Brazil. *Journal of Affective Disorders* 2019;250:145-152. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.010. PMID: 30856491.
 18. Razzouk D, Kayo M, Sousa A et al. The impact of antipsychotic polytherapy costs in the public health care in Sao Paulo, Brazil. *PlosOne* 2015;10(4). doi: 10.1371/journal.pone.0124791PMC4390144.
 19. Razzouk D. Accommodation and Health Costs of Deinstitutionalized People with Mental Illness Living in Residential Services in Brazil. *Pharmacoeconomics Open* 2019 Mar;3(1):31-42. doi: 10.1007/s41669-018-0078-z. PMID: 29713951.
 20. WHO. Mental Health Atlas 2014: Brazil profile. World Health Organization. 2014. Accessed 20th May, 2020. Available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/bra.pdf?ua=1.
 21. Scheffer M et al. Demografia Médica no Brasil 2018. [Medical demographic in Brazil] São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. [In Portuguese]
 22. Razzouk D. Cost variation of antipsychotics in the public health system in Brazil: the implication for health resource use. *J Bras Econ Saúde* 2017;9(suppl1):49-57. doi: 10.21115/JBES.v9.suppl1.49-57.
 23. Razzouk D. Why should Brazil give priority to depression treatment in health resource allocation? *Epidemiol Serv Saude* 2016;25(4):845-848. doi: 10.5123/S1679-49742016000400018. PMID: 27869978.
 24. Quintana M, Andreoli S, Moreira F et al. Epidemiology of Psychotropic Drug Use in Rio de Janeiro, Brazil: Gaps in Mental Illness Treatments. *PLoS ONE* 2013;8(5):e62270. doi: 10.1371/journal.pone.0062270 PMID: 23690934.
 25. Nascimento A, Galvanese A. Evaluation of psychosocial healthcare services in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2009;43(suppl1):1-6. doi: 10.1590/S0034-89102009000800003.
 26. Sanches Z, Sanudo A, Andreoni S, Schneider D, Pereira A, Faggiano F. Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. *BMC Public Health* 2016;16(1206). doi: 10.1186/s12889-016-3877-0. PMID: 27899107.
 27. National Health Council, CNS. Gastos dos brasileiros com saúde. [Brazilian health expenditures] 2018. Accessed 20th May, 2020. Available at: <https://www.spcbrazil.org.br/wpimpressa/wp-content/uploads/2018/02/An%C3%A1lise-Gastos-com-Sa%C3%BAdade.pdf> [In Portuguese]
 28. Brazil, Ministerio da Fazenda. [Ministry of Finance of Brazil]. Aspectos fiscais da saúde do Brasil. [Fiscal aspects of health in Brazil]. Brasília: Tesouro Nacional do Brasil; 2018. [Brazil National Treasury]. Accessed 20th May, 2020, Available at: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAdade2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>. [In Portuguese]
 29. Law 3.588, 21st December 2017, Ministry of Health Brazil (MS-Brazil), (2017). Accessed 20th May, 2020. Available at: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.

30. Razzouk D. Estimating costs of residential services. In: Razzouk D, editor. *Mental Health Economics: The costs and benefits of psychiatric care*. 1st ed. Cham: Springer International Publishing; 2017. 253-266. 486p.
 31. Becker P, Razzouk D. Estimation of cost for community mental health services. In: Razzouk D, editor. 1st ed. Cham: Springer International Publishing; 2017. 239-251. 486p.
 32. Becker P, Razzouk D. Cost of a community mental health service: a retrospective study on a psychosocial care center for alcohol and drug users in São Paulo. *Sao Paulo Medical Journal* 2018;136(5):433-441. doi: 10.1590/1516-3180.2018.0164310818. PMID: 30570094.
 33. Siomi A, Razzouk D. Costing psychiatric hospital wards in general hospitals. In: Razzouk D, editor. *Mental Health Economics: The costs and benefits of psychiatric care*. 1st ed. Cham: Springer International Publishing; 2017. 225-237. 486p.
 34. Costa P, Colugnati F, Ronzan T. Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(10):3243-3253. doi: 10.1590/1413-812320152010.14612014.
 35. Mari JJ. Mental healthcare in Brazil: modest advances and major challenges. *Advances in psychiatric treatment* 2014;20:113-115. doi: 10.1186/1752-4458-2-12PMC2553047.
 36. Loch A, Gattaz W, Rossler W. Mental healthcare in South America with a focus on Brazil: past, present, and future. *Curr Opin Psychiatry* 2011;29:264-269. doi: 10.1097/YCO.0b0000000000000259.
 37. Andreoli S, Santos M, Quintana M et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PlosOne* 2014;9(2):e88836. doi: 10.1371/journal.pone.0088836. PMID: 24551174.
 38. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety* 2018;1-14. doi: 10.1002/da.22711. PMID: 29356216.
 39. Gonçalves D, Mari JJ, Bower P et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública* 2014;30(3):623-632. doi: 10.1590/0102-311X00158412.
 40. Heidt R. Prevent Depression: Improving Access to Brazil's Mental Health Services. *Clinical Social Work and Health Intervention* 2016;7(4):20-24. doi: 10.22359/cswhi_7_4_03.
 41. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3(5):415-424. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30024-4. PMID: 27083119.
 42. Gregorio G, Tomlinson M, Gerolim J et al. Setting Priorities for Mental Health Research in Brazil. *Brazilian Psychiatric Journal* 2012;34(4):434-439. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.006.
-

Амбулаторная психиатрическая служба в Ливане

Community mental healthcare in Lebanon

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-71-77

Специальная статья

Joseph El-Khoury, Riwa Haidar, Raghid Charara

Department of Psychiatry, American University of Beirut Medical Center

Джозеф Эль-Хури, Рива Хайдар, Раджид Чарара

Кафедра психиатрии, Медицинский центр Американского университета Бейрута

ABSTRACT

Lebanon is a medium-income country in the Eastern Mediterranean which has seen a surge in interest in mental health over the past two decades following years of stagnation. The mental health needs of the country at primary care level and for severe psychiatric disorders are underserved. Political instability, chronic underfunding and widespread stigma have all contributed to maintaining a traditional model of private clinics affiliated with inpatient and long-stay psychiatric units. A number of initiatives have recently been launched to cater for patients with psychotic disorders and also to offer partial hospitalization for others with mood-related conditions. In parallel, the Ministry of Public Health, with international funding, has been instrumental in its efforts to standardize care at a national level, particularly for early detection and treatment in primary care settings. The priorities of the national mental health programme are consistent with the global trend in shifting services to the community. Hurdles remain, in line with those facing countries with similar socio-demographics and resources. These include limited third-party coverage of mental health, absence of training opportunities in multidisciplinary community settings and some clinicians' reluctance to update their ways of working. Development of a local workforce, familiar with evidence-based models of care and dedicated to providing a patient-centred approach in the least restrictive settings, is essential for consolidating community care in Lebanon. This would be reinforced by (overdue) legislation and implementation of a mental health law.

АННОТАЦИЯ

Ливан — страна со средним уровнем доходов, расположенная в восточной части Средиземноморья. В последние 20 лет, после долгого периода стагнации, в Ливане наблюдается рост интереса к вопросам психического здоровья. Потребности страны в психиатрической помощи на уровне первичного звена здравоохранения, а также при лечении тяжелых психических расстройств удовлетворяются недостаточно. Политическая нестабильность, хроническое недофинансирование, повсеместная стигматизация больных — все эти факторы вносят вклад в поддержание традиционной модели, когда частные клиники существуют при психиатрических стационарах и стационарах длительного пребывания пациентов. Недавно в стране началась реализация ряда инициатив, нацеленных на помощь пациентам с психотическими расстройствами, а также на обеспечение частичной госпитализации пациентов с аффективными расстройствами. Параллельно с этим Министерство здравоохранения страны, опираясь на международное финансирование, успешно реализует программу стандартизации психиатрической и психологической помощи на национальном уровне, уделяя особое внимание мерам по раннему выявлению расстройств и лечению в системе первичной медицинской помощи. Приоритеты национальной программы по охране психического здоровья согласуются с общемировой тенденцией приближения помощи к месту жительства пациента. Тем не менее, как и в странах со сходными социально-демографическими характеристиками и ресурсами, в Ливане сохраняется ряд проблем. В частности, это проблемы, связанные с ограничениями страхового покрытия психических расстройств, отсутствием обучения

работников в условиях междисциплинарных команд в амбулаторном звене и нежеланием некоторых врачей осваивать новые методы работы. Для развития в Ливане системы помощи по месту жительства необходимо увеличение численности персонала, знакомого с научно обоснованными методами и работающего в пациент-центрированном подходе в минимально ограничивающих пациента условиях. Содействовать этому должен закон о психиатрической помощи, необходимость в разработке и принятии которого давно назрела.

Keywords: *community mental health; psychiatric services; Eastern Mediterranean; Lebanon; global mental health*

Ключевые слова: *амбулаторная психиатрическая помощь; психиатрическая служба; Восточное Средиземноморье; Ливан; глобальное психическое здоровье*

ВВЕДЕНИЕ

Ливан по классификации ВОЗ относится к региону Восточного Средиземноморья. Это страна со средним уровнем доходов, в которой проживает более 5,5 млн человек. Психические расстройства и расстройства вследствие употребления психоактивных веществ относятся к заболеваниям, создающим основную нагрузку на систему здравоохранения Ливана. Расчетный показатель числа лет, скорректированный с учетом нетрудоспособности, для этой группы заболеваний достигает 1872 на 100 000 человек [1], а смертность от самоубийств — 3,3 на 100 000 человек [2]. По разным оценкам, приблизительно каждый четвертый житель Ливана страдает по крайней мере одним психическим расстройством [2]. Военные травмы, гражданские конфликты и разного рода политические неурядицы всегда вносили вклад в высокую распространенность психических заболеваний в Ливане [2–4]. В условиях сохраняющейся в стране и регионе экономической и политической нестабильности эти показатели в обозримом будущем, вероятно, будут расти и далее. Кроме того, продолжающийся конфликт в соседней Сирии создает дополнительные проблемы с доступом к психиатрической помощи для беженцев, приток которых увеличил население Ливана приблизительно на 30% [5]. Удивительно, но лишь пятая часть жителей Ливана с психическими расстройствами обращается за медицинской помощью. Подавляющее большинство источников в качестве препятствия к этому указывает низкую осознаваемую потребность в лечении [6]. Также описаны случаи очень позднего обращения жителей Ливана за адекватной психиатрической помощью [7]. Как будет подробно рассмотрено далее, модель оказания психиатрической помощи в Ливане в основном опирается на частный сектор и предполагает централизованное стационарное лечение пациентов, которые

сознают потребность в психиатрической помощи и могут себе позволить соответствующие расходы.

