Международная конференция «Внебольничная психиатрическая помощь: вехи становления и перспективы развития (к 100-летию амбулаторной психиатрической помощи)», 16–18 мая 2019 года, Москва

International Conference «Centenary of Community-Based Psychiatry: Landmarks and Perspectives», 16–18 May 2019, Moscow

Михайлова Н.М.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
Mikhaylova N.M.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

Конференция, посвященная 100-летию существования амбулаторной психиатрической службы в стране, стала значимым событием в жизни не только психиатрического, но и всего медицинского сообщества. Знаковым является и то, что идейными и практическими организаторами конференции выступили Всемирная психиатрическая ассоциация, Департамент здравоохранения Москвы, Сеченовский Университет, Российское общество психиатров, Российский фонд фундаментальных исследований, Союз охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой.

Как отметил один из президентов конференции главный психиатр Москвы, профессор Г.П. Костюк (Москва, Россия), отечественная психиатрия в XX веке развивалась сразу в двух направлениях — в организации как амбулаторной, так и стационарной форм помощи. Первая амбулаторная психиатрическая служба появилась в Москве в 1919 г. В стране создана уникальная система специализированной амбулаторной психиатрической помощи. Мировая психиатрия XXI столетия переживает глобальные организационные и научно-исследовательские трансформации. В соответствии с Европейским планом действий в области психического здоровья ВОЗ (2013–2020 гг.) все страны европейского региона разрабатывают стратегии по переходу от преимущественно больничной психиатрической помощи к расширению и увеличению разнообразия амбулаторных служб. Актуальность этой проблемы является общепризнанной. Замысел авторитетных организаторов конференции воплотился в привлечении к участию в ней ведущих специалистов с мировым именем. Среди них представители департамента психиатрии ВОЗ, эксперты и участники рабочих групп по разработке МКБ-11. Доклады, представленные ими на пленарных и секционных заседаниях конференции, освещены в настоящем информационном обзоре. Целью обзора является ознакомление широкого круга читателей журнала с современными идеями организации внебольничной психиатрической помощи и опытом их осуществления. В докладах иностранных участников конференции представлены изменения, внесенные в МКБ-11, и их обоснование. Предоставление этой информации окажется полезным при внедрении МКБ-11 в практику отечественного здравоохранения.

Пленарное заседание 1-го дня конференции открыл профессор **Norman Sartorius** (Женева, Швейцария), экс-президент Всемирной психиатрической ассоциации и Европейской психиатрической ассоциации, в прошлом руководитель департамента психического здоровья ВОЗ, признанный самым авторитетным специалистом среди психиатров своего поколения. В докладе «**Психиатрия в начале XXI века: старые и новые задачи**» он обозначил основные исторические изменения в социуме, значимые в контексте здравоохранения. К ним отнесены такие социальные процессы, как глобализация; «горизонтализация» культуры (плюралистская «горизонтальная» модель взаимодействия культур на основе рыночных отношений и преобладания массовой развлекательности); изменение роли женщин; коммодификация, или товарный фетишизм; урбанизация; изменение положения среднего класса; наступление века информатики; изменение структуры семьи; миграция; децивилизация. В качестве следствий этих процессов рассматриваются паттерны изменения болезненности; эпидемия коморбидности, отчасти вследствие достижений медицины; увеличение продолжительности жизни; изменение природы заболеваний, возможно, вследствие изменения коммуникаций; появление новых болезней; изменение порога перено-

симости страдания. Другим последствием неизбежно становится трансформация служб охраны здоровья: массивная (зачастую скрытая) инвазия частной медицины; фрагментация медицины; изменения медицинской этики; сдвиг ответственности в сторону ухода и особенно профилактики; рост медицинского туризма. Основанием для реформирования медицинских служб являются показатели их неудовлетворительного состояния, к причинам этого относят неадекватность современной парадигмы организации помощи, в частности акселерацию метода ведения случаев, трансинституционализацию, непризнание болезней, которые могут быть предупреждены (например, кори); сдвиг в сторону альтернативной медицины, которая приближается к дегуманизации; растущую стоимость ухода. Возникает потребность в смещении приоритетов в общественном здравоохранении, в частности от преимущественно ухода к балансу лечения и ухода от задач реабилитации к задачам выздоровления с использованием коллаборативной помоши, с акцента на лечении больного — в сторону внимания к помощи семье, с борьбы со стигмой пациента — на преодоление дискриминации, с методов просвещения семьи — в сторону увеличения выплат, от деинституционализации к страхованию качества всех учреждений, от обучения персонала в психиатрических учреждениях к обучению в общей медицине, от вторичной профилактики к первичной. По мнению N. Sartorius, все это позволяет сформулировать задачи для психиатров начала XXI века, а именно: найти способы предупреждения психических и неврологических заболеваний; организовать помощь психически больным с коморбидной психической и соматической патологией; разработать различные способы помощи и контролировать их качество; пересмотреть содержание и методы преподавания психиатрии; овладевать позицией лидерства и инструментальными навыками. В заключение докладчик подчеркнул, что наступает время действовать, когда новое время выдвигает императивы действий в соответствии с новыми приоритетами, а изменения зависят от всех членов психиатрического сообщества.