На фоне утяжеления общенационального бремени психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также слишком медленного роста осведомленности о психических расстройствах, который к тому же не сопровождается развитием соответствующей медицинской помощи, настало время оценить роль амбулаторной психиатрической помощи (АПП) по месту жительства применительно к условиям Ливана. Цель данного обзора — обосновать важность внедрения или развития в Ливане системы АПП по месту жительства, оценить локальные и общенациональные возможности для этого, а также связанные с этим сложности.

КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Специализированные психиатрические госпитали появились в Ливане относительно недавно. Первым таким учреждением стала Ливанская больница для душевнобольных в Асфуриехе, открытая в августе 1900 г. в период британского правления. Эта больница закрылась в 1983 г. в силу определенного сочетания политических и финансовых обстоятельств. В начале XX века французские миссионеры основали другую психиатрическую больницу — госпиталь Креста (Дейр-эль-Салиб), расположенный в нескольких милях к северу от столицы страны — г. Бейрута. В 1959 г. Дар Аль-Айяза Аль-Исламия (Исламский центр сестринского ухода) вскоре после своего основания открыл у себя отделение психиатрической помощи, преимущественно в форме длительного пребывания в центре [8]. Все эти учреждения оказывали помощь как психиатрические лечебницы, что согласовалось с тогдашними стандартами и считалось подходящим для общественных нужд. Однако стигматизация, окружающая госпитализацию

по психиатрическим показаниям, привела к тому, что больницы в Асфуриехе и Дейр-эль-Салибе стали ассоциироваться у населения с местами, где царствует ужас и отчаяние. Если не считать открытия в последнее десятилетие отделения детоксикации в больнице Дар-эль-Башек (2014 г.) и стационарного отделения в больнице Рафик-эль-Харири (2018 г.), государство не приложило никаких усилий к развитию учреждений государственного сектора, предпочитая вместо этого финансировать койки в частных больницах [9]. Это значит, что многие десятилетия оказание помощи отдавалось на сторону без какого-либо надзора за ней, а процессы реформирования сектора охраны психического здоровья практически остановились.

ОБЗОР СИСТЕМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛИВАНЕ

Службы психиатрической помощи в Ливане действуют на основе декрета № 72, принятого в 1983 г., в котором описывается организационная структура служб психиатрической помощи (ПП) вместе с мерами по защите и регулированию прав человека, вопросам опекуна и доступа к стационарной помощи для наиболее уязвимых групп населения [10]. Еще один декрет (№ 673) оговаривает вопросы употребления психоактивных веществ и меры по борьбе с поступлением таких веществ, механизмы контроля за употреблением психоактивных веществ и соответствующие наказания, классифицируя употребление таких веществ как преступление с соответствующими санкциями.

Ливанская система оказания ПП фрагментирована, а большинство услуг в области ПП оказываются специализированными амбулаторными и стационарными учреждениями частного сектора. В настоящее время забота о психическом здоровье почти никак не интегрирована в деятельность центров первичной медицинской помощи и диспансеров [11]. Специализированные амбулаторные учреждения по оказанию психиатрической помощи представляют собой преимущественно частные клиники, где оказывается психиатрическая или психологическая помощь, — либо на базе независимых практик, либо на базе вузовских клиник. В Ливане имеется восемь психиатрических отделений (все они — отделения в больницах общего профиля), что составляет 1,5 профильные койки на 100 000 человек, и 5 специализированных психиатрических больниц

(28,52 койки на 100 000 человек). Крупнейшей среди психиатрических больниц является Дейр-эль-Салиб, насчитывающая 1000 коек [12], за ней идет больница Дар Эль-Айяза с 377 койками для пациентов, получающих психиатрическую помощь [8]. Стоит отметить, что среди тех, кто был выписан из психиатрических больниц, менее 25% обращались за дальнейшей амбулаторной помощью в течение месяца после выписки.

Помимо описанного распределения ПП между государственным и частным секторами, в Ливане отмечается общая нехватка персонала в области психиатрической и психологической помощи. В общей сложности в стране есть 1346 специалистов по оказанию ПП, работающих в государственном и частном секторах, что составляет всего 23 специалиста на 100 000 жителей Ливана (медианное значение этого показателя равно 70 специалистов по ПП на 100 000 человек и характерно для стран с высоким доходом по классификации Всемирного банка). Количество психиатров на каждые 100 000 жителей Ливана составляет 1,21, специализированных медицинских сестер — 3,14, психологов — 3,3. Несмотря такую ограниченность в ресурсах, Ливан добился значительного прогресса в области оказания психиатрической и психологической помощи по сравнению с остальным арабским миром. Наиболее значимых улучшений Ливан добился в период с 1998 по 2007 гг., когда выросли доступность коек в психиатрических отделениях, количество психиатров, медицинских сестер со специализацией в психиатрии и социальных работников [13].

В 2017 г. Ливан потратил всего 5171,24 ливанского фунта (или 3,43 доллара США) на душу населения на охрану психического здоровья — в сравнении с 21,7 доллара США и 11,8 доллара США на душу населения в Европейском и Американском регионах ВОЗ соответственно. Кроме того, психиатрические службы Ливана финансируются плохо и по-иному, чем другие учреждения здравоохранения. Пациенты оплачивают не менее 20% стоимости услуг в области психиатрической помощи или психотропных препаратов. Треть населения Ливана вообще не охвачена медицинским обслуживанием — за исключением сирийцев и палестинцев в лагерях беженцев, которые обслуживаются различными агентствами ООН. Лишь 5% всех государственных расходов на здравоохранение выделяется на психиатрическую помощь, причем 50% из них приходится на стационарное лечение. Кроме

того, в частном секторе почти все частные и взаимные страховые организации не покрывают услуг ПП.

ОСТРАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В РАЗВИТИИ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Возможно, причина острейшей потребности Ливана в системе АПП по месту жительства — вопиющее несоответствие спроса на психиатрическую и психологическую помощь и предложения такой помощи. Кроме этого, отсутствие регулируемой государством общенациональной системы направления к специалистам означает, что люди, обращающиеся за психиатрической и психологической помощью, чаще всего попадают напрямую в специализированные психиатрические клиники, минуя этап первичной медицинской помощи. Учитывая распространенность психических расстройств в Ливане, а также недостаток специализированного персонала, следует заключить, что существующей в стране модели специализированной ПП грозит полное исчерпание ресурсов.

В настоящее время службы ПП сосредоточены в столице страны г. Бейруте или, в небольшом количестве, в крупных научных учреждениях в разных частях страны. Очевидное следствие этого — отсутствие легкодоступной ПП для населения, проживающего вдали от столицы. Для специалистов по ПП в Бейруте не редкость иметь дело с пациентами, проехавшими более 30 миль, чтобы получить качественную помощь. Помимо того, что такие поездки сами по себе нелегки, подобные действия в конечном счете ведут к повышению риска выгорания у медицинских работников, нарушению режима лечения и возможному ухудшению состояния пациентов.

ПП в Ливане дорогостоящая, поскольку она, как правило, оказывается узкими специалистами. Такая ситуация сложилась вследствие непродуманной и/или недостаточной интеграции охраны психического здоровья в модель первичной медицинской помощи. Стоимость психотропных препаратов не полностью покрывается страховкой (ни государственной, ни частной), и это обстоятельство еще сильнее утяжеляет финансовое бремя психических расстройств для пациентов и лиц, которые за ними ухаживают.

Стигматизация психических расстройств продолжает оставаться препятствием к получению медицинской помощи в Ливане и Восточном Средиземноморье

в целом. Многие из тяжело больных пациентов (или их семьи) избегают обращения в службы ПП, чтобы не получить ярлык «сумасшедших». В свою очередь отсутствие знаний о ПП (о самом существовании психических расстройств или о доступности научно обоснованного лечения) может приводить к тому, что многие обращаются за помощью к духовным или религиозным лидерам. К сожалению, ведущие местные СМИ прежде всего озабочены сенсациями, а не информированием населения. В них высказывают крайне нетерпимые взгляды на природу психических расстройств и научно обоснованные методы их лечения.

В настоящее время любой ливанский пациент, который обращается в приемное отделение больницы и которому показано пристальное психиатрическое наблюдение, подлежит госпитализации просто в силу отсутствия системы последующего наблюдения, которая объединяла бы стационарное и амбулаторное лечение. В результате, учитывая сложную финансовую ситуацию в области ПП, большинство таких пациентов выписывают из приемного отделения вопреки медицинским рекомендациям [14]. Поэтому частичная госпитализация или интенсивные программы амбулаторной помощи могут сыграть ключевую роль в устранении этого огромного пробела в предоставлении психиатрической и психологической помощи.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ АМБУЛАТОРНЫЕ СЛУЖБЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Специализированные программы помощи при психических расстройствах внедрены во многих странах, в том числе в Европе, Австралии и в более недавнее время в США. Как правило, эти программы нацелены на раннюю оценку состояния пациента, организацию стационарного и амбулаторного лечения, а также лечения в дневных стационарах. В рамках этих программ формируются бригады, состоящие из психиатров, психологов, медицинских сестер и специалистов по ведению пациентов, которые обеспечивают надлежащую непрерывную помощь пациентам. Исследования показали, что пациенты, охваченные такими специализированными программами, реже госпитализируются, у них отмечается меньше негативных симптомов и более высокое качество жизни по сравнению с теми, кто получает стандартную помощь.

Кроме того, эти программы оказывают положительное влияние на частоту рецидивов и повторной госпитализации, улучшают социальное функционирование и профессиональную деятельность [15].

В Ливане в психиатрических клиниках чаще всего лечат психотические расстройства, такие как шизофрения и родственные заболевания. Однако в лечении этих пациентов по-прежнему отмечаются недостатки. Взаимодействие между секторами первичной и психиатрической помощи в стране минимально, а работники служб первичной медицинской помощи не обучены распознавать таких пациентов и оказывать им помощь и поддержку. Таким образом, будет исключительно важным создать новую систему служб психиатрической и психологической помощи, которая бы позволила сократить задержку с началом лечения, снабжать семьи информацией о психических расстройствах, снизить частоту госпитализаций и, наконец, приступить к реализации долгосрочных планов по обеспечению прогресса в этой области.

Единственная действующая в стране специализированная программа для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами — это Программа обучения и поддержки пациентов с психическими расстройствами (PROP), реализация которой начата в Американском университете при Медицинском центре Бейрута (AUBMC) в феврале 2016 г. [16]. Ее основная цель — адаптировать научно обоснованные модели медицинской помощи к ливанским условиям. Финансовая доступность ПП для пациентов является одним из ее основных параметров, поскольку возмещение расходов на психиатрическую помощь частными или государственными страховыми компаниями ограничено. Кроме того, пациенты, включенные в эту программу, обеспечиваются еженедельным бесплатным визитом, который предоставляется службой ухода на дому (услуга доступна с мая 2017 г.). Программа включает в себя индивидуальные встречи с пациентом для наблюдения за его состоянием, а также еженедельные совещания группы лечащих специалистов, на которых обсуждаются изменения в состоянии пациента. В рамках этой программы медицинские работники (психиатры, психологи и медицинские сестры) приобретают знания о различных ролях своих коллег, что обеспечивает равномерное распределение рабочей нагрузки на всех. Количество пациентов, направляемых для участия в программе,

растет благодаря кампаниям по оповещению общественности и усилиям по распространению информации. На сегодня программа PROP помогла почти 70 пациентам, у которых были изначально диагностированы тяжелые заболевания — без такой программы они вероятнее всего были бы госпитализированы. В рамках PROP пациентам и врачам предлагаются гибкие возможности, а также ресурсы для создания исследовательской базы данных по этой клинической популяции.

Есть и еще одна программа, запущенная совсем недавно, — это программа частичной госпитализации (PHP), которая также реализуется в Американском университете при Медицинском центре Бейрута. Эта программа представляет собой переходный вариант между госпитализацией и амбулаторным лечением по месту жительства. Прежде всего она нацелена на пациентов с тяжелыми аффективными расстройствами и сложной клинической картиной, которым нужны интенсивные вмешательства для снижения риска и создания прочной терапевтической связи с врачом. Эта дневная программа осуществляется с 8 до 15 часов по рабочим дням. В основном в ней используется групповой формат в сочетании с индивидуальной терапией и частыми психиатрическими оценками. Хотя она действует только с февраля 2019 г., она была хорошо принята пациентами и лицами, ухаживающими за ними, и позволила снизить длительность госпитализаций (а в некоторых случаях госпитализаций вообще удалось избежать).

В Ливане амбулаторное обслуживание по месту жительства развивается вместе с ростом осведомленности населения и принятием мер по снижению социальной стигматизации больных. Однако такие аспекты ПП, как финансовая поддержка и доступность профессиональной помощи, все еще очень слабо развиты.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ

Отсутствие в Ливане соразмерной потребностям системы АПП по месту жительства не означает, что страна с ее культурой не в состоянии обеспечивать такие модели ПП.

Во всех образованных слоях общества активно продолжается эмиграция специалистов, и большинство врачей, оканчивающих медицинские институты, стремятся продолжать обучение на Западе. Значительная

доля этих врачей возвращается, чтобы продолжить карьеру в Ливане после завершения клинического обучения за границей. Таким образом, практикующие ливанские психиатры, которые прошли подобный путь, уже знакомы с масштабными инициативами в области АПП по месту жительства и способны развернуть подобные программы в национальном масштабе — при условии, что получают соответствующую финансовую поддержку. В соответствии со стратегией Министерства здравоохранения Ливана в области ПП на 2015–2020 гг., которая следует программе ВОЗ по устранению дефицита услуг по охране психического здоровья (GAP), широкое развертывание программ ПП (включая финансирование и интеграцию с первичной медицинской помощью) наделяется национальным приоритетом в надежде, что в результате удастся создать обширную систему служб АПП по месту жительства.

Сплоченная нуклеарная семья — преобладающая в Ливане модель — играет важную роль в принятии и внедрении моделей АПП по месту жительства в общенациональном масштабе. За большинством пациентов с умеренными или тяжелыми психическими расстройствами ухаживают ближайшие члены семьи, обеспечивающие психологическую, финансовую, профессиональную поддержку и помощь в повседневных домашних делах. Хотя модель АПП по месту жительства не принята на официальном уровне, специализированная амбулаторная и стационарная ПП неформально пересекается со многими аспектами такой модели АПП. Большинство пациентов с умеренными или тяжелыми психическими расстройствами обращаются в психиатрические клиники или отделения больниц в сопровождении членов семьи. Встречи с членами семьи пациента для обучения психологическим вопросам и составления коллективного плана лечения — обычное дело в большинстве отделений больниц общего профиля, и в них, как правило, охотно участвуют и пациенты, и их родственники.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ С ВНЕДРЕНИЕМ В ЛИВАНЕ МОДЕЛИ АПП ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ИХ ПРЕОДОЛЕНИЮ

Как и в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов, наиболее серьезным препятствием к созданию в Ливане системы качественной АПП по месту

жительства является недостаточное финансирование [17, 18]. С недавнего времени Министерство здравоохранения Ливана стало принимать меры к расширению и стандартизации психиатрической и психологической помощи в целом, и тем не менее финансирование АПП по месту жительства остается проблемой. Поэтому необходимы усилия по обеспечению финансирования со стороны органов ООН или стран — участниц ВОЗ, специалисты которых хорошо знакомы с эффективностью и рентабельностью моделей АПП по месту жительства.

Также необходимо вести борьбу со свойственной всем поколениям ливанцев стигматизацией психических расстройств, чтобы создать условия, в которых люди будут намного охотнее обращаться за ПП, когда она им необходима [17]. Система АПП по месту жительства наиболее действенна, когда она охватывает широкие массы населения. В этой связи СМИ и неправительственные организации играют исключительно важную роль в целенаправленном распространении среди местного населения научно обоснованной информации по психическим расстройствам.

Так, исследования психических расстройств в Ливане все еще находятся в зачаточном состоянии — на эту тему имеются лишь отдельные публикации (менее десяти). Сюда входят и эпидемиологические, и интервенционные исследования. Финансирование на местном уровне вряд ли будет покрывать сколько-нибудь значимые исследования в этой области. Такие исследования проводятся при поддержке международных грантов, выделяемых для стран с низкими и средними доходами. Гранты в сфере психического здоровья выделяются сравнительно редко, и за них идет острая конкуренция. Создать надежные клинические базы данных, которые можно использовать для будущих исследований, легче в рамках междисциплинарной амбулаторной модели помощи по месту жительства. При наличии инструментов интерпретации данных и политики их распространения данные, собранные в рамках таких программ психиатрической и психологической помощи, можно будет использовать в дальнейшем для разработки более конкретной национальной политики в области психического здоровья [19].

Также было замечено, что неправительственные организации и активисты в области защиты прав людей с психическими расстройствами уделяют меньше

внимания шизофрении и родственным заболеваниям, чем расстройствам, которые считаются «менее тяжелыми». Как можно предположить, это связано с тем, что такие широко распространенные расстройства, как тревожность, депрессия и суицидальные мысли и склонности, кажутся людям более понятными и актуальными. Бремя тяжелых психических расстройств, которое лежит на системе здравоохранения, остается недостаточно изученным и недостаточно отражается в статистике.

Нехватка персонала в области ПП может стать серьезной проблемой в случае развертывания системы АПП по месту жительства. Врачам, медицинским сестрам и социальным работникам необходимы достаточно действенные стимулы, чтобы специализироваться в области психиатрической помощи. В отсутствие общенациональной хорошо финансируемой инициативы по переходу от стационарного лечения к амбулаторному лечению по месту жительства стимулы к развитию АПП в условиях, когда вся система здравоохранения опирается на частную практику, должны обеспечивать как доступность такой помощи для пациента, так и жизнеспособность бизнес-модели для врача. Успех такого начинания в первую очередь будет зависеть от того, удастся ли убедить психиатров, которые в настоящее время зачастую выступают единственными специалистами, оказывающих такую помощь, в преимуществах модели АПП по месту жительства, и при этом гарантировать им ключевую роль в ее функционировании. В ближайшие годы потребности страны в области психического здоровья будут только усиливаться параллельно с ростом населения, а также вследствие растущего осознания важности психического здоровья и необходимости мер по его охране. Без радикальных преобразований в организации медицинской практики то количество психиатров, которые ежегодно оканчивают медицинские институты, не поможет устранить огромный разрыв между спросом на психиатрическую помощь и соответствующим предложением. К сожалению, поскольку возможности местного обучения в области АПП практически отсутствуют, новые психиатры обречены воспроизводить модели, которые позволяют им оставаться в их зоне комфорта. Они будут по-прежнему полагаться на дихотомию «клиника или стационар», которая продемонстрировала свою неэффективность при лечении целого ряда психических расстройств.