В докладе Президента РОП, директора ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, профессора **Н.Г. Незнанова** (Санкт-Петербург, Россия) «**Психиатрическая помощь пациентам в общемедицинской практике**» приведены расхождения в показателях распространенности психических заболеваний по данным международной и отечественной статистики. В частности, в России диагноз биполярного аффективного расстройства (БАР) ставится в 150 раз реже, непсихотической депрессии — в 60 раз реже, тревожного расстройства — в 60 раз реже, расстройства аутистического спектра (РАС) — в 65 раз реже, болезни Альцгеймера — в 55 раз реже. По оценке МЗ РФ (2016 г.), 15–20% населения нуждается в помощи, а получает только 5,0–5,5%. Общая заболеваемость психическими заболеваниями растет, особенно среди подростков, а первичная заболеваемость в последние годы обнаруживает тенденцию к снижению. В спектре психических нарушений непсихотические расстройства составляют 50,6%, умственная отсталость — 21,8%, психозы и состояния слабоумия — 21,6%. В США распространенность психических расстройств достигает 29–30%, в ЕС — 27% (фобии 25%, аффективные заболевания 20%, соматоформные 18,9%, злоупотребление ПАВ 9%, психозы 3,6%). Обращая внимание на высокие показатели психических расстройств в общемедицинской сети (соматоформные до 16,7% в амбулаторных учреждениях, психосоматические заболевания в многопрофильной больнице: нозогенные 57%, соматоформные 27%, психосоматические 14%, соматогении 2%), докладчик подчеркнул их влияние на соматическое заболевание, что проявляется в изменении клинической картины, утяжелении соматического заболевания, ипохондрии, коммуникативных проблемах, возрастании физической и экономической ресурсоемкости болезней. Со ссылкой на классические работы H. Selye, H. Eysenck, L. Chompi Н.Г. Незнанов обосновал концепцию патогенеза, выделив его звенья («уязвимость–диатез–стресс–заболевание»), признавая, что мультифакторные заболевания составляют более 90% наследственно обусловленной патологии. Наибольший риск депрессий обнаруживают сердечно-сосудистые заболевания, однако в России диагностика депрессий в 1,8–3,0 раза ниже, чем их имеется в реальности. Взаимодействующие патофизиологические механизмы (стресс, гены, ЦНС, эндокринная система, кардиальные явления) обусловливают возможные связи между депрессией и деменцией. По результатам опроса в проекте РОП «МаГисТР» приводятся обоснование причин внедрения психиатрии в общесоматическую медицину и принципы их интеграции.

Профессор **G. Thornicroft** (Лондон, Великобритания) построил свой доклад на тему «**Развитие амбулаторных психиатрических служб**» как перечень уроков и решений. В первом уроке докладчик рассмотрел проблему насилия над человеком и дискриминации, а в качестве решения — надзор со стороны потребителей, международных негосударственных организаций или групп профессионалов; увеличение осведомленности населения о психических заболеваниях, доступном лечении и правах человека; применение законов о дискриминации инвалидов. Второй урок касается правительственных законов и их приоритета, а решения состоят в усилении задач, поставленных перед правительством, чему должны послужить поддержка политических партий, эффективная защита проектов, преодоление разрыва стоимости и эффективности оказания медицинской помощи, идентификация лидеров в правительстве, усиленное и незамедлительное лоббирование интересов потребителей. По мнению G. Thornicroft, во всем мире вызовом является баланс госпитальной и амбулаторной помощи и привлечение ресурсов в условиях существенного разрыва в лечении в странах с разным доходом. Третьим вызовом обществу является преждевременная смертность. Среднее

число потерянных лет достигает 10, показатель смертности — 14,3%, при этом психические заболевания в ряду самых частых причин смерти. Докладчик сообщил о том, что в Англии с 1903 по 1999 г. закрыто множество психиатрических больниц. Анализ моделей с разным уровнем финансирования не принес доказательств преимуществ стационарной помощи; нет доказательств, что только официальные службы могут обеспечить помощь, доказана эффективность баланса этих форм помощи. На примере собственного опыта изучения 5-летнего катамнеза 670 выписанных больных автором доклада показано, что две трети больных продолжали жить вне больниц. В затратах разница оказалась небольшой, но улучшилось качество жизни и уровень удовлетворения потребностей, при этом мало различий обнаружено в симптомах и социальном поведении. В целом проживание в обществе более эффективно по затратам, чем длительная жизнь в больнице. Не обнаружено повышения риска смерти и частоты суицидов. Бездомных оказалось менее 1 на 100 психически больных, более одной трети нуждались в повторных госпитализациях, более 75% предпочитали жить в обществе, более 80% рекомендовали бы внебольничную помощь. Акцентируя внимание на общих уроках деинституционализации, профессор G. Thornicroft подчеркивает, что для достижения долгосрочного улучшения психиатрической помощи реформы должны проводиться медленно и тщательно, на инициальной стадии всегда есть потребность в харизматических лидерах, в фазе консолидации изменений нужны скорее «скучные» руководители, готовность к урезанию бюджета, но, прежде всего, необходимо прислушиваться к потребителям специализированной помощи и их семьям.