Для конечного потребителя и для поставщика медицинских услуг создание системы АПП по месту жительства может обеспечить более качественную помощь, которая оказывается по более приемлемым ценам. Формирование такой системы также позволит создать новые роли и рабочие места для профессионалов в разных областях психиатрии и психологии, как это происходит в разных странах мира. Одна из профессий, которой реализация этой новой концепции принесет больше всего пользы, — это медицинские сестры психиатрической службы, работа которых в этом случае больше не будет ограничиваться только острыми случаями в стационаре. Медицинские сестры с навыками оценки и лечения психиатрических заболеваний могут стать основой системы АПП по месту жительства. Их деятельность позволит психиатрам увеличить количество своих пациентов, не снижая при этом качества медицинской помощи и частоты контактов с пациентами. В настоящее время сестринский персонал стремится получить дальнейшее образование в поисках более высокой оплаты труда и возможностей профессионального роста. Если в ближайшее время в Ливане не будут обеспечены соответствующие возможности, мы рискуем потерять этот персонал, который уедет в страны Персидского залива, Европу или другие регионы мира. Для полномасштабного внедрения системы обслуживания по месту жительства нужны и другие виды специалистов. Это и социальные работники, подготовленные для работы с людьми, имеющими психические расстройства, и специалисты по трудотерапии, и различный вспомогательный персонал. В настоящее время в области клинической психологии осуществляется реформа — в последние несколько лет в стране внедряется практика лицензирования. Хотя предстоит еще много работы, чтобы обеспечить качественную психологическую помощь, эта реформа представляет собой несомненный шаг вперед. Сегодня специалисты, чтобы получить лицензию психолога, должны определенное время проработать под наблюдением, прежде чем начать практиковать самостоятельно. Выполнение этого требования дает им возможность разнообразить состав пациентов, с которыми они взаимодействуют, и познакомиться с научно обоснованными методами, которые применяются в научно-исследовательских учреждениях. Параллельно с этим следует побуждать вузы и организации, занимающиеся последипломным

обучением, включать вопросы охраны психического здоровья населения в свои программы или предлагать специализированные учебные курсы тем, кто заинтересован в карьере в этой области. В конечном счете мы нацелены на внедрение таких моделей АПП по месту жительства, которые адаптированы к различным группам населения с разными потребностями в области психиатрической помощи. Особые усилия следует направить на организацию помощи по месту жительства детям и подросткам, представителям ЛГБТ-сообщества, наркоманам и пациентам с нейрокогнитивными нарушениями. Такие меры требуют тесного сотрудничества с уже существующими организациями амбулаторной помощи и неправительственными организациями, которые выступают связующим звеном с соответствующими группами населения. Так, в рамках программы iCAN (Программы интенсивного лечения психоневрологических заболеваний у детей и подростков) при AUBMC уже предлагается интенсивная амбулаторная помощь детям и подросткам с аффективными и тревожными расстройствами [20]. Программа Агнес Варис по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, осуществляемая при AUBMC, — еще одна модель амбулаторной помощи для тех, кто страдает от последствий злоупотребления психоактивными веществами [21].

Наконец, любое успешное вмешательство на местном уровне должно учитывать местные географические и материально-технические условия, опираясь при этом на опыт более развитых стран [22]. Хотя Ливан — небольшая страна, он густо населен, но ливанский общественный транспорт развит недостаточно. Доступ к медицинскому обслуживанию за пределами столицы — г. Бейрута — для многих пациентов является серьезной проблемой. Программы АПП по месту жительства можно без труда развернуть в четырех или пяти центрах компактного проживания населения за пределами Бейрута, чтобы обеспечить медицинскую помощь жителям близлежащих областей. В Сидоне, Тире, Триполи и Захле имеются достаточные финансовые и кадровые ресурсы для того, чтобы внедрить у себя такие программы на первом этапе, пока система АПП по месту жительства будет развертываться в рамках страны, становясь основным каналом оказания помощи большинству пациентов с психическими расстройствами и психологическими проблемами.

Вклад авторов: Все авторы в равной степени участвовали в обзоре литературы, написании и переработке статьи.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Раджид Чарара

rc37@aub.edu.lb

Цитировать:

Эль-Хури Д., Хайдар Р., Чарара Р. Амбулаторная психиатрическая служба в Ливане // Consortium Psychiatricum. 2020. Т.1, №1. СР 10.17650/2712-7672-2020-1-1-71-77. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-71-77

Список литературы

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Available at <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
2. Karam EG., Mneimneh ZN., Karam AN. et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet*. 2006; 367(9515): 1000–6. PMID: 16564362. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68427-4
3. Chahine LM., Chemali Z. Mental health care in Lebanon: policy, plans and programmes. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2009; 15(6): 1596–612. PMID: 20218153.
4. Farhood LF., Dimassi H. Prevalence and predictors for post-traumatic stress disorder, depression and general health in a population from six villages in South Lebanon. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012; 47(4): 639–49. PMID: 21455787. DOI: 10.1007/s00127-011-0368-6
5. El Chammay R., Ammar W. Syrian crisis and mental health system reform in Lebanon. *Lancet*. 2014; 384(9942): 494. PMID: 25110270. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61329-5
6. Karam EG., Karam GE., Farhat C. et al. Determinants of treatment of mental disorders in Lebanon: barriers to treatment and changing patterns of service use. *Epidemiol. Psychiatr. Sci*. 2018; 1–7. PMID: 30101735. DOI: 10.1017/S2045796018000422
7. Karam EG., Mneimneh ZN., Dimassi H. et al. Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Med*. 2008; 5(4): e61. PMID: 18384228. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050061
8. Dar Al Ajaza Al Islamia Hospital. About the Association. Available at <https://daih.org/portal/en-US/about-us/7/>
9. Katchadourian H. The Historical Background of Psychiatry in Lebanon. *Bulletin of the History of Medicine*. 1980; 54(4): 544–53. PMID: 7004545.

10. Ministry of Public Health. Mental Health and Substance Use – Prevention, Promotion, and Treatment – Situation Analysis and Strategy for Lebanon 2015–2020 Version 1.1. Available at https://www.moph.gov.lb/userfiles/files/Mental%20Health%20and%20Substance%20Use%20Strategy%20for%20Lebanon%202015-2020-V1_1-English.pdf
 11. El-Jardali F., Yehia, F. K2P Policy Brief: Securing Access to Quality Mental Health Services in Primary Health Care in Lebanon. Available at <https://www.aub.edu.lb/k2p/Documents/K2P%20Policy%20Brief%20Mental%20Health.pdf>
 12. Ministry of Public Health. Psychiatric Hospital of the Cross. Available at https://moph.gov.lb/en/HealthFacilities/view/3/188/74130/psychiatric-hospital-of-the-cross/?facility_type=8
 13. Okasha A., Karam E., Okasha T. Mental health services in the Arab world. *World Psychiatry*. 2012; 11(1): 52–4. PMID: 22295010. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.008
 14. Faris N., Baroud E., Al Hariri M. et al. Characteristics and dispositional determinants of psychiatric emergencies in a university hospital in Beirut. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019; 42: 42–7. PMID: 30951932. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.03.024
 15. McGorry PD., Edwards J., Mihalopoulos C. et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*. 1996; 22(2): 305–26. PMID: 8782288. DOI: 10.1093/schbul/22.2.305
 16. El-Khoury J., Ghazzaoui R., Ahmad A. Introducing Specialist Integrated Mental Health Care in Lebanon: The Psychosis Recovery Outreach Program. *Psychiatr. Serv*. 2018; 69(7): 738–40.
 17. Khoury B., Daouk S. Community Mental Health and Mental Health Promotion—Lebanon. In: *Global Mental Health: Prevention and Promotion*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2017; pp. 193–206.
 18. McDaid D. Financing Mental Health in Low- and Middle-Income Countries: Making an Economic Case to Support Investment. In: *Mental Health Economics: The Costs and Benefits of Psychiatric Care*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2017; pp. 193–204.
 19. Yehia F., El Jardali F. Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. *Health Research Policy and Systems*. 2015; 13: 29. PMID: 26047619. DOI: 10.1186/s12961-015-0018-7
 20. American University of Beirut Medical Center and Child and Adolescent Psychiatry Division and Services. Intensive Child and Adolescent Neuropsychiatric Disorders Treatment Program (iCAN). Available at <http://www.aubmc.org/clinical/Psychiatry/Pages/main/Child-Adolescent-Psychiatry-Division-Services.aspx>
 21. American University of Beirut Medical Center. The Dr Agnes Vares Healing Program for Substance Use Disorders. Available at http://www.aubmc.org/patientcare/spe_cli_pro_ser/Pages/Agnes-Varis-Healing-Program-Substance-Use-Disorders.aspx
 22. Thornicroft G., Alem A., Antunes Dos Santos R. et al. WPA guidance on steps, obstacles, and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*. 2010; 9(2): 67–77.
-

Исламофобия, психическое здоровье и психиатрия: взгляд из Южной Азии

Islamophobia, mental health and psychiatry: South Asian perspectives

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-78-84

Особое мнение

Roy Abraham Kallivayalil¹, Abdul Qadir Jilani²,
Adarsh Tripathi³

¹ Pushpagiri Institute of Medical Sciences, Tiruvalla, Kerala, India

² Era's Lucknow Medical College, Lucknow, India

³ King George's Medical University, Lucknow, India

Рой Абрахам Каливаяиль¹,
Абдул Куадир Жилани², Адарш Трипати³

¹ Медицинский институт Пушпагири, Тирувала, штат Керала, Индия

² Медицинский Колледж Лакхнау Эра, Лакхнау, Индия

³ Медицинский университет Короля Георга, Лакхнау, Индия

ABSTRACT

Asia is the largest and the most populous continent on earth. South Asia has a population of around 1.8 billion, thus constituting about one fourth of humanity. India, Pakistan, Bangladesh, Sri Lanka, Nepal, Bhutan, the Maldives and Afghanistan are the countries in South Asia and many of them are Muslim-majority nations. Although India is predominantly a Hindu nation with a total population of 1.4 billion, there are more Muslims in India than in Pakistan and other South Asian nations. Hindus, Muslims, Christians, Sikhs and followers of other religions have lived peacefully in South Asia for centuries. However, certain incidents of communal violence and other untoward occurrences in South Asia suggest that Islamophobia is present here too. The authors discuss demography, cultures and the possible effect of Islamophobia on the mental health of the people of South Asia.

АННОТАЦИЯ

Азия — самая большая и густонаселенная часть света. Население Южной Азии составляет 1,8 млрд человек — около 1/4 населения всего мира. Индия, Пакистан, Бангладеш, Шри-Ланка, Непал, Бутан, Мальдивы и Афганистан — страны Южной Азии, и во многих из них преобладают мусульмане. Несмотря на то, что большинство населения Индии (1,4 млрд человек) составляют индуисты, в Индии проживает больше мусульман, чем в Пакистане или других странах Южной Азии. Индуисты, мусульмане, христиане, сикхи и последователи других религий веками мирно живут на территории Южной Азии. Тем не менее отдельные случаи межобщинного насилия и иные инциденты дают основания полагать, что и в нашем регионе есть место исламофобии. Авторы статьи рассматривают демографические, культурные аспекты, а также возможное влияние исламофобии на психическое здоровье жителей Южной Азии.

Keywords: *Islamophobia; Muslim Phobia; Muslim Mental Illnesses; Hate Crimes; Psychiatry; Discrimination; Mental Health; South Asia*

Ключевые слова: *исламофобия; мусульманофобия; психические заболевания у мусульман; преступления на почве нетерпимости; психиатрия; дискриминация; психическое здоровье; Южная Азия*

ВВЕДЕНИЕ

«Обычно термин «фобия» относится к психологическому страху разума человека перед чем-то, что представляет угрозу. Но нет ничего более унижительного, чем использование видом термина «страх» в отношении своей биологической части».

— Абхиджит Наскар (Исламофобная цивилизация)

Зарождение в 610 году нашей эры в Саудовской Аравии ислама как религии / цивилизации добавило новую религиозную веру и культуру ко многим существовавшим религиям [1]. С течением времени ислам привлекал людей, преодолевая границы государств, географических регионов, культур и вероучений. За последние 1400 лет ислам быстро распространился, став второй по величине религиозной группой в мире. На сегодняшний день ислам исповедуют 24% населения Земли [2].

В то же время, в течение последних нескольких десятилетий наблюдается рост антимусульманских настроений и ненависти к мусульманам во всем мире [3]. Основным принципом ислама остается неизменным с момента его зарождения, и для роста антимусульманских настроений может быть несколько причин. Одной из причин может быть разница между основными принципами ислама и тем, каким образом им следуют. Существует большая вероятность того, что из-за отсутствия знаний о религии, бедности и невежества некоторые приверженцы ислама исказили исламские ритуалы и культуру [4–6]. Еще одной причиной роста антимусульманских настроений могут быть последствия жестких и прямолинейных взглядов и культуры других религий. Также причина может крыться в неправильном понимании принципов, обычаев, культуры и ритуалов ислама приверженцами других религий. Кроме того, могут быть и другие причины, такие как трансграничный терроризм, экономическая изоляция, война за суверенитет и материальные выгоды, а также борьба за поддержание превосходства между странами региона, например, между Индией и Пакистаном, которая приобретает религиозную окраску [7].

К счастью, несмотря на большие различия в религиозных убеждениях, при сплоченности и уважении культурных различий и религиозных взглядов, южноазиатское общество на протяжении веков

считалось устойчивым к религиозной ненависти [8]. Очевидно, в настоящее время эта устойчивость ослабевает. Недавний рост проявлений религиозной нетерпимости в Южной Азии вызывает серьезную обеспокоенность.

Южная Азия уже сталкивается с различными проблемами, связанными с повышением уровня жизни, экономическим ростом, социальным прогрессом и культурным развитием [9]. Наряду с этими существующими проблемами, растущий уровень исламофобии требует особого внимания как серьезная угроза состоянию здоровья людей и неравенству в отношении здоровья в Южной Азии, где самая большая численность мусульманского населения в мире [10]. Существует необходимость вмешательства в программы социальной психиатрии, чтобы предотвратить рост уровня исламофобии и религиозной нетерпимости, которые действуют как постоянный стрессовый фактор. Также эта мера предотвратит возникновение проблем психического здоровья из-за исламофобии.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЮЖНОЙ АЗИИ И МУСУЛЬМАНСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ

Южную Азию образуют восемь стран — Афганистан, Бангладеш, Бутан, Мальдивы, Непал, Индия, Пакистан и Шри-Ланка; они входят в организацию, известную как Ассоциация регионального сотрудничества стран Южной Азии (South Asian Association for Regional Cooperation, СААРК) [11]. Суммарная площадь этих стран составляет 3,4% площади суши Земли, на которой проживает одна четверть (1,8 миллиарда) населения мира. Таким образом, это самый густонаселенный географический регион в мире со значительной долей мусульман [9, 12].

В Южной Азии множество основных религий, таких как индуизм, ислам, христианство, джайнизм, буддизм и сикхизм. Около 63% (около одного миллиарда) населения Южной Азии составляют индуисты, 31% (600 миллионов) — мусульмане, а остальные — буддисты, джайны, христиане и сикхи [13, 14]. Индуисты, буддисты, джайны, сикхи и христиане сконцентрированы в Индии, Непале, на Шри-Ланке и в Бутане, а мусульмане — в Афганистане (99%), Бангладеш (90%), Пакистане (96%) и на Мальдивах (100%) [14]. Среди стран с преобладанием немусульманского населения в Индии мусульмане составляют 14,5%,

на Шри-Ланке — 12,61% и в Непале — 4,4%. Следует отметить, что среди стран с преобладанием мусульман, в Пакистане индуисты составляют 2% населения, в Бангладеш — 9% населения и в Афганистане — менее 1% населения [9]. Такой религиозный состав Южной Азии может быть одной из причин религиозной дискриминации в этом регионе. Несмотря на недостаток официальных / научных данных, согласно сообщениям в электронных / печатных средствах массовой информации, предполагается, что исламофобия присутствует и в этом регионе.

ИСЛАМОФОБИЯ: ПОНЯТИЕ, ПРИЧИНЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Понятие «исламофобия»

Понятие «исламофобия» возникло в западных странах [3, 15], где мусульмане составляют меньшинство.

К сожалению, исламофобия быстро распространяется и охватывает весь мир, включая азиатские регионы, где доминируют мусульмане. Кроме того, несмотря на большое мусульманское население, отмечается недостаток научных исследований и официальных данных из развивающихся и азиатских стран о последствиях роста уровня исламофобии для мусульман и других сообществ [3].

Исламофобия определяется как сильная неприязнь или страх по отношению к религии ислам и к ее приверженцам, особенно как к политической силе; включая враждебность или предрассудки к мусульманам [16]. Термин «исламофобия» появился в 1970-х годах и позже получил широкое распространение. Термин стал известен в общественной политике западных стран после опубликованного в 1997 году доклада Комиссии Раннимид по проблемам британских мусульман и исламофобии под названием «Исламофобия: вызов для всех нас» [15].

Введение этого термина было оправдано заключением доклада о том, что «уровень антимусульманских настроений в последние годы вырос настолько значительно и так быстро, что в словарь необходимо ввести новый термин» [17]. В последнее время исламофобия представляет собой социальную стигматизацию ислама и мусульман, неприязнь к мусульманам как к политической силе, а также вырисовывается в четкую концепцию с опорой на антимусульманские стереотипы, расизм или ксенофобию [18,19]. Антимусульманские настроения становятся все более

распространенными во всем мире, а в западном мире они приняли форму социальной стигмы, где исламофобские настроения уже привлекли научное внимание, особенно после серии террористических актов 11 сентября 2001 года [3].

Причины и распространенность исламофобии

Термин «исламофобия» получил известность после серии террористических актов, таких как 9/11 в США, фундаменталистских запретов и ограничений Талибана в Афганистане, нападение на редакцию Charlie Hebdo во Франции и появление самопровозглашенной группировки «Исламское государство» (ИГИЛ), которая, как утверждает, демонстрировала видео обезглавливания их заключенных, которые часто были журналистами [20, 21].

Понятие «исламофобия» стало глобальной темой. С развитием коммуникационных / информационных технологий и роли средств массовой информации мусульман часто стали описывать как фанатиков, неразумных, примитивных, воинственно настроенных людей опасных для современного общества и других религий [22]. Негативное изображение мусульман наблюдалось во многих странах, в том числе в странах Азии, что повлияло на отношение к ним обычных людей [23].

В Южной Азии финансируемая преимущественно трансграничными террористическими организациями серия различных чудовищных террористических актов, особенно в Индии, например, нападение на Красный Форт в 2000 году, нападение на здание парламента Индии в 2001 году, нападение на город Мумбаи в 2008 году, серия терактов в Дели в 2008 году и нападение в Ури (Кашмир) в 2016 году, стала причиной распространения понятия «исламофобия» [24–26]. Индия — крупнейшая страна с быстрорастущей экономикой в Южной Азии, на ее долю приходится 82% экономики этого региона. Это единственный представитель данного региона во влиятельной «Большой двадцатке», международной организации крупнейших экономик мира. Широко осуждается любая террористическая деятельность против Индии, это негативно влияет на всю Южную Азию [9] и способствует росту исламофобии. Аналогичным образом, закреплению понятия «исламофобия» способствовали обезглавливание в Пакистане в 2002 году американского журналиста Дэниела Перла, взрыв

автобуса с французскими инженерами в Карачи в 2002 году, нападения на консульство США в Карачи в 2003 и 2006 годах, взрыв террориста-смертника в Лахоре (Пакистан) в 2016 году, направленный против христиан, и несколько других подобных инцидентов, в которых участвовали мусульманские экстремистские организации, взявшие на себя основную ответственность за террористические акты [27]. Считается, что некоторые террористические акты, совершенные в Пакистане и Афганистане, были террористическими актами, направленными на другие подгруппы внутри самого мусульманского сообщества. Убийство в 2011 году Усамы бен Ладена, главы исламистской террористической организации «Аль-Каида», возможно, также способствовало росту уровня исламофобии на Западе [28].