Профессор **H. Katschnig** (Вена, Австрия), известный специалист в области организации психиатрической помощи, сделал доклад на тему «**Проблемы имплементации и оптимизации психиатрической помощи в разных системах здравоохранения**», оговорившись, что его сообщение не о целях психиатрии или как должна быть организована психиатрическая помощь, поскольку сейчас ясно, что даже для тяжелых психических заболеваний она должна быть общественно ориентированной и осуществляться вне больниц по месту проживания пациентов. Однако существуют проблемы и неясности в разных странах с различными системами здравоохранения, и профессионалы в области психиатрии не могут контролировать системные факторы. В 10 странах Европы реализован проект Еврокомиссии по закрытию изолированных психиатрических больниц и созданию психиатрических отделений в общесоматических больницах. Результаты показали уменьшение стигматизации и сближение с жизнью в семье, улучшение эффективности лечения коморбидных расстройств и заболеваний. В рамках системной реформы организация бригад местной психиатрической помощи финансируется из региональных бюджетов. В анализе преимуществ и недостатков частной и общественной психиатрии докладчик указал, что в рыночных отношениях улучшается качество продукта и услуг, но конкуренция, эта невидимая рука рынка, нацелена на удовлетворение желаний собственника, получение прибыли, в то время как становится более узкой профилизация пациентов и специализация персонала. В государственных учреждениях нет места свободным рыночным отношениям, что создает неравенство основ предоставления помощи, наемный персонал не может работать сверхурочно, а административные правила могут препятствовать оказанию высококачественной помощи.

Основные положения доклада профессора **W. Gaebel** (Дюссельдорф, Германия) «**Управление качеством психиатрической помощи**» хорошо известны исследователям в области научных основ организации психиатрической помощи. В докладе приведена дефиниция качества помощи, определена структурная схема необходимых элементов (учреждение, оснащение, кадры, фонды, оргструктуры) для его достижения, последовательность в процессе оказания помощи (действия, лечение поведенческих проявлений) и показатели результативности (оздоровление членов общества и показатели здоровья общества в целом, осведомленность больных, поведение, удовлетворенность), подчеркнута взаимосвязь всех этих составляющих. W. Gaebel рассматривает качество помощи как мультидименсиональный продукт, который включает категории наблюдения, уровень наблюдения и оценку наблюдающих за состоянием пациентов. Автор предлагает измерять индикаторы качества — по 12 для шизофрении и депрессии, по 10 для деменции и алкоголизма. Профессор W. Gaebel, лидер рабочей группы ВОЗ по разработке МКБ-11, известен читателям журнала «Психиатрия» по серии публикаций расширенных рефератов его статей по проблемам классификации эндогенных заболеваний (рефераты подготовлены А.Н. Кореневым; см. журнал «Психиатрия» №№ 2, 3 за 2013, № 3 за 2014, №№ 1, 3, 4 за 2015 гг.).

Профессор **S. Prieb** (Лондон, Великобритания) в докладе «**Амбулаторная психиатрия — чему мы можем научиться у разных стран?**» кратко изложил историю создания форм помощи душевнобольным, альтернативных приютам и больницам. Он отметил, что критика приютов началась еще с 1860-х гг. Анализируя появление отдельных инициатив других форм помощи (семейные формы в Шотландии, общежития в разных странах), докладчик выделил создание дневного стационара в России. S. Prieb показал, как движение антипсихиатрии повлияло на уменьшение количества коек, констатировал эффективность ассертивных форм помощи в Америке и их неэффективность в Европе, подчеркнул необходимость индивидуального подхода к размещению и поддержке пациентов. В качестве предикторов удовлетворенности пациентов оказанием помощи докладчик выделил возраст, совместное проживание, наличие близкого друга, первичное поступление в больницу. С неудовлетворенностью оказались связаны более высокое образование, бóльшая

тяжесть клинических симптомов, диагноз коморбидного расстройства личности, недобровольный характер госпитализации. Предикторы длительного пребывания в больницах включают ряд социальных характеристик (бездомность, рентные установки, отсутствие контакта с близкими в последние недели) и показатели клинической тяжести (по шкале общего клинического впечатления, психотический уровень расстройств, употребление ПАВ, госпитализации в анамнезе, ограничение в правах). При сравнении продолжения наблюдения одним и тем же врачом в больнице и в амбулатории со специализацией по этому признаку не обнаружено различий в результатах ведения и лечения больных. Допуская целесообразность большого разнообразия форм помощи душевнобольным, докладчик изложил принципы хорошего качества внебольничной помощи, к которым отнес системный характер, четкую организацию, конкретику деятельности персонала, позитивные терапевтические отношения, эмпатию, формирование мультидисциплинарных бригад, ясность коммуникаций пациентов и профессионалов, вовлечение семьи и социального окружения, обеспечение пациентов занятостью.

Интересная информация представлена в режиме видеотрансляции в докладе **N. Boyce** (Лондон, Великобритания) «**Анализ трансформации психиатрических служб по публикациям в журнале "Ланцет" с 1820-х до наших дней**». Эти публикации содержали сообщения о долгожителях в России, численность лиц в возрасте 100 лет и старше насчитывала около 1000 человек (1829 г.), о состоянии психиатрической помощи в России (1842 г.), статьи В.М. Бехтерева (1886 г.), анализ состояния образования и диссертационной деятельности в России (1889 г.). Нашел отражение на страницах журнала доклад «Дорога в Москву и экзерсисы путешествия» на XXII Международном конгрессе врачей в 1897 г. В XXI веке опубликованы результаты проспективного обсервационного исследования алкоголизма и смертности в России, клинический материал которого включал 51 000 обследованных. Опыт российских психиатров упомянут в 1946 г. в публикации доклада C.P. Blacker о различных формах внебольничной помощи душевнобольным, в 1956 г. — о развитии моделей психиатрических служб без разрыва амбулаторных и стационарных учреждений. В публикации 1964 г. советская внебольничная помощь признана первой линией защиты больных. В анализе современных тенденций развития общественной внебольничной психиатрической помощи (прошлое, настоящее и будущее) отмечена устойчивость тенденции поворота к интересам больного и семьи, возвращения больных в семью и общество, а больницы и приюты в 1968 г. названы «психиатрическими динозаврами». Докладчиком проведена аналогия современного поглощения психиатрических больниц службами всеохватывающей небольничной помощи с отступлением от монастырского призрения во времена Генриха VIII и Кромвеля. Из актуальных до сих пор проблем автор назвал несовершенство закона о психиатрической помощи и вопрос глобализации организации психиатрической помощи с учетом уроков деинституционализации. В заключение N. Boyce еще раз подчеркнул, что журнал «Ланцет» издавна обнаруживает интерес к России и психиатрической помощи в стране, а развитие внебольничной психиатрической помощи в России — это часть последовательных публикаций о деинституционализации.

Доклады пленарного заседания 2-го дня были посвящены изменениям в классификации психических заболеваний и расстройств. Заведующая кафедрой психиатрии Сеченовского Университета **профессор М. Кинкулькина** (Москва, Россия) в докладе «**Вопросы образования в разрезе новой версии классификации психических расстройств**» изложила суть инновационных подходов к преподаванию психиатрии студентам-медикам.

Эксперт ВОЗ профессор **G. Reed** (Нью-Йорк, США) в докладе «**Инновации и изменения в разделе "Психические и поведенческие расстройства" МКБ-11**» подчеркнул ответственность департамента психического здоровья и злоупотребления ПАВ ВОЗ за разработку четырех разделов МКБ-11, которые включают психические, поведенческие расстройства и нарушения нейроразвития, заболевания нервной системы, расстройства сна (новая глава), состояния сексуального здоровья (новая глава). В июне 2018 г. Ассамблея ВОЗ по вопросам статистики заболеваемости и смертности одобрила новую версию МКБ, после чего готовится публикация «Клинические описания и диагностическое руководство для профессионалов в области психического здоровья, версия для специалистов по нервной системе, для профессионалов в первичном звене здравоохранения». Среди новых категорий в МКБ-11 докладчик представил дисморфофобические и дисморфоманические расстройства как часть обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) с проявлениями ипохондрии, сложное посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) с нарушением концепции Я, интерперсональных отношений и регуляции, гейминг-расстройства, расстройства компульсивного сексуального поведения. К структурным инновациям в МКБ-11 отнесены исключение дуализма разум/тело, то есть разделения на органические и неорганические расстройства, а также новые унифицированные классификации расстройств сна и сексуального поведения. В разделе МКБ-11, содержащем классификацию деменций, нашли свое место психические и поведенческие компоненты и лежащая в их основе этиология, которая представлена в главе «Заболевания нервной системы». Определена направленность в сторону дименсиональной классификации взамен дискретных категорий. Дименсиональная классификация сфокусирована на проявлениях в данный момент и более сопоставима с концепцией выздоровления, адресованной к личности пациента. Имевшее место в МКБ-10 подразделение шизофрении на подтипы (параноидная, гебефренная, кататоническая) устраняется вследствие недостатка

валидности, заменяется рейтинговой оценкой симптомов (позитивных, негативных, депрессивных, двигательных, когнитивных), которая может использоваться при классификации других заболеваний. Новая диагностическая система обобщает специфические проблемы, определяющие симптомы-мишени вмешательства, которые могут иметь тенденцию к улучшению.