Религиозный состав Южной Азии важен с точки зрения растущей исламофобии [29]. В некоторых густонаселенных странах региона о национализме иногда судят по враждебности по отношению к соседней стране и к ее преобладающей религии [30, 31]. Таким образом, меньшинства обеих стран, то есть индуисты в Пакистане и мусульмане в Индии, подвергаются большему риску дискриминации со стороны большинства. Это может быть одной из основных причин предполагаемого роста уровня исламофобии и преступлений на почве ненависти к мусульманам в Индии, а также роста преступлений на почве ненависти к индуистам в Пакистане.

В настоящее время понятие «исламофобия», вероятно, укоренилось в образе жизни западных обществ [32]. Опрос, проведенный после теракта 9/11 в США, показал, что 60% американцев отрицательно относятся к мусульманам. Многие американцы характеризуют мусульман такими терминами, связанными со страхом, как «насилие», «фанатик», «радикал», «война» и «терроризм» [33]. На Западе причиной исламофобии может быть иммиграция мусульман, а в Южной Азии — большое количество мусульманских меньшинств в некоторых странах этого региона [34].

Несмотря на распространенное мнение о росте уровня исламофобии и в Южной Азии, научных доказательств, подтверждающих этот аргумент, недостаточно [23]. Многие считают, что среди мусульман, проживающих в Индии, растет чувство беспокойства и уязвимости [35]. Недавно опубликованный

метаанализ [23], посвященный роли средств массовой информации в формировании мусульманской и исламской идентичности, показал, что мусульмане, как правило, воспринимаются негативно, а ислам преимущественно изображается как жестокая цивилизация / религия. Аналогичные взгляды были высказаны в Китае в отношении средств массовой информации, изображающих негативные стереотипы о мусульманах [36]. В современную эпоху технологий, когда любая правдивая / ложная информация может распространиться по всему миру за доли секунды, платформы социальных сетей стали эффективным средством распространения ненависти среди сообществ. Существуют тысячи групп / веб-страниц людей со сходными установками / религиозными воззрениями, которые делятся и распространяют негативные новости, касающиеся людей других вероисповеданий [37, 38]. Хорошо известно, что когда один круг лиц определенной веры / группы публикует в социальных сетях провокационные или неточные новости, другие отвечают аналогичным образом из чувства мести, что приводит к экспоненциальному росту ненависти. Негативные рекламные кампании через средства массовой информации обладают возможностью распространить исламофобские настроения по отношению к мировому мусульманскому сообществу. Среди мусульманских меньшинств это приводит к возникновению чувства уязвимости и искаженному восприятию себя как немиротлюбивых людей. Кроме того, на сегодняшний день террористическая деятельность обычно связана с экстремистскими элементами мусульманских сообществ как во всем мире, так и в Южной Азии [27]. Следовательно, среди большинства может возникнуть негативная психологическая реакция на обычных мусульман, основанная на широком освещении этой террористической деятельности в новостях / средствах массовой информации.

ИСЛАМОФОБИЯ И ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Недавний рост угрозы терроризма привел к широкому распространению чувства страха перед исламофобией среди приверженцев ислама и других религий. Постоянный страх, душевные страдания, ненависть, ощущение тревоги и т. д. определенно окажут психологическое воздействие на всех людей, поскольку люди социально неотделимы друг от друга.

Исламофобия может негативно влиять на здоровье, разрушая многие системы: индивидуальную (реакция на стресс и сокрытие своей личности), межличностную (социальные отношения и процессы социализации) и структурную (институциональная политика и освещение в средствах массовой информации) [3]. Однако в странах Южной Азии научных данных по этой теме недостаточно. Как и многие травмирующие события, например, семейные конфликты, межличностные конфликты, смерть близких, землетрясение, крупные дорожно-транспортные происшествия, хронические соматические заболевания и войны, влияние исламофобии также будет травмировать причастных лиц и групп людей.

Исламофобия также может выступать источником стресса. Хотя семена психологических проблем могут быть заложены задолго до рождения ребенка в виде генетической предрасположенности, значимые стрессовые факторы окружающей среды, социальная поддержка и навыки преодоления трудностей играют важную роль в возникновении / обострении большинства проблем психического здоровья [39, 40]. Сообщалось, что социальный стресс играет важную этиологическую роль при острой реакции на стресс и расстройствах адаптации, а также провоцирует развитие эпизодов обострения шизофрении [41]. Следовательно, можно сделать вывод, что различные психические расстройства связаны с сильным стрессом [39, 42, 43]. Исламофобия является важным источником стресса, поскольку включает в себя целый ряд антимусульманских настроений, варьирующихся от пренебрежительных замечаний, дискриминации и стигматизации до ненависти и целенаправленных преступлений против мусульман [44].

Факторы, вызывающие стресс, оказывают большое влияние на настроение, самочувствие, поведение и здоровье [45]. С психологической точки зрения механизмы психологической защиты, касающиеся исламофобии, могут иметь серьезные негативные последствия для мусульман. Когда человек усваивает убеждения других людей, возникает интроекция, то есть мусульмане начинают видеть себя в том негативном свете, в каком их изображают средства массовой информации. С другой стороны, механизмами психологической защиты, которые могут играть роль против мусульман среди населения в целом, являются рационализация, символизация и реактивное

образование. У большинства может возникнуть убеждение, что, поскольку наибольшее число террористических актов по всему миру каким-то образом связаны с мусульманскими организациями, мусульман можно рассматривать как символ терроризма и, следовательно, преступления на почве ненависти против мусульман могут быть в определенной степени оправданы. Преступления на почве ненависти, такие как коллективное линчевание, у людей из причастного сообщества могут быть значимым фактором риска развития расстройств на фоне стресса, например, острой реакции на стресс, реакции горя, бессонницы и расстройств адаптации среди близких членов семьи, посттравматические стрессовые расстройства среди выживших или свидетелей [46, 47].

При соматических заболеваниях большинство лабораторных и инструментальных исследований проводится для поиска причин / этиологии их возникновения. В психиатрии подробный сбор анамнеза и оценка состояния человека направлены на определение конкретного эпизода стресса или сохраняющихся факторов. Существует множество шкал для измерения различных типов значимого стресса у пациентов с психическими расстройствами, таких как шкала воспринимаемого стресса (Perceived Stress Scale) [48] и оценочная шкала стрессовых событий Холмса-Рае (Holmes-Rahe Stress Inventory) [49]. По этим шкалам можно определить тип и тяжесть воздействия стресса. Также по этим шкалам можно определить степень, в которой человек оценивает события своей жизни как стрессовые. Были разработаны шкалы для оценки уровня исламофобии, которые позволяют количественно определить уровень страха к мусульманам и исламу и избегания общения с мусульманами, утверждая, что исламофобию «по существу следует понимать как аффективную часть социальной стигмы по отношению к исламу и мусульманам, а именно как страх» [50, 51].

Психические расстройства или психологический стресс связаны с различными соматическими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, язвенная болезнь и т.д. [52–55]. По оценкам Центра по контролю и профилактике заболеваний в США, поводом около 75% всех посещений пациентами врача был стресс [56]. При исламофобии нет достаточных ресурсов, чтобы справиться с фактором, вызывающим стресс, поэтому

пациент чувствует, что он находится под непрерывным стрессовым воздействием [64]. Таким образом, из-за роста уровня исламофобии в Южной Азии у людей могут развиваться серьезные нарушения состояния здоровья.

Более того, растущая нетерпимость к религиозным культурам / верованиям во всем мире может оказать неблагоприятное воздействие на формирование личности при взрослении детей и подростков [57]. Фаза взросления в детстве и подростковом возрасте сама по себе является периодом стресса, в течение которого дети сталкиваются с трудностями, связанными с пубертатным периодом, соответствием меняющимся ожиданиям, успеваемостью в школе и переживанием новых чувств. Большинство детей успешно справляются с этими проблемами и вырастают здоровыми взрослыми, в то время как у других могут возникнуть трудности при попытках справиться со своими проблемами. Рост числа случаев разжигания ненависти / преступлений наряду с чувством дискриминации и стигматизации окажет негативное влияние на психическое здоровье детей. Воздействие стресса в детском и подростковом возрасте приводит к долгосрочным нейробиологическим и психологическим последствиям, например, нарушению регуляции эмоций, тревоге и расстройствам настроения, провоцирующему и агрессивному поведению, избеганию близости, нарушению привязанности, посттравматическим стрессовым расстройствам и симптомам депрессии [58–60].

Исламофобия может повлиять и на другие аспекты жизни. Однако не существует научных исследований, которые могли бы выявить влияние исламофобии в отношении дискриминации в сфере здравоохранения, на рабочем месте, при трудоустройстве, а также в отношении повышенного внимания в странах Южной Азии на внешний вид человека и его религиозное воспитание [61, 62]. В литературных источниках западных стран, касающихся влияния исламофобии на психическое здоровье мусульман [20, 63], указано, что религиозные предрассудки в форме исламофобии являются основным препятствием на пути интеграции мусульман, поскольку при этом увеличивается несоответствие между стратегиями аккультурации большинства и меньшинства. На Западе различные формы религиозной стигмы могут по-разному влиять на национальную идентичность

мусульман и могут по-разному проявляться в общественной и частной сфере. Из-за отсутствия научных данных мы не можем сделать такие же выводы для Южной Азии.