В МКБ-10 расстройства личности (РЛ) включали девять категорий, бóльшая часть которых никогда не применялась в практике; в МКБ-11 РЛ концептуализированы в категориях тяжести в рамках континуума с нормальными проявлениями личности. Личностные характеристики должны быть описаны в понятиях пяти широких доменов, основанных на научных публикациях по проблеме личности. К ним отнесены негативная аффективность, отгороженность, диссоциальность, расторможенность и ананкастность. Психотизм и шизоидия не вошли в РЛ, а шизотипическое расстройство находится в группе шизофрении. Классификация расстройств, являющихся следствием злоупотребления ПАВ, отвечает потребностям практики. Осовременен и расширен перечень ПАВ, включено случайное употребление ПАВ для обозначения единичных эпизодов, улучшена спецификация паттернов вредоносного употребления ПАВ, упрощены руководящие установки определения зависимости. Изменения в МКБ-11, касающиеся нарушения идентификации пола, основаны на последних научных достижениях и изменениях в социальных установках, нашедших отражение в политике, законах и отношении к правам человека. Диагноз психического расстройства заостряет проблемы трансгендеров при оказании не только психиатрической, но и общей медицинской помощи. Пересмотрена концепция расстройств гендерной идентичности в сторону гендерной неконгруентности и создания новой главы в разделе сексуальных расстройств, так что они теперь не будут рассматриваться как психическое отклонение. Не предлагалось удалить их из-за культуральных различий и юридических установок, влияющих на организацию здравоохранения. Руководство прямо утверждает, что вариации гендерного поведения и преференции сами по себе недостаточны для постановки диагноза.

Результаты полевых испытаний МКБ-11 продемонстрировали совпадение диагнозов стрессогенных заболеваний и других расстройств адаптации в 60–92%, а также согласие в отношении количества диагностических рубрик, достаточной легкости применения и необходимости тех же затрат времени, что и в привычной клинической практике. Следующими шагами, по мнению докладчика, должны быть продолжение научных исследований и установление технического/статистического контроля по применению МКБ-11. ВОЗ предполагает завершить поддержку МКБ-11 в 2021 г. В настоящее время идет подготовка к внедрению в системы здравоохранения стран с помощью группы международных советников, обучение пользованию, которое осуществляется в сотрудничестве с национальными ассоциациями профессионалов, представителями академических школ и совместно с общественными организациями.

Безусловный интерес и несомненную пользу для слушателей представил доклад авторитетного эксперта ВОЗ профессора **W. Gaebel** (Дюссельдорф, Германия) «**Шизофрения и классификация DSM-5, МКБ-11 и за их пределами**». Предваривший доклад исторический экскурс позволил получить представление о периодике в развитии концепции шизофрении в аспекте систематики психических заболеваний. Основные этапы, выделенные профессором W. Gaebel, это включение заболевания в классификацию нейродегенеративных заболеваний (1850), зарождение концепции шизофрении в представлениях E. Kraepelin, E. Bleuler и Kurt Schneider, вклад психобиологии и психоанализа (1900-е гг.) в представления об этиопатогенезе заболевания. В XX веке получила признание концепция шизофрении и шизофренических реакций (1950-е гг.), затем последовало расширение круга шизофрении за счет псевдоневротических форм (1960–1970-е гг.). Вслед за тем или одновременно происходило сужение концепции шизофрении в 1980-е гг. и некоторое расширение в 1990-е гг. вплоть до деконструкции понятия шизофрении с учетом генетических и нейробиологических данных начала XXI века при сохранении проблемы гетерогенности и промежуточных фенотипов заболевания.

Современная концепция шизофрении, в изложении W. Gaebel, — это комплекс позитивных, негативных, когнитивных, психомоторных и аффективных симптомов, а также признаков дезорганизации мышления и поведения. Тяжесть симптомов варьируется у разных больных и на протяжении заболевания. Начало обычно в подростковом и раннем юношеском возрасте, часто после продромального периода с неспецифическими (аффективными или негативными) симптомами. Часто это хроническое рецидивирующее заболевание, обычно с неполными ремиссиями и снижением уровня социального функционирования. Различные нейробиологические, психологические и социально-средовые факторы вовлечены и вносят свой вклад в развитие и течение болезни. Однако до сих пор неясен его этиопатогенез. До сих пор остается проблемой валидизация диагностических критериев. Классификация психических заболеваний как иерархическая категориальная система предоставляет уникальные коды для статистики заболеваемости и смертности, касается социальных аспектов существования больных, способствует определению возможностей лечения и компенсации. Дименсиональный континуум может заслонять терапевтические границы, обусловленные категориями. Эпидемиологические доказательства существования фенотипов шизофрении могут не быть связаны с пороговыми диагностическими значениями, но могут оставить вне поля зрения незначительно субклинические, но статистически частые переживания, что только поддерживает представление о континууме проявле-

ний. С другой стороны, популяционные доказательства объясняют наличие латентных структур.

История DSM позволяет выделить следующие вехи в развитии концепции шизофрении: в DSM-I (1952) — разработка понятия шизофренических реакций; в DSM-II (1968) — включение латентных и резидуальных подтипов, расстройства с нарушением границ Я, что чрезмерно расширило концепцию шизофрении; в DSM-III — введение операционализированных критериев в диагностику и систематику психических заболеваний; в DSM-IVTR (1987–2000) — умеренное расширение границ шизофрении, отделение шизофрении от шизоаффективного типа психоза; в DSM-5 (2013) — крушение подтипов, введение дименсий для построения систематики, выделение кататонии как спецификатора. Докладчик обратил внимание на отсутствие смены парадигмы в DSM-5, сохранение тенденции к адаптации описательного категориального подхода при одновременном введении дименсий.

В МКБ-11 достигается более четкое отграничение шизофрении от других психозов, например от шизоаффективного и острого транзиторного психоза, признается польза изучения всех подтипов, лучшее понимание и более полный охват представлений о течении и тяжести симптомов. Критерии диагностики шизофрении: стойкие бредовые идеи, стойкие галлюцинации, дезорганизованное мышление, переживание воздействия, пассивность, негативные симптомы, выраженная дезорганизация поведения, психомоторные расстройства. По меньшей мере наличие двух из этих симптомов поддерживает диагноз шизофрении. Ядерные симптомы (бред, галлюцинации, расстройства мышления, нарушение Я) должны иметь место не менее чем в течение месяца, они могут быть ассоциированы с тяжелым стрессом и/или ухудшением функционирования в нескольких сферах (работа, интерперсональные отношения, самостоятельное проживание).

Из нового в МКБ-11 — это смещение акцента с симптомов первого ранга, опущение подтипов шизофрении, введение когнитивных расстройств в ранг симптомов шизофрении, введение новых спецификаторов течения (первый эпизод и рецидив), введение новых симптомов-спецификаторов, временных или с нечетким отграничением от нормы, и других психических нарушений («дименсиональный концепт»). В сопоставлении с DSM-5 в МКБ-11 отсутствует иерархия симптомов (первичные/вторичные, основные/добавочные), не используется принцип модульности (E. Kraepelin, 1920) в характеристике психопатологии, изъята концепция транснозологической природы психической патологии. Автор доклада задается вопросом, пришло ли время деконструировать шизофрению в симптомокомплексы? Признавая то, что симптомы могут иметь разную этиологию и нейрональный субстрат, W. Gaebel считает возможным только объединение симптомов (позитивных, негативных и др.) в кластеры. Введение дименсиональных критериев позволяет выявить у непораженных родственников минимальные нарушения, которые могут иметь соответствующий структурный и функциональный дефицит. Автор указывает на необходимость более тщательного рассмотрения деконструкции бредовых идей. В представлении W. Gaebel, важна психопатология «интерактома», имеется в виду, что соотношение клинических психотических симптомов и транзиторных психотических переживаний, связь с позитивным и негативным аффектом, обусловленность средовым стрессом определяют тип расстройств, продолжительность и тяжесть симптомов.

Преодоление ограничений традиционных нозологий привело к разработке Национальным институтом психического здоровья США критериев RDoC. Этот анализ, по мнению W. Gaebel, является слишком сложным в сравнении с феноменологическим, он требует доказательств, проведения тестов и ретестов и т.д. В реальной перспективе возможен и целесообразен уточненный пересмотр проявлений и стадий развития симптомов. Направленность будущих исследований касается эпигенетического подхода, дальнейшего изучения данных нейровизуализации, молекулярных и микроструктурных изменений, что позволит определить области поражения мозга, а результаты найдут отражение в МКБ-12 и DSM-6.

Отдельной проблеме посвящен доклад **K. Pike** (Нью-Йорк, США) «**Концепция расстройств пищевого поведения в XXI веке**». В МКБ-11 в этот класс объединены такие основные проявления, как анорексия, булимия, избегание/ограничение приема пищи, извращенный аппетит, руминация/регургитация, переедание в связи с другими психологическими нарушениями, рвота в связи с другими психологическими нарушениями, поедание несъедобного, озабоченность приемом пищи, весом, диетами. Автором приведена классификация этих нарушений и современное понимание их как глобальных, разнообразных, культурально обусловленных. K. Pike указал на распространенность этих расстройств в России — 12 на 100 тыс. населения — и рост их частоты с 2000 по 2018 г. с 3,5 до 7,8%.