Общественная и религиозная гармония важна для социального, культурного и экономического роста стран. Также крайне важно защищать права всех людей, и особенно людей, относящихся к меньшинствам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Население Южной Азии огромно и разнообразно, и исламофобия в этом регионе требует внимания и дальнейшего изучения. Средства массовой информации часто изображают мусульман в негативном свете. Исламофобия связана с повышенным уровнем стресса и тревоги, и можно ожидать, что распространенность проблем психического здоровья увеличится, затрагивая мусульман и другие сообщества. Исламофобия, вероятно, также будет влиять на феноменологию психических расстройств.

Психическому здоровью отдается низкий приоритет, и в большинстве развивающихся стран его роль в благополучии человека и общества недооценивается. Во многих странах Южной Азии уже идет борьба с безработицей, бедностью, безграмотностью, культурными мифами, суевериями и недостатками системы медицинских учреждений. Рост уровня исламофобии добавит еще одну серьезную проблему. Существует необходимость изучения представлений исламофобского общества, опыта религиозной дискриминации и создания негативного образа мусульман. Недавний рост в Южной Азии числа преступлений на почве ненависти против мусульман требует такого подхода к общественному здравоохранению, который учитывает стигматизированную идентичность мусульман и последствия исламофобской дискриминации для здоровья.

Исламофобия может выступать палкой о двух концах, оказывая деморализующее воздействие на психологию людей, независимо от их религии. Чем выше уровень исламофобии, тем более серьезными будут последствия, и возрастет вероятность развития психологических проблем и нарушений прав человека. Своевременное осознание и борьба с растущим уровнем исламофобии будут способствовать социальному, экономическому и личностному росту населения Южной Азии.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор, ответственный за переписку:

Рой Абрахам Каливаяиль

roykalli@gmail.com

Список литературы

1. Montgomery WM. Islam and the Integration of Society. London, United Kingdom. Taylor & Francis Ltd: 2010; 304 p. ISBN10: 0415605555.
2. Pew Research Centre [Internet]. Washigton, DC: Pew Research Centre; c2004. Lipka M, Hackett C. Why Muslims are the world's fastest-growing religious group; 2017 Apr 6 [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/04/06/why-muslims-are-the-worlds-fastest-growing-religious-group/>
3. Samari G. Islamophobia and Public Health in the United States. *Am J Public Health*. 2016 Nov;106(11):1920-1925. doi: 10.2105/AJPH.2016.303374. Epub 2016 Sep 15. Erratum in: *Am J Public Health*. 2016 Dec;106(12):e13. PMID: 27631738; PMCID: PMC5055770.
4. The Hindu [Internet]. Chennai, Tamil Nadu, India: The Hindu; c2010. Zaidi M. Hate speech in Pakistan's Parliament; 2017 Oct 21 [updated 2017 Oct 22] [cited 2020 Aug 10]. Available from: <http://www.thehindu.com/news/international/hate-speech-in-pakistans-parliament/article19896775.ece>
5. The Milli Gazette [Internet]. Dehli: The Milli Gazette; c2008. Ubaid S, Swamy R. Hate speeches in India expose Hindu nationalism's violent and fascist agenda; 2020 Apr 23 [cited 2020 July 16]. Available from: <http://www.milligazette.com/news/10344-hate-speeches-in-india-expose-hindu-nationalism-s-violent-and-fascist-agenda>
6. Hindustan Times [Internet]. Dehli: HT Media, c2007. Mahajan N. Our netas and their love for 'hate speeches'; updated 2014 Sep 11 [cited 2020 Aug 15]. Available from: <http://www.hindustantimes.com/india/our-netas-and-their-love-for-hate-speeches/story-aWuOV23mCKMwEDvCnt3W6K.html>
7. Sundar A., Sundar N. Civil Wars in South Asia: State, Sovereignty, Development. India. Sage India: 2014; 288 p.
8. Wikipedia. Wikipedia: Islam in South Asia. 2019 [updated 09:58, 15 August 2020; cited 16 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/Islam_in_South_Asia
9. Wikipedia. Wikipedia: South Asia. 2007 [updated 16:27, 17 August 2020]; cited 20 August 2020] Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/South_Asia
10. The Diplomat [Internet]. Washington, DC: The Diplomat. Pillalamarri A. How South Asia Will Save Global Islam; 2016 Jan 08 [cited 2020 July 16]. Available from: <https://thediplomat.com/2016/01/how-south-asia-will-save-global-islam/>
11. Wikipedia. Wikipedia: South Asian Association for Regional Cooperation. 2005 [updated 06:02, 10 August 2020]; cited 16 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/South_Asian_Association_for_Regional_Cooperation
12. South Asia Regional Overview. Available from: <https://web.archive.org/web/20081121043924>
13. The News International [Internet] Pakistan: The News International. Syed AZ. Sense and Sensibility in South Asia; 2015 March 13 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://www.thenews.com.pk/print/28942-sense-and-sensibility-in-south-asia>
14. Pew Research Centre [Internet]. Washigton, DC: Pew Research Centre; c2004. The future of the Global Muslim population: Asia Pacific; 2011 Jan 27 [cited 2020 Aug 15]. Available from: <http://www.pewforum.org/2011/01/27/future-of-the-global-muslim-population-regional-asia/>
15. Runnymede. London: Runnymede; c2006. Commission on British Muslims [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://www.runnymedetrust.org/projects-and-publications/past-projects/commissionOnBritishMuslims.html>
16. Stevenson A. Islamophobia: Oxford English Dictionary (3ed.). Oxford University Press; 2015. eISBN: 9780191727665.
17. Meer N, Modood T. Refutations of racism in the 'Muslim question'. *Patterns of Prejudice*. 2009; 43(3-4): 335-54. doi: 10.1080/00313220903109250.
18. Bleich E. What is Islamophobia and how much is there? Theorizing and measuring an emerging comparative concept. *Am Behav Sci*. 2011 Dec;55(12):1581-600. doi: 10.1177/0002764211409387.
19. Allen C. Islamophobia. Farnham, UK: Ashgate Publishing Ltd.; 2010. Available at: <https://serdargunes.files.wordpress.com/2015/04/islamophobia-christopher-allen-2010.pdf>
20. Kunst JR, Sadeghi T, Tahir H, Sam D, Thomsen L. The vicious circle of religious prejudice: Islamophobia makes the acculturation attitudes of majority and minority members clash. *Eur J Soc Psychol*. 2016;46(2):249-59. doi: 10.1002/ejsp.2174.
21. Espiritu FB. Islamophobia and the 'negative Media portrayal of Muslims'. 2018. Available at: <https://www.globalresearch.ca/islamophobia-and-the-negative-media-portrayal-of-muslims/5440451>
22. Shadid W, van Koningsveld PS. The negative image of Islam and Muslims in the West: Causes and solutions. *Religious freedom and the neutrality of the state: The position of Islam in the European Union*. 2002:174-96.
23. Ahmed S, Matthes J. Media representation of Muslims and Islam from 2000 to 2015: A meta-analysis. *International Communication Gazette*. 2017 Apr;79(3):219-44. doi: 10.1177/1748048516656305
24. Wikipedia. Wikipedia: 2000 Terrorist attack on Red Fort. 2014 [updated 19:07, 22 March 2020]; cited 10 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/2000_terrorist_attack_on_Red_Fort
25. Wikipedia. Wikipedia: 2001 Indian Parliament attack. 2006 [updated 16:11, 14 August 2020]; cited 16 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/2001_Indian_Parliament_attack
26. Wikipedia. Wikipedia: 2008 Mumbai attacks. 2008 [updated 04:07, 12 August 2020]; cited 16 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/2008_Mumbai_attacks
27. Wikipedia. Wikipedia: List of Islamist terrorist attacks. 2012 [updated 20:37, 11 August 2020]; cited 15 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_Islamist_terrorist_attacks
28. Wikipedia. Wikipedia: Death of Osama bin Laden. 2011 [updated 20:20, 15 August 2020]; cited 15 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/Death_of_Osama_bin_Laden
29. Kronstadt KA. US terrorist links Pakistani ISI to Mumbai attacks, Committee on Homeland Security, United States. In: *Pakistan-U.S. Relations Congressional Research Service (USA)*. 2012; 22-41.
30. Jaffrelot C. Pakistan: Nationalism without a Nation. London: Zed Books; 2002; 38 p.