Доклад **D. Lecic-Tosevski** (Белград, Сербия) «**Пограничные психические расстройства — классификация и выбор лечения в соответствии с МКБ-11**» основан на опыте работы Центра расстройств личности и рабочей группы ВОЗ по разработке этого раздела в МКБ-11 с 2011 по 2018 г. Автором приведена ссылка на высказывание Гиппократа о том, что важнее знать, у какой личности болезнь, чем какая болезнь у личности. Подчеркнув, что расстройства личности являются вызовом психиатрам, докладчик проанализировала структуру многоаспектного влияния диагноза РЛ, показав, что это проблема для пациента, семьи, врача, отметив высокий уровень стигматизации этом диагнозе. Не менее важно, что РЛ провоцирует различные заболевания, такие как большая депрессия (БД), ПТСР, генерализованное тревожное расстройство, расстройства пищевого поведения. Наряду с частотой коморбидности отмечена лекарственная резистентность и устойчивость к психотерапии. Имеет место

и сопротивление психиатров назначению лечения (пессимизм, цинизм, нигилизм), в то время как РЛ — это большая психиатрическая проблема и главный фокус, по мнению автора, должен быть сосредоточен на лечении. Диагноз пограничного психического расстройства чаще всего используется в клинической практике, это самые трудные пациенты с высоким суицидальным риском. Вместе с тем у большинства пациентов с РЛ диагноз оказывается в другом кластере. Характерны такие проявления, как непостоянство, эгоцентризм, безответственность, любовные страсти, в больнице уход от ответственности. В 70% выявляется злоупотребление в детском анамнезе, впоследствии развивается РЛ, и это зачастую маска ПТСР. Диагноз пограничного расстройства личности (ПРЛ) становится недискриминирующим синонимом для всех РЛ, «диагностическим мешком», «прилагательным в поиске существительного» (по Акискал, при депрессии или БАР). Мудрость никогда не наступает при ПРЛ, этом многоликом «хамелеоне» болезней, характерно непостоянство структуры личности (депрессивная декомпенсация, стресс, временное ПРЛ, временное расщепление личности), уровень функционирования тоже пограничный. Проблемой в систематике, по мнению автора доклада, является неудовлетворяющая категоризация. Неприемлемость дихотомии («в природе нет белого и черного, есть серые зоны») объясняет необходимость дименсий в диагностике и классификациях. Как считает D. Lecic-Tosevski, прежний категориальный диагноз РЛ недостаточно подтверждается опытом, поскольку не является редкостью смешанный характер расстройств, отсутствует их специфика, атипичные и мягкие формы не диагностируются, отрицается тяжесть РЛ, поэтому становится оправданной трансформация в более специфический алгоритм, учитывающий тяжесть нарушений, основные домены личности, формирование предмета исследования и его клиническую пользу. В DSM-5 важной задачей было сохранить существующую категоризацию, сочетаный диагноз отвергнут Американской ассоциацией психиатров, II ось упразднена. В МКБ-11 отказ от категорий предусматривает единственный дименсиональный подход — от нормальной личности к тяжелому пограничному расстройству. Такая замена категориального подхода дименсиональным преследует понятную цель изменений, поскольку врачебное решение является категориальным. При дименсиональном подходе первым шагом становится оценка тяжести РЛ (мягкое, умеренное, тяжелое, неопределенное), вклада негативной аффективности или собственно личностных проблем в тяжесть актуального состояния. Второй шаг — это определение 5 (+1) доменов, к которым отнесены негативная аффективность (ранее невротическая), отгороженность (ранее шизоидность), диссоциальность, расторможенность, обсессивная ананкастность, +1 (паттерн пограничного уровня функциональной адаптации), приступный характер расстройств, надежные фактические данные, невозможность отнесения к коморбидности, личностные проблемы (субсиндромальный уровень), тенденция к множественности личностных черт при более тяжелом РЛ. Оценка тяжести необходима для определения приоритетов в лечении, прогноза, различных модальностей терапии, уменьшения стигмы диагноза. Мультикомпонентное лечение, мишенью которого является РЛ, а не черты личности, приводит к улучшению, что показано в собственных результатах помощи подросткам.

Большой интерес вызвал доклад **W. Sarhan** (Амман, Иордания) «**Биполярная депрессия в клинической практике**», открывший симпозиум «**Подходы к диагностике и терапии аффективных расстройств во внебольничных условиях**» под председательством профессора **В.Н. Краснова** (Москва, Россия). Среди диагностических проблем БАР W. Sarhan обозначил плохой сбор анамнеза, нечеткость диагностических критериев, акцент на характеристике актуального состояния, трудности в оценке смешанных состояний, частоту депрессивных жалоб в маниакальном эпизоде, влияние актуального состояния на самовосприятие и точность передачи переживаний, отсутствие сторонних информантов, частоту коморбидных состояний, недостаток валидных биомаркеров, лонгитудинальные факторы. Стратегии улучшения оценки и диагностики БАР должна состоять, по мнению докладчика, в использовании сведений, полученных от членов семьи и лиц из близкого окружения. Информационно значимой является идентификация наиболее выраженных эпизодов подъема настроения: систематическая оценка всех проявлений мании/гипомании, оценка раздражительности и лабильности в течение эпизода. Признается необходимость оценки лонгитудинальных факторов, в их числе определение возраста первого эпизода, оценка течения и качества выздоровления между эпизодами. Важность для диагностики представляет оценка семейного анамнеза, пересмотр прежней реакции на терапию. Для проведения дифференциального диагноза необходима оценка заболеваний со сходной симптоматикой, а также оценка коморбидности, которая делает диагностику еще более сложной. Требованием врачебной практики является достижение конфиденциальности диагноза. Современные диагностические установки при БАР основаны на результатах канадского исследования. Настороженность в отношении биполярной депрессии вызывают такие особенности актуального эпизода, как гиперсомния и/или длительное пребывание в постели в течение дня, гиперфагия и/или увеличение веса, другие «атипичные» депрессивные симптомы (психомоторная заторможенность, психотические проявления и/или бред виновности), лабильность настроения, раздражительность, психомоторная ажитация, ускорение мыслей. Для течения БАР более свойственно раннее начало (до 25 лет), множественность предшествующих эпизодов (более 5), семейный анамнез БАР. В пользу монополярной депрессии свидетельствуют инициальная бессонница или сокращение часов сна, потеря аппетита и/или снижение веса, нормальный или повышенный уровень активности, сомати-

ческие жалобы. Для течения заболевания более свойственно позднее начало депрессии (в возрасте старше 25 лет), длительность актуального эпизода (> 6 мес.), отсутствие БАР в семейном анамнезе. Рассматривая проблему риска суицида, автор доклада приводит частоту завершенных суицидов у больных БАР 6–7%, превышающую этот показатель в общем населении (10,7 на 100 тыс.). Подчеркнуто, что при БАР выше риск фатального суицида. Суицидальные мысли выявляются у 47% пациентов, суицидальные планы — в 21% случаев, попытки — у 16% больных за последний год до актуального эпизода. Указано, что у мужчин риск суицида выше, чем у женщин. В комплексной терапии БАР необходимыми признаны меры психосоциального вмешательства, отмечено положительное влияние психиатрического просвещения, поведенческой и семейной терапии, поддержки сверстников, соблюдения персонального и социального ритма терапии. В медикаментозной терапии автором доклада приведены рекомендации Британской психиатрической ассоциации — комбинация флуоксетина с оланзапином, кветиапином. В лечении острого эпизода депрессии при БАР признано целесообразным сочетание с дофаминовыми антагонистами, препаратами лития, вальпроатом. Рассматривается начало лечения с назначения ламотриджина. ЭСТ показана при высоком суицидальном риске, терапевтической резистентности, психозе, тяжелой депрессии во время беременности, при угрожающем жизни истощении. При проведении антидепрессивной терапии нужно иметь в виду, что депрессивные эпизоды БАР короче, чем при БД. Рекомендованная тактика терапии при риске инверсии, усиленном монотерапией антидепрессантом, прекращение антидепрессанта после 12 нед. ремиссии, назначение лития в качестве инициальной монотерапии. «Быстрый цикл» бывает при быстром обрыве терапии литием. В случаях резистентности к терапии терапевтические рекомендации включают также транскраниальную стимуляцию мозга (ТМС), ЭСТ. В качестве новых антидепрессантов предлагаются кетамин, вортиоксетин, из атипичных антипсихотиков — арипразин, луразидон, кветиапин (одобрены FDA), так же как ламотриджин для лечения и преветивного применения.

К проведению двух конференций, посвященным важным датам в истории психиатрии, — Международной конференции «Внебольничная психиатрическая помощь: вехи становления и перспективы развития (к 100-летию амбулаторной психиатрической помощи)» и научно-практической конференции «Психиатрическая служба г. Москвы: история становления, современное состояние и перспективы развития» в честь 125-летия ГБУЗ «ПКБ № 1 имени Н.А. Алексеева ДЗМ» — подготовлено издание сборника, который содержит статьи отечественных участников конференций, касающиеся широкого круга вопросов теоретической и практической психиатрии: «Внебольничная психиатрическая помощь: вехи становления и перспективы развития (к 100-летию амбулаторной психиатрической помощи)», 16–18 мая 2019 г., «Психиатрическая служба г. Москвы: история становления, современное состояние и перспективы развития», 24 мая 2019 г., Москва. Сборник статей под общей редакцией Г.П. Костюка, А.Л. Шмиловича. М., 2019. 388 с. ISBN 978–5–6041319–8–5.

Информация об авторах
Михайлова Наталия Михайловна, доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
E-mail: MikhaylovaNM@yandex.ru

Information about the authors
Nataliya M. Mikhaylova, Dr. of Sci. (Med.), FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
E-mail: MikhaylovaNM@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author
Михайлова Наталия Михайловна/Nataliya M. Mikhaylova
E-mail: MikhaylovaNM@yandex.ru

Дата поступления 31.05.2019 Date of receipt 31.05.2019	Дата принятия 05.06.2019 Accepted for publication 05.06.2019