31. The Express Tribune [Internet]. Pakistan: The Express Tribune. Jawaid A. Pakistan's non-'anti-India' generation; 2011 October 20 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://tribune.com.pk/story/278219/pakistans-non-anti-india-generation/>
32. The Chronicle of Higher Education [Internet]. Washington, DC: The Express Tribune; c1993. Kazi N. How not to fight Islamophobia; 2017 February 16 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://www.chronicle.com/article/How-Not-to-Fight-Islamophobia/239205>
33. American Attitudes towards Arabs and Muslims. Washington, DC: Arab American Institute; 2015. Available from: https://d3n8a8pro7vvhmx.cloudfront.net/aa/pages/11126/attachments/original/1450651184/2015_American_Attitudes_Toward_Arabs_and_Muslims.pdf?1450651184
34. Testa A, Armstrong G. "We Are Against Islam!" The Lega Nord and the Islamic Folk Devil. *Sage Open*. 2012 Nov 18;2(4):2158244012467023. doi: 10.1177/2158244012467023
35. Hindustan Times [Internet]. Dehli: HT Media, c2007. Fear, unease growing among Muslims in India, says outgoing vice president Hamid Ansari; updated 2017 Aug 10 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <http://www.hindustantimes.com/india-news/india-s-age-old-values-breaking-are-down-outgoing-vice-president-hamid-ansari/story-hgj26CjyQBrij5ZPpHFRK.html>
36. Luqiu LR, Yang F. Islamophobia in China: news coverage, stereotypes, and Chinese Muslims' perceptions of themselves and Islam. *Asian J Commun*. 2018 Nov 2;28(6):598-619. doi: 10.1080/01292986.2018.1457063
37. Awan I. Islamophobia on Social Media: A Qualitative Analysis of the Facebook's Walls of Hate. *International Journal of Cyber Criminology*. 2016 Jan 1;10(1). doi: 10.5281/zenodo.58517.
38. Törnberg A, Törnberg P. Muslims in social media discourse: Combining topic modeling and critical discourse analysis. *Discourse, Context & Media*. 2016 Sep 1;13:132-42. doi: 10.1016/j.dcm.2016.04.003
39. Salleh MR. Life event, stress and illness. *Malays J Med Sci*. 2008 Oct;15(4):9-18. PMID: 22589633; PMCID: PMC3341916.
40. Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychol Med*. 1978 May;8(2):245-53. doi: 10.1017/s003329170001429x. PMID: 652898.
41. Andrews G, Tennant C. Life event stress and psychiatric illness. *Psychol Med*. 1978 Nov;8(4):545-9. doi: 10.1017/s0033291700018754. PMID: 724867.
42. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938. PMID: 17716090.
43. Faravelli C, Pallanti S. Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1989 May;146(5):622-6. doi: 10.1176/ajp.146.5.622. PMID: 2712167.
44. Drake O. Faculty, Alumnus Discuss Concept of Islamophobia. *Wesleyan University Newsletter*. 2007. Available at: <https://newsletter.blogs.wesleyan.edu/2007/11/20/1107islambook-htm/>
45. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:607-28. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141. PMID: 17716101; PMCID: PMC2568977.
46. Wikipedia. Stress-related disorders. 2007 [updated 11:31, 15 October 2019]; cited 15 August 2020]. https://en.wikipedia.org/wiki/Stress-related_disorders
47. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: an update. *J Trauma Stress*. 1994 Jul;7(3):341-62. doi: 10.1007/BF02102782. PMID: 8087399.
48. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983 Dec;24(4):385-96. PMID: 6668417.
49. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967 Aug;11(2):213-8. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4. PMID: 6059863.
50. Lee SA, Gibbons JA, Thompson JM, Timani HS. The Islamophobia scale: Instrument development and initial validation. *Int J Psychol Relig*. 2009 Mar;25;19(2):92-105. doi: 10.1080/10508610802711137
51. Kunst JR, Sam DL, Ulleberg P. Perceived islamophobia: Scale development and validation. *Int J Intercult Relat*. 2013 Mar 1;37(2):225-37. doi: 10.1016/j.ijintrel.2012.11.001
52. Elliott GR, Eisdorfer C. Stress and Human Health. In: *Health Psychology*. Ed by Broom A.K. Boston: Springer; 1989. doi: 10.1007/978-1-4899-3228-0_2.
53. Greenberg JS. *Comprehensive stress management*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
54. Chockalingam A, Venkatesan S, Dorairajan S, Moorthy C, Chockalingam V, Subramaniam T. Estimation of subjective stress in acute myocardial infarction. *J Postgrad Med*. 2003 Jul-Sep;49(3):207-10. PMID: 14597781.
55. Stenström U, Wikby A, Hörnquist JO, Andersson PO. Recent life events, gender, and the control of diabetes mellitus. *Gen Hosp Psychiatry*. 1993 Mar;15(2):82-8. doi: 10.1016/0163-8343(93)90101-s. PMID: 8472944.
56. Simmons SP. *Measuring emotional intelligence*. New York: Summit Publishing Group; 1997; 308 p.
57. Aggarwal S, Prabhu CH, Anand LC, Kotwal LC. Stressful life events among adolescents: The development of a new measure. *Indian J Psychiatry*. 2007 Apr;49(2):96-102. doi: 10.4103/0019-5545.33255. PMID: 20711390; PMCID: PMC2917092.
58. Haviland MG, Sonne JL, Woods LR. Beyond posttraumatic stress disorder: object relations and reality testing disturbances in physically and sexually abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Aug;34(8):1054-9. doi: 10.1097/00004583-199508000-00015. PMID: 7665444.
59. Lowenthal B. The effects of early childhood abuse and the development of resiliency. *Early Child Dev Care*. 1998 Jan 1;142(1):43-52 doi: 10.1080/0300443981420105.
60. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003 Dec;6(4):237-46. doi: 10.1023/b:c:ccfp.0000006291.10180.bd. PMID: 14719636.
61. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009 Feb;32(1):20-47. doi: 10.1007/s10865-008-9185-0. Epub 2008 Nov 22. PMID: 19030981; PMCID: PMC2821669.
62. Gee GC, Ford CL. Structural racism and health inequities: Old Issues, New Directions. *Du Bois Rev*. 2011 Apr;8(1):115-132. doi: 10.1017/S1742058X11000130. PMID: 25632292; PMCID: PMC4306458.
63. Kunst JR, Tajamal H, Sam DL, Ulleberg P. Coping with Islamophobia: The effects of religious stigma on Muslim minorities' identity formation. *Int J Intercult Relat*. 2012 Jul 1;36(4):518-32. doi: 10.1016/j.ijintrel.2011.12.014
64. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill; 1966.

Амбулаторная психиатрия в мире

Community-based psychiatry around the world

doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-1-47-48

Комментарий

**Olga A. Karpenko O., Maya A. Kulygina,
George P. Kostyuk**

*Mental-health clinic No. 1 named after N.A. Alexeev, Moscow,
Russia*

**Ольга А. Карпенко, Майя А. Кулыгина,
Георгий П. Костюк**

*Психиатрическая клиническая больница №1
им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия*

В 2019 г. отмечалось 100-летие амбулаторной психиатрической службы в России. Этому событию была посвящена Международная научно-практическая конференция «Внебольничная психиатрическая помощь: вехи становления и перспективы развития», которая проходила в Москве с 16 по 18 мая 2019 г.; в конференции принимали участие представители 72 стран мира. Ведущие российские и зарубежные специалисты в области амбулаторной психиатрии обменялись новейшими данными и инновационными практическими и исследовательскими решениями, позволяющими повысить качество оказываемой психиатрической помощи.

Первая российская амбулаторная психиатрическая служба появилась в Москве в 1919 г. по указу местного комиссариата здравоохранения. В 1924 г. в Москве открылся первый психоневрологический диспансер (специализированное психиатрическое учреждение по оказанию первичной психиатрической помощи) [1, 2]. С того времени в России стационарная и амбулаторная психиатрия развивались параллельно, приобретая богатый клинический опыт.

В последние несколько десятилетий в документах ВОЗ особо подчеркивается важность развития амбулаторной психиатрической службы [3]. Первичным звеном психиатрической помощи являются амбулаторные учреждения, обеспечивающие выявление, лечение и профилактику психических расстройств, а также долгосрочную психосоциальную реабилитацию.

Амбулаторные психиатрические организации должны работать в соответствии с положениями местной системы здравоохранения, поэтому единой модели для всех стран не существует. Организационная форма и эффективность этой работы зависят от многих факторов, таких как финансирование, государственная политика, правовые нормы, культурные

традиции и т. д. Государственная политика по развитию амбулаторной психиатрической службы может служить источником новых идей и мер по улучшению психического здоровья населения.

Именно по этой причине мы решили собрать краткие обзоры из разных стран, описывающие накопленный в них опыт и дающие представление о состоянии амбулаторной психиатрической помощи. Мы разработали ряд вопросов, чтобы сделать отчеты сопоставимыми и выделить ключевые вехи в развитии амбулаторной психиатрической помощи.

Авторам был предложен следующий список вопросов:

1. Когда в вашей стране была создана амбулаторная психиатрическая служба?

2. Опишите следующие общие характеристики вашей амбулаторной психиатрической помощи:

- где оказывается (условия)?
- кто может ее предоставлять (какие специалисты)?
- кому и какие виды психиатрической помощи предоставляются?
- каковы связи между организациями первичной медицинской помощи и амбулаторной психиатрической службой?
- каковы связи между амбулаторной психиатрической службой и другими психиатрическими организациями в вашей стране?
- каков источник финансирования?
- каковы правовые аспекты?

3. Опишите следующие общие характеристики системы психиатрической помощи с 1980-х гг. (предпочтительно указать в цифровом формате):

- количество психиатров, психотерапевтов, психологов и других специалистов по охране психического здоровья (на 100 000 населения).
- количество психиатрических коек (на 100 000 населения), продолжительность стационарного лечения, обычное ведение пациента после выписки из больницы (направления, организации последующего наблюдения).
- психиатрические учреждения, имеющиеся в вашей стране (психиатрические больницы, койки в больницах общего профиля, дневные стационары, амбулаторные отделения и т. д.).

4. Каков статус амбулаторной психиатрической службы в системе охраны психического здоровья и здравоохранения в целом в вашей стране?

5. Каковы ее сильные и слабые стороны?

6. Каковы планы по ее дальнейшему развитию?

7. Другая важная, на Ваш взгляд, информация.

Приглашение написать статью с описанием амбулаторной психиатрической службы было отправлено ведущим специалистам в области психиатрии более чем 30 стран мира. Ответы, полученные со всех континентов, всё еще сопоставляются. Мы будем публиковать обзоры, сделанные в разных странах, в каждом выпуске журнала (в разделе «специальная статья»).

Список литературы

1. Karpenko O, Kostyuk G. Community-based mental health services in Russia: past, present, and future. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5(10): 778–780. doi: 10.1016/S2215-0366(18) 30263-3
2. Outpatient Mental Health Services in Moscow. *History through Today*. – М.: «KDU», 2019. – 268 p. <https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0035>
3. WHO. The European mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2015.
4. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf