

# Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 21, Номер 2



Июнь 2022

## ОТ РЕДАКТОРА

Субъективность, психоз и их соотношение  
в психиатрической науке  
Louis Sass

Что такое хорошая неотложная психиатрическая  
помощь (и откуда нам это знать)?  
Derek K. Tracy, Dina M. Phillips

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Опыт переживания психоза: восходящий обзор, написанный  
в соавторстве экспертов, переживших психотический опыт,  
и ученых  
Paolo Fusar-Poli, Andrés Estradé, Giovanni Stanghellini et al.

Текущий опыт работы с новыми категориями МКБ-11:  
комплексным посттравматическим стрессовым  
расстройством, пролонгированной реакцией горя,  
расстройством вследствие пристрастия к компьютерным  
играм и компульсивным расстройством сексуального  
поведения  
Geoffrey M. Reed, Michael B. First, Joël Billieux et al.

## ПЕРСПЕКТИВЫ

От межмозговых связей к межличностной психиатрии  
Guillaume Dumas

Непрерывное измерение результатов в современной  
психотерапии, основанной на клинических данных  
Wolfgang Lutz, Julian Rubel,  
Anne-Katharina Deisenhofer et al.

Причины, по которым люди отказываются от вакцины  
против COVID-19 (и что с этим можно сделать)  
Matthew J. Hornsey

DSM-5-TR: обзор обновлений и изменений  
Michael B. First, Lamyaa H. Yousif, Diana E. Clarke et al.

## ФОРУМ – НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА УСЛУГ, ПОВЫШЕНИЕ ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИЕМЛЕМОСТИ

Неотложная психиатрическая помощь: подходы  
к расширению спектра услуг и улучшению доступа  
к медицинской помощи и ее качества  
Sonia Johnson, Christian Dalton-Locke, John Baker et al.

## КОММЕНТАРИИ

Нет служб, одиноких как остров: движение  
к экосистемному подходу для оценки  
психиатрических служб  
Alan Rosen, Luis Salvador-Carulla

Неотложная психиатрическая помощь: необходимость  
понимания контекста и адаптированных решений  
Kuruthukulangara S. Jacob

Необходимость правозащитного подхода к моделям  
оказания неотложной помощи  
Giles Newton-Howes, Sarah Gordon

Непрерывность лечения и терапевтические отношения  
как критические элементы неотложной  
психиатрической помощи  
Torleif Ruud, Svein Friis

171 Мероприятия и технологии: разработка более безопасной  
неотложной стационарной психиатрической помощи  
Alan Simpson 252

172 Обеспечение равноправия пациентов в кризисных  
службах психического здоровья  
Matthew L. Goldman, Sarah Y. Vinson 254

175 Кризис внутри кризиса – хрупкость системы  
оказания неотложной психиатрической помощи  
Andres R. Schneeberger, Christian G. Huber 255

175 Последствия острого кризиса – вовлечение людей  
с психозом в реабилитационно ориентированную помощь  
Dan Siskind, Alison Yung 257

## ОТЧЕТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

Смертность людей с шизофренией:  
систематический обзор и метаанализ относительного  
риска и отягчающих или ослабляющих факторов  
Christoph U. Correll, Marco Solmi, Giovanni Croatto et al. 259

Паттерны и корреляты эффективности лечения  
часто встречающихся психических расстройств  
и психических расстройств, связанных  
с употреблением психоактивных веществ,  
по оценке пациентов (на основании данных  
всемирных исследований психического здоровья ВОЗ)  
Ronald C. Kessler, Alan E. Kazdin, Sergio Aguilar-Gaxiola 282

Переоценка вариабельности эффектов  
антипсихотических препаратов при шизофрении:  
метаанализ  
Robert A. McCutcheon, Toby Pillinger,  
Orestis Efthimiou et al. 297

225 Использование пероральных и пролонгированных  
инъекционных форм антипсихотиков  
для предотвращения развития рецидива у пациентов  
с расстройствами шизофренического спектра: сетевой  
метаанализ 92 рандомизированных исследований,  
включающий 22 645 пациентов  
Giovanni Ostuzzi, Federico Bertolini, Federico Tedeschi et al. 305

## ИДЕИ

228 Концепция альянса в психотерапии: от эволюции  
к революции в теории и исследованиях  
J. Christopher Muran 319

Эффективность доступных в настоящее время  
психотерапевтических методов лечения  
посттравматического стрессового расстройства  
и будущие направления развития  
Sonya B. Norman 320

247 Посттравматическое стрессовое расстройство  
как инициатор других психических расстройств  
Richard A. Bryant 322

249 Насилие со стороны интимного партнера  
и психическое здоровье: уроки пандемии COVID-19  
Louise M. Howard, Claire A. Wilson,  
Prabha S. Chandra 323

251 ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ 336

НОВОСТИ WPA 339

### **Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА)**

ВПА является ассоциацией национальных психиатрических обществ, цель которой – повышение уровня знаний и навыков, необходимых для работы в области психического здоровья и лечения психически больных людей. В состав ВПА в настоящее время входит 140 обществ из 120 стран, более 250 000 психиатров.

Каждый год ВПА организует Всемирный психиатрический конгресс. Кроме того, организуются международные и региональные конгрессы и встречи, тематические конференции. ВПА состоит из 72 научных секций, целью которых являются распространение информации и развитие сотрудничества в специальных областях психиатрии. Было подготовлено несколько обучающих программ и выпущены серии книг. ВПА разработала этические руководства для психиатрической практики, включая Мадридскую декларацию (1996).

Более подробную информацию о ВПА можно найти на веб-сайте [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org).

### **Исполнительный комитет ВПА**

*Президент:* А. Javed (Великобритания/Пакистан)

*Избранный президент:* D. Wasserman (Швеция)

*Генеральный секретарь:* Р. Morozov (Россия)

*Секретарь по финансам:* Р. Summergrad (США)

*Секретарь по организации собраний:* Е. Pi (США)

*Секретарь по образованию:* R. Ng (Гонконг–Китай)

*Секретарь по публикациям:* М. Botbol (Франция)

*Секретарь по работе с секциями:* T.G. Schulze (Германия)

### **Секретариат ВПА**

Geneva University Psychiatric Hospital, 2 Chemin du Petit Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland (Швейцария).

Тел.: +41223055737; факс: +41223055735;

эл. почта: [wpasecretariat@wpanet.org](mailto:wpasecretariat@wpanet.org)

### **World Psychiatry**

World Psychiatry – официальный журнал Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). В год выходит 3 выпуска этого журнала, он бесплатно высылается психиатрам, имена и адреса которых предоставляются национальными организациями и секциями ВПА.

Для публикации в журнале следует присылать отчеты об исследованиях, данные которых ранее не были опубликованы. Статьи должны содержать четыре части: вступление, методы, результаты, обсуждение. Список литературы нумеруется по мере цитирования и приводится в конце статьи в следующем виде.

1. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:56-67.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijls de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). *Stress analysis*. London: Wiley, 1965:145-97.

Все публикации должны направляться в офис редактора.

**Редактор** – М. Мај (Италия).

**Редакционная коллегия** – А. Javed (Великобритания/Пакистан), D. Wasserman (Швеция), Р. Morozov (Россия), Р. Summergrad (США), Е. Pi (США), R. Ng (Гонконг–Китай), М. Botbol (Франция), T.G. Schulze (Германия).

**Консультативный комитет** – R.D. Alarcón (США), D. Bhugra (Великобритания), J.A. Costa e Silva (Бразилия), J. Cox (Великобритания), М. Jorge (Бразилия), Н. Katschnig (Австрия), F. Lieh-Mak (Гонконг–Китай), F. Lolas (Чили), J.E. Mezzich (США), D. Moussaoui (Марокко), Р. Munk-Jorgensen (Дания), F. Njenga (Кения), А. Okasha (Египет), J. Parnas (Дания), V. Patel (Индия), Р. Ruiz (США), N. Sartorius (Швейцария), А. Tasman (США), S. Tuano (Израиль), J. Zohar (Израиль).

**Офис редактора** – Department of Psychiatry, University of Campania “L. Vanvitelli”, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Phone: +390815666502; Fax: +390815666523; E-mail: [majmario@tin.it](mailto:majmario@tin.it)

Главный редактор русской версии – профессор **П.В. Морозов** (Москва)

Перевод на русский язык выполнен при участии Совета молодых ученых Российского общества психиатров (председатель – к.м.н. С.С. Потанин, Москва, ответственный – к.м.н. Г.В. Рукавишников, Санкт-Петербург)

*World Psychiatry* индексируется в PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index и EMBASE.

Предыдущие номера *World Psychiatry* можно бесплатно загрузить через PubMed system (<https://www.wpanet.org/world-psychiatry>)

# Субъективность, психоз и их соотношение в психиатрической науке

Sass L. Subjectivity, psychosis and the science of psychiatry. *World Psychiatry*. 2022;21(2):165-166. doi:10.1002/wps.20986

Значение для психиатрии субъективного, или «прожитого», опыта кажется очевидным даже при поверхностном размышлении, особенно в случаях тяжелых психических заболеваний. Вполне вероятно, любопытство и беспокойство о том, что испытывает пациент, служат необходимым условием для возникновения доверия и терапевтического альянса, особенно когда переживания внешне кажутся крайне тревожными и необычными. Мало кто будет отрицать, что понимание точки зрения пациента должно играть определенную роль как в разработке, так и в выборе терапевтических методов.

Помимо этого, представляется вероятным, что некоторое понимание внутренней жизни пациентов имеет значение для клинической психопатологии как науки. Видение объектов, которые мы описываем как «бред», «галлюцинации» или «расстройство мышления», может быть связано с совершенно неодинаковыми переживаниями у людей с разными диагнозами и внутренними нозологическими различиями. Такое знание может улучшить патогенетическое моделирование психических расстройств. Возможно, неудовлетворительные результаты нейробиологических исследований тяжелых психических заболеваний в последние десятилетия (что широко признается) отчасти связаны с пренебрежением этим субъективным измерением и теми различиями, которые оно могло бы нам продемонстрировать.

Учитывая все эти факторы, можно поразиться, насколько ограниченно изучение пациентского опыта в основном русле психиатрии и клинической психологии. Можно задать вопросом, почему так происходит. Очевидная причина – влияние исключаящих и редуцирующих форм эмпиризма и материализма, которые классически подчеркивали двойную сложность как наблюдения за субъективной жизнью, так и включения ее в объективное бытие. Субъективность действительно может казаться тем, что феноменологический философ М. Мерло-Понти назвал «изъяном в великом алмазе мира»<sup>1</sup> (непокорный объясняющий изъян, хотя и находящийся в центре каждого из нас (в нашем сознании) и являющийся условием существования любого знания, которым мы обладаем).

Второй причиной оказываются широко распространенные дискомфорт и непонимание тех состояний, которые переживают люди, страдающие от тяжелых форм психических расстройств, особенно психотического регистра. Хотя многие ученые и исследователи очарованы запредельными переживаниями, которые могут возникать в психотических состояниях, многие также соглашаются, что в научных терминах крайне сложно охарактеризовать эти переживания, чаще всего включающие в себя определения, регистрирующие отсутствие нормы (например, «неадекватный аффект», «бредовое убеждение»). Дефицитарные модели часто критикуются по этическим соображениям как снисходительные или даже оскорбляющие достоинство пациента, но, кроме того, их способы объективизации психического также могут быть неадекватными с научной точки зрения, поскольку они не регистрируют то, какие элементарные психические процессы изменяются при данном психическом состоянии, а главное – как они должны выглядеть в норме<sup>2</sup>. Традиционные подходы также склонны преуменьшать активную роль пациента, то есть малозаметные внешние части его психической жизни, которые частично находятся под его контролем, и, соответственно, могут влиять

на характер бреда, галлюцинаций и других психотических симптомов<sup>3</sup>.

Исследование Fusar-Poli и многочисленных соавторов, опубликованное в этом номере журнала<sup>4</sup>, стало исключительно важным вкладом в проблему опыта пациентов. Ранее уже предпринимались попытки, особенно со стороны феноменологов и исследователей, использующих качественный подход, интенсивно сотрудничать с пациентами, чей опыт они изучают, но никогда еще не было исследования в таком широком количественном масштабе. Как отмечают авторы, их результаты фактически согласуются с богатой феноменологической традицией, которая берет начало от К. Ясперса и Гейдельбергской школы и включает, среди прочих, К. Шнайдера, К. Конрада, У. Бланкенбурга, Э. Минковского и многих современных экспертов, упомянутых в статье.

Феноменологическая психопатология оказала влияние на ведущую британскую психиатрию в 1950-е годы благодаря учебнику, написанному немецко-еврейским эмигрантом В. Майер-Гроссом, и проникла в североамериканское сознание с антологией «Экзистенция» в 1958 году<sup>5</sup> и «Разделенным Я» Р. Лэнга в 1960 году. Однако затем она была в забвении в течение нескольких десятилетий до своего недавнего возрождения, начавшегося в 1990-е годы. Исследование Fusar-Poli и соавт. подтверждает этот самый почтенный подход к строгому пониманию психической жизни при психиатрических болезнях.

Настоящее исследование в основном следует традициям дескриптивной феноменологии, предлагая разнообразные описания в основном из словаря повседневного языка, избегая попыток объяснительного синтеза<sup>5</sup>. Другой тип феноменологии, более спекулятивный и теоретический, действительно пытается объяснить гетерогенность некоторых подмножеств симптомов, идентифицируя ядро или порождающее расстройство, тем самым предоставляя модели для патогенетического исследования, которые могут объяснить разнообразие и изменчивость определенных психотических состояний, например, «потеря жизненного контакта»<sup>6</sup> или измененное «базовое самоощущение»<sup>7</sup>.

Из отчета Fusar-Poli и соавт. можно многое почерпнуть для себя, это превосходный сборник всех основных переживаний, характерных для психоза, и, возможно, особенно для оспариваемой сейчас категории шизофрении. Как и более ранние феноменологические работы, это исследование показывает, что признаки и симптомы могут казаться совершенно иными через линзу психического расстройства по сравнению с тем, что утверждает здравый смысл или стандартная психиатрия. «Голоса» могут быть не совсем «услышанными». То, что мы называем «галлюцинациями», может восприниматься или не восприниматься буквально, и, вместо того чтобы быть просто «бредовыми убеждениями», высказываемыми пациентом, они могут иногда отражать уход в субъективный мир, который сам пациент фактически признает равным объективному<sup>8</sup>. Так называемая обедненность речи – тип формального расстройства мышления – может иногда содержать достаточно глубокие мысли.

Среди многих выводов, которые можно сделать в работе с пациентским опытом, важно отметить чрезвычайную значимость (по крайней мере для некоторых пациентов в определенное время) опыта инсайта или «озарения».

Столкнувшись с «безумием», академический наблюдатель или человек с улицы подчеркивает метафоры темноты, пещеры и подземных путешествий, и иногда это совпадает с точкой зрения пациента. Но, как сообщают Fusar-Poli и соавт.<sup>4</sup>, пациенты могут описывать некоторые «психотические» состояния как пронизанные чувством почти ослепляющей ясности и откровения. Мы должны остерегаться проецирования наших собственных желаний и ценностных суждений на пациентов. Они, по крайней мере иногда, могут чувствовать себя не ниже, но гораздо выше обиденных реалий нейротипичных людей, которые пренебрегают всеобъемлющими и основополагающими, хотя и невыразимыми истинами – истинами, возможно, доступными только в формах самосознания или гиперрефлексивного осознания, недоступных большинству из нас<sup>3</sup>.

Следует признать некоторые пробелы в нашем понимании субъективности и ее значения для психиатрии. С точки зрения здравого смысла может быть очевидным, что осуществление свободной воли вместе с переживанием человеком осмысленности или значимости играют определенную роль в поведении индивида и тем самым влияют на материальный план функционирования мозга (если я решаю закрыть глаза во время молитвы, то изменяются паттерны в зрительной коре). Но верно и то, что нам трудно объединить области психической жизни и ее физического субстрата в рамках единого объяснения (проблема «душа/тело»). В частности, нам трудно объединить «действующую» и «воздействующую» части психологического существования<sup>3</sup>, то есть оценить тонкие, но решающие способы, с помощью которых защитные или другие направленные на достижение цели формы мышления или поведения способны взаимодействовать с аспектами психической жизни, над которыми человек практически не имеет контроля.

Еще более важная задача – наблюдение и описание самого сознания, чей постоянно меняющийся, всеохватывающий поток мы как люди и носители языка постоянно испытываем искушение неправильно воспринять или описать. Мы поддаемся этому искушению, используя слова, кото-

рые подчеркивают существенные, а не преходящие аспекты опыта, или фокусируясь на конкретных объектах осознания, игнорируя тонкие изменения, например в переживании пространства, времени или общей атмосферы реальности. Но ни один подход не может быть полностью «очищенным» в чисто эмпирическом или теоретическом смысле: когда дело доходит до описания опыта, пациенты, равно как и профессионалы, обременены (хотя и благословлены) объективирующими предубеждениями своего языка и мировоззрения. Изучение «прожитого опыта» может оказаться невозможным как безошибочное, квазиэмпирическое исследование. Тем не менее оно также необходимо как для этической, так и для научной деятельности психиатрии<sup>9</sup>.

### Louis Sass

Department of Clinical Psychology, Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University, Piscataway NJ, USA

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

### Библиография

1. Sass L. *J Humanist Psychol* 2020; doi: 10.1037/hum0000186.
2. Dinishak J. *Disabil Stud Q* 2016; 36:4.
3. Sass L. *Madness and modernism: insanity in the light of modern art, literature, and thought*. Oxford: Oxford University Press, 2017.
4. Fusar-Poli P., Estradé A., Stanghellini G. et al. *World Psychiatry* 2022; 21:168–88.
5. Ellenberger H.F. In: May R., Angel E., Ellenberger H.F. (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958. P. 92–124.
6. Minkowski E. In: Cutting J. (ed). *The clinical roots of the schizophrenia concept*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. P. 188–212.
7. Sass L., Borda J.P., Madeira L. et al. *Schizophr Bull* 2018; 44:720–7.
8. Feyaerts J., Kusters W., Van Duppen Z. et al. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:784–96.
9. Sass L. *Crit Inq* 2021; 47:544–64.

DOI:10.1002/wps.20986

## Что такое хорошая неотложная психиатрическая помощь (и откуда нам это знать)?

Tracy D. and Phillips D. What is good acute psychiatric care (and how would you know)? *World Psychiatry*. 2022; 21(2): 166–167. doi: 10.1002/wps.20958

Существует старая острога про туриста, который спрашивал, в какую сторону идти, а местный житель дал ему своеобразный совет: «Я бы не стал начинать отсюда». У нас есть службы неотложной психиатрической помощи, доставшиеся в наследство. Приюты, закрытые в эпоху деинституционализации, неуклюже превращаются в современные стационары. Созданы (без какой-либо реальной доказательной базы) кризисные группы, что должно было обеспечить выбор и снизить частоту принудительного лечения, но часто, кажется, они функционируют исключительно для (в ужасающих современных заявлениях руководства) избегания госпитализации.

Проведем мысленный эксперимент: если бы вы начали заново, создавали бы все без багажа существующих зданий и служб, то что бы вы создали? И еще немного пофантазируем: ваш бюджет безграничен, а набор и удержание персонала не проблема. Вы бы не построили то, что у нас есть сейчас. Но почему нет и чем бы вы это заменили? Были бы у вас стационарные палаты? Конечно, лучше оборудован-

ные, с большими удобствами и количеством персонала; но сколько бы их было, зачем они вам и что именно в них будет допустимо? Нужны бригады по лечению на дому (не все пациенты в критической ситуации хотят находиться в больнице), но какие вмешательства они должны проводить? Насколько творчески вы могли бы подходить к новым моделям лечения, привлекая социальную помощь, третий сектор и местные сообщества?

Итак, сначала мы ударяемся о стену реальности, так как слышим напоминание о том, что у нас ограничен бюджет, не хватает персонала и сами здания стационаров находятся в аварийном состоянии. Мы вступаем в мир вероятных расходов: содержание отделения может потребовать сокращения штата персонала или набор меньшего числа узких специалистов. А потом мы врезаемся в стену с доказательствами. Для чего нужны отделения, что в них будет проводиться? Изоляция, превентивные меры, попечение? Все это естественно, но, видимо, акцент сделан на первые два пункта (и многие люди не знают, что большая часть первоначального

шлюзования палат была направлена на то, чтобы помешать публике входить в пространство, где люди находятся в наиболее уязвимом положении, а не наоборот). Но работает ли подобная «изоляция»? Немецкие данные свидетельствуют о том, что закрытые отделения функционируют хуже, чем открытые, в отношении показателей суицидальности<sup>1</sup>. Другую часть вызовов системе можно бросить на домашние группы лечения. Есть данные, подтверждающие, что такая тактика экономит деньги (что само по себе неплохо) и сокращает количество госпитализаций<sup>2</sup>, но ее влияние на предотвращение и сокращение случаев принудительного лечения незначительно, а данные об опыте пациентов скромные<sup>3</sup>.

Можно задаться вопросом, что означает эффективность: являются ли предотвращение ущерба и избежание госпитализации пределом наших перспектив и амбиций относительно оказания неотложной помощи? Во время оценивания эффективности часто акцентируют внимание именно на эти факторы, поскольку их легче оценить. Что, помимо упомянутых критериев, мы могли бы исследовать (и как бы вы оценили эти дополнения)? Стараться в минимальный срок проводить психологические интервенции, ориентированные на переломные моменты (какие именно?); больше сосредоточиться на философии взаимопомощи; лучше прорабатывать с группами пациентов вопросы условий проживания каждого и проблемы домашнего насилия? Спорим, что ваши ответы будут очень разными в зависимости от того, пользуетесь ли вы услугами психиатрической помощи, работаете в сфере ее оказания, регулируете предоставленные данные услуг или лично предоставляете их.

В журнале Johnson и соавт.<sup>4</sup> приводят всесторонний обзор существующих фактических данных в области неотложной психиатрической помощи, а также пробелов в работе таких служб и возможностей для инноваций. Исследователи убедительно доказывают, что ключевыми шагами станут сокращение принудительного лечения, обращение внимания на психологические травмы, разностороннее развитие методов лечения и обучения персонала, а также обеспечение сотрудничества при принятии решений и оказании помощи. Авторы справедливо признают и подчеркивают сложные этические реалии исследований, принимая участие в которых люди часто находятся в наиболее уязвимом положении.

Нас особенно поразило описание презентаций в отделениях неотложной помощи. Кого может не удивить частая неадекватность условий и сообщаемые высокие показатели предвзятого отношения к проблемам психического здоровья в данных отделениях? Вторая область, которая вызвала громкий резонанс, – это описание инициативной работы с полицией. Это стало причиной возникновения беспокойства по поводу того, что такое взаимодействие в критические моменты может быть обычным явлением, но без надлежащей подготовки или ресурсов они рискуют нанести реальный вред. В Великобритании данная проблема недавно стала предметом пристального внимания общественности из-за обеспокоенности специфичным вмешательством – интегрированной моделью наставничества Serenity. Доказательная база и отсутствие четкого вклада пользователей сервиса в разработку указанной модели подверглись резкой критике.

Нам необходимо выйти за рамки проблем, связанных с избеганием госпитализации пациентами, числом койко-мест и продолжительностью пребывания пациентов в стационаре. Первая проблема создает стационарным службам негативную репутацию; для двух других мы никогда не знаем, какое правильное число коек и как заботит госпитализированного человека средняя продолжительность пребывания в отделении?

Мы имеем набор из всех необходимых компонентов: разработки и совместного производства услуг; сострадатель-

ного, чуткого ухода; а также ряда психосоциальных и фармакологических вмешательств. Первый из них, безусловно, очевиден, но недостаточно практикуется: если вы работаете в отделении неотложной помощи, спросите тех, кто проходит лечение в вашем отделении, как они себя чувствуют во время процесса. Второе не вознаграждается системами, которые ставят во главу угла «предотвращение вреда», а не «причинение добра». Johnson и соавторы отмечают, что в существующей литературе по стационарному лечению часто делается акцент на негативной практике: это важно, но «хорошее» – это не только отсутствие «плохого», и нам нужно лучше приветствовать положительные стороны. Детали типа и спектра услуг и ухода остаются, пожалуй, самой сложной и наименее понятной частью системы. Но в них заключается возможность для развития, тестирования и оценки моделей и результатов оказания необходимой помощи. Почему что-то работает (или не работает), какие факторы лежат в основе этого (клинические проблемы, вмешательство, врачи или география/окружающая среда), и что можно перенести в другие системы, особенно в страны с низким и средним уровнем дохода.

На наш взгляд, существуют две основные возможности. Во-первых, мы согласны с Johnson и соавторами в необходимости улучшения разработки и совместного предоставления услуг, а также проведения исследований с теми, кто ими пользуется. В Твиттере хештег #CrisisTeamFail набрал популярность, поскольку люди описывают свой плохой опыт ухода за ними. Профессиональным службам нужно это услышать, понять и принять участие в исправлении ошибок, а не реагировать на замечания в защитной манере. Никто более, чем пользователи и их сети поддержки, не может быть заинтересован в улучшении услуг, заполнении пробелов и оценке того, что важно.

Все оценивают реальный бюджет, но мы все равно должны вести тщательно продуманные обсуждения того, что мы можем совместно сделать с теми ресурсами, которые у нас есть. Запросы от тех, кто пользуется услугами, остаются стабильными. Четкий распорядок дня и привитие здоровых привычек, а не дни, которые, казалось бы, строятся исключительно вокруг приема лекарств и времени приема пищи. Больше трудотерапии и содержательных мероприятий, обеспечение того, чтобы эти вопросы находились в центре внимания персонала, с упором на управление и при поддержке профессиональных кадров, о которых говорилось выше, ведение учетных записей и ввод информации в компьютер, а также недопущение нарушений или остановки оказания услуг из-за таких недостатков, как отсутствующие батареи или утерянное оборудование. Люди понимают, что в бригадах по лечению на дому действуют сменные системы и происходит текучесть кадров, но персонализация ухода для понимания индивидуальных перспектив и проблем, в том числе связанных с посещениями на дому и возможными причинами заболевания, не является сложной задачей. Прежде всего, уважение и доброта персонала не менее важны в отделении неотложной помощи, а пора предвзятых комментариев от профессионалов давно прошла.

Во-вторых, существует международная тенденция перехода к оказанию более «интегрированных услуг». В Великобритании происходит медленный, но серьезный сдвиг в сторону интегрированных систем ухода<sup>5</sup>, которые объединяют психическое здоровье, острые и хронические проявления соматического неблагополучия, социальную помощь и местные ресурсы с обслуживаемым населением. Johnson и соавт. отмечают рост инноваций, таких как «кризисные кафе» и «кризисные дома», и правильно определяют, как услуги добровольного сектора могут работать по-разному в (часто монолитной) отрасли здравоохранения. Существует много плодотворных возможностей для сотрудничества. Необходимы настоящие популяционные ис-

следования: беспорядочные наборы данных за пределами стандартных рандомизированных контролируемых исследований: реальные люди в их повседневной жизни. Возможно, мы не хотели начинать с того места, где мы сейчас находимся, но, если использовать эту метафору, самое длинное путешествие начинается с одного шага.

**Derek K. Tracy<sup>1-3</sup>, Dina M. Phillips<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>West London NHS Trust, London, UK;

<sup>2</sup>Institute of Psychiatry, Psychology & Neuro-science, King's College London, London, UK;

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, University College London, London, UK;

<sup>4</sup>Mind in Bexley, London, UK

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

#### **Библиография**

1. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E et al. *Lancet Psychiatry* 2016;3:842–9.
2. Tracy DK. *Lancet Psychiatry* 2017;4:5–6.
3. Carpenter RA, Tracy DK. *J Ment Health* 2015;24:98–102.
4. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J et al. *World Psychiatry* 2022;21:220–36.
5. Tracy DK, Hanson K, Brown T et al. *Br J Psychiatry* 2019;214:315–7.

DOI: 10.1002/wps.20958

# Опыт переживания психоза: восходящий обзор, написанный в соавторстве экспертов, переживших психотический опыт, и ученых

Paolo Fusar-Poli<sup>1-4</sup>, Andrés Estradé<sup>1</sup>, Giovanni Stanghellini<sup>5,6</sup>, Jemma Venables<sup>1,7</sup>, Juliana Onwumere<sup>4,8,9</sup>, Guilherme Messas<sup>10</sup>, Lorenzo Gilardi<sup>11</sup>, Barnaby Nelson<sup>12,13</sup>, Vikram Patel<sup>14,15</sup>, Paria Bonoldi<sup>16</sup>, Massimiliano Aragona<sup>17</sup>, Ana Cabrera<sup>18</sup>, Joseba Rico<sup>18</sup>, Arif Hoque<sup>19</sup>, Jummy Otaiku<sup>19</sup>, Nicholas Hunter<sup>20</sup>, Melissa G. Tamelini<sup>21</sup>, Luca F. Maschião<sup>10</sup>, Mariana Cardoso Puchivailo<sup>10,22</sup>, Valter L. Piedade<sup>10</sup>, Péter Kéri<sup>23</sup>, Lily Kpodo<sup>7</sup>, Charlene Sunkel<sup>24</sup>, Jianan Bao<sup>2,25</sup>, David Shiers<sup>26,27,28</sup>, Elizabeth Kuipers<sup>4,8,9</sup>, Celso Arango<sup>29</sup>, Mario Maj<sup>30</sup>

<sup>1</sup>Early Psychosis: Interventions and Clinical-detection (EPIC) Lab, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London UK; <sup>2</sup>OASIS service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London UK; <sup>3</sup>Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia Italy; <sup>4</sup>National Institute for Health Research, Maudsley Biomedical Research Centre, South London and Maudsley, London UK; <sup>5</sup>Department of Psychological, Territorial and Health Sciences, "G. d'Annunzio" University, Chieti Italy; <sup>6</sup>Center for Studies on Phenomenology and Psychiatry, Medical Faculty, "D. Portales" University, Santiago Chile; <sup>7</sup>South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London UK; <sup>8</sup>Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London UK; <sup>9</sup>Bethlem Royal Hospital, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Beckenham UK; <sup>10</sup>Mental Health Department, Santa Casa de São Paulo School of Medical Sciences, São Paulo Brazil; <sup>11</sup>Como, Italy; <sup>12</sup>Orygen, Parkville VIC, Australia; <sup>13</sup>Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne VIC, Australia; <sup>14</sup>Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston MA, USA; <sup>15</sup>Department of Global Health and Population, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston MA, USA; <sup>16</sup>Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London UK; <sup>17</sup>Roman Circle of Psychopathology, Rome Italy; <sup>18</sup>Asociación Española de Apoyo en Psicosis, Madrid Spain; <sup>19</sup>Young Person's Mental Health Advisory Group (YPMHAG), King's College London, London UK; <sup>20</sup>NHS South London and Maudsley (SLaM) Recovery College, London UK; <sup>21</sup>Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas de São Paulo, São Paulo Brazil; <sup>22</sup>Department of Psychology, FAE University Center, Curitiba Brazil; <sup>23</sup>Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe (GAMIAN-Europe), Brussels Belgium; <sup>24</sup>Global Mental Health Peer Network (GMHPN), South Africa; <sup>25</sup>Department of Forensic and Neurodevelopment Sciences, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London UK; <sup>26</sup>Psychosis Research Unit, Greater Manchester Mental Health Trust, Manchester UK; <sup>27</sup>Division of Psychology and Mental Health, University of Manchester, Manchester UK; <sup>28</sup>School of Medicine, Keele University, Staffordshire UK; <sup>29</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry and Mental Health, Hospital General Universitario Gregorio Marañón School of Medicine, IiSGM, CIBERSAM, Complutense University of Madrid, Madrid Spain; <sup>30</sup>Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples Italy

Перевод: Гасенко К.А. (Омск), Васильева Э.Н. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G, Venables J, Onwumere J, Messas G, Gilardi L, Nelson B, Patel V, Bonoldi I, Aragona M, Cabrera A, Rico J, Hoque A, Otaiku J, Hunter N, Tamelini MG, Maschião LF, Puchivailo MC, Piedade VL, Kéri P, Kpodo L, Sunkel C, Bao J, Shiers D, Kuipers E, Arango C, Maj M. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):168–188. doi: 10.1002/wps.20959

*Резюме.* Психоз – это самое трудноописуемое переживание психического расстройства. Мы представляем здесь первый совместно составленный обзор пережитого опыта психоза с подходом «снизу вверх» – от жизненного опыта к теории. В нем эксперты в первую очередь отобрали субъективные темы пережитого психоза, которые впоследствии были обогащены феноменологически обоснованными взглядами. Рассказы от первого лица в медицинской сфере и за ее пределами обсуждены на совместных семинарах с участием множества людей, переживших психоз, а также членов семей и опекунов, представляющих глобальную сеть организаций. Материал дополнен семантическим анализом и передан всем участникам совместной работы в облачной системе. Установлено, что ранние фазы психоза (преморбидная и продромальная стадии) характеризуются ключевыми экзистенциальными темами, включая потерю здравого смысла, недоумение и отсутствие погружения в мир с нарушением жизненно важного контакта с реальностью, повышенную остроту ощущений и чувство, что вот-вот произойдет что-то важное, нарушение самооощущения и необходимость скрывать бурные внутренние переживания. Выявлено, что стадия первого эпизода характеризуется некоторым временным облегчением, связанным с появлением бредовых идей, интенсивной самореферентностью и проницаемыми границами «Я-мир», бурным внутренним шумом, распадом чувства «Я» и социальной замкнутостью. Ключевой жизненный опыт на поздних стадиях (рецидивирующей и хронической) включал в себя горе личных потерь, чувство личностного распада и попытки принять постоянный внутренний хаос, новое «Я», а также диагноз и неопределенное будущее. Опыт психиатрического лечения, такого как стационарная и амбулаторная терапия, социальное вмешательство, психологическое и медикаментозное лечение, имел как положительные, так и отрицательные стороны и определялся надеждой на выздоровление, понимаемого как длинный путь к восстановлению индивидуальности, утраченных связей с другими людьми наряду с достижением значимых для пациентов целей. Эти выводы могут быть использованы в клинической практике, исследованиях и образовании. Психоз – одно из самых болезненных и огорчающих экзистенциальных переживаний, столь головокружительно чуждых нашим привычным моделям жизни и столь невыразимо загадочных и человеческих.

**Ключевые слова:** Психоз, пережитое восприятие, эксперты по опыту, подход «снизу вверх», феноменология, преморбидная стадия, продромальная стадия, стадия первого эпизода, стадия рецидива, хроническая стадия, выздоровление, психиатрическое лечение.

Психоз – это самый трудновыразимый опыт психических нарушений. Здесь мы предлагаем вашему вниманию первый совместно написанный обзор с обратной стороны пережитого психотического опыта, где эксперты по такому опыту в первую очередь выбирали субъективно значимые темы, которые впоследствии дополнялись феноменологи-

чески обоснованными перспективами. Оценки влиятельных личностей в сфере медицины и вне ее были подвергнуты скринингу и обсуждены на совместных семинарах с участием множества людей, имевших опыт психоза, а также членов их семей и людей, включенных в уход за больными и являющихся представителями глобальной сети ор-

ганизаций. Материал был дополнен семантическим анализом и передан всем участникам в облачной системе. Ранние стадии психоза (преморбидная, продромальная) оказались чаще всего характеризующимися такими экзистенциальными переживаниями, как чувство утраты смысла, растерянность и отчужденность от окружающего мира, сопровождаемые ощущением нереальности происходящего, обостренным восприятием и предощущением, что что-то важное должно вот-вот произойти, искажением самоидентификации и необходимостью скрывать внутренние бурные переживания. В основе опыта проживания более поздних стадий (а также рецидива и хронизации процесса) лежат скорбь о личных потерях, чувство раскола и борьба с постоянным внутренним хаосом, новым «Я», диагнозом и неопределенностью будущего. Опыт психиатрического лечения, амбулаторного или стационарного, социальных вмешательств, медикаментозной и психотерапии, включал в себя как позитивные, так и негативные аспекты и был обозначен как надежда на достижение выздоровления, подразумевающая долгий путь к восстановлению собственной личности и утраченных связей с окружающими. Все эти находки могут дать информацию для клинической практики, научных исследований, образования. Психоз — одно из наиболее болезненных и травмирующих экзистенциальных переживаний, головокружительно чужеродное для наших привычных жизненных паттернов, неизъяснимо загадочное и человеческое в своей основе.

Психотические расстройства встречаются в течение года жизни у 1% населения<sup>1</sup>, с преобладающим началом в молодом возрасте (пик начала приходится на 20,5 года)<sup>2</sup>. Эти расстройства ассоциированы с тяжелым бременем болезней<sup>3</sup>, оценка периода «потери здоровья» достигает 73%<sup>4</sup> в год.

Психоз характеризуется такими симптомами, как галлюцинации (восприятие в отсутствие стимула) и бред (ошибочные суждения, принимаемые с необычайной убежденностью и беспрецедентной субъективной уверенностью, несмотря на очевидные аргументы или доказательства обратного). Природа этих симптомов делает психоз самым невыразимым переживанием психического расстройства, чрезвычайно трудным для понимания и объяснения людьми, затронутыми им: «Со мной происходят вещи, для которых я никогда не могу подобрать слов, что-то уже улетучилось, что-то я все еще отчаянно тшусь объяснить, как будто время истекает и то, что я вижу и чувствую, вот-вот навсегда потеряется в глубинах хаоса»<sup>5</sup>.

К. Ясперс часто ссылается на парадигму «непостижимости» в отношении первичных симптомов психоза, которые не могут быть «эмпатически» поняты с позиции значимых психологических связей, мотивации или предыдущего опыта<sup>6</sup>. Однако расстройство психотического спектра, особенно шизофрения, больше, чем какие-либо другие состояния психики, побуждали к неоднократным попыткам понимания.

За двухсотлетнюю историю изучения психозов опубликовано множество медицинских трактатов и точных психопатологических описаний ключевых феноменов этого заболевания. Однако подход «сверху вниз» (то есть от теории к жизненному опыту) несколько ограничен узкой академической направленностью и языком, который может не позволить полностью проявиться субъективности жизненного опыта.

Некоторые обзоры данных суммировали различные аспекты психотического опыта<sup>7,8,9,10,11,12,13</sup>, но опять же все они были написаны учеными. В то же время многочисленные отчеты, описывающие субъективный опыт психоза, были получены от лиц, переживших его<sup>14-26</sup> (Таблица 1). Несмотря на свою полезность, эти отчеты часто ограничиваются фрагментарными, случайными и привязанными к контексту повествованиями, которые не в полной мере способствуют более широкому пониманию опыта.

Таблица 1. Подборка публикаций о пережитом психотическом опыте, рассматриваемых для настоящего обзора
Beers C.W. A mind that found itself <sup>14</sup>
Boisen A.T. Out of the depths <sup>15</sup>
North C.S. Welcome, silence <sup>16</sup>
Sommer R. et al. A bibliography of mental patients' autobiographies: an update and classification system <sup>17</sup>
Clifford J.S. et al. Autobiographies of mental health clients: psychologists' uses and recommendations <sup>18</sup>
Saks E.R. The center cannot hold <sup>19</sup>
Colori S. Experiencing and overcoming schizoaffective disorder: a memoir <sup>20</sup>
Weijun Wang E. The collected schizophrenias <sup>21</sup>
Sechehaye M. Autobiography of a schizophrenic girl <sup>22</sup>
Benjamin J., Pflüger B. The stranger on the bridge <sup>23</sup>
Geekie J. et al (eds). Experiencing psychosis: personal and professional perspectives <sup>24</sup>
Williams S. Recovering from psychosis: empirical evidence and lived experience <sup>25</sup>
Stanghellini G., Aragona M. (eds). An experiential approach to psychopathology: what is it like to suffer from mental disorders? <sup>26</sup>

Насколько нам известно, в последнее время не проводилось исследований, где был бы успешно использован восходящий подход (от жизненного опыта к теории), при котором люди с опытом переживания психоза (эксперты по опыту) в первую очередь выбирали бы субъективные темы и затем обсуждали их с исследователями, чтобы расширить границы знаний. Среди различных форм сотрудничества, доступных в литературе, соавторство представляет собой тот инновационный подход, который может способствовать новым достижениям<sup>27,28</sup>. Его можно определить как практику, в которой ученые и люди, имеющие психотический опыт, совместно участвуют в написании нарратива, связанного с этим заболеванием. Совместное написание основано на обмене точками зрения и значениями страданий человека. Оно должно также решать задачу сохранения дикции и стиля повествования каждого субъекта без перехвата инициативы или форматирования изложенного в заранее установленных повествовательных моделях<sup>29</sup>.

Настоящая статья направлена на то, чтобы восполнить этот пробел в литературе, предоставив совместно написанный по восходящему принципу обзор психотического опыта.

На первом этапе была создана смешанная команда, состоящая из людей с опытом психоза и ученых. Эта основная писательская группа просмотрела все рассказы от первого лица, опубликованные в *Schizophrenia Bulletin* в период с 1990 по 2021 год<sup>30</sup>, и выделила частные повествования в и вне медицинского поля посредством чтения текстов (например, автобиографических книг: см. Таблицу 1) и путем качественных исследований (например, описания из историй болезни, или журналов, или информационных бюллетеней пользователей услуг). Материал включался в исследование, если он состоял из первичных описаний опыта пережитого психоза на его клинических стадиях (преморбидный, продромальный, первый эпизод, рецидивирующий и хронический). Также были взяты первичные отчеты об опыте выздоровления или лечения психозов.

Мы провели автоматический семантический анализ повествований от первого лица в *Schizophrenia Bulletin*, извлекли список эмпирических тем, связанных с расстройством на его клинических стадиях, и их взаимосвязях, загрузили это в программное обеспечение *Gephi* и построили сетевые карты.





**Рисунок 1.** Сетевой график переживаний психотического опыта на преморбидной стадии. Здесь и далее: узлы представляют собой центральные темы пережитого опыта, а грани – связи между ними. Размер каждого узла отражает количество рассказов от первого лица, посвященных этой теме переживаний. Толщина граней отражает количество связей между темами.

На втором этапе основная писательская группа отобрала интересные описания жизненного опыта, предварительно сгруппировав их по эмпирическим темам, и определила наиболее иллюстративные цитаты. Материал хранился в облачной системе (например, на диске Google) и был доступен для всех участников группы.

На третьем этапе первоначальный выбор эмпирических тем и цитат был коллегиально разделен и обсужден на двух совместных семинарах, в которых участвовало множество людей с опытом пережитого психоза, а также члены семьи и лица, осуществляющие уход за пациентами (чтобы убедиться, что самые важные темы были затронуты, а также чтобы рассмотреть и собрать интерпретацию этих тем собственно пережившими психоз и их близкими).

В семинарах приняли участие представители Глобальной сети равных по вопросам психического здоровья (<https://www.gmhpn.org>); Глобальный альянс сетей по защите интересов психических заболеваний (*GAMIAN*) – Европа (<https://www.gamian.eu>); Фонд *NHS* Южного Лондона и Модсли (<https://www.slam.nhs.uk>); Консультативная группа по психическому здоровью молодых людей (<https://www.kcl.ac.uk/research/ypmhag>); Группа пользователей услуг по информированию и поддержке в Южном Лондоне (*OASIS*) (<https://www.meandmymind.nhs.uk>); Колледж восстановления Национальной службы здравоохранения Южного Лондона и Модсли (<https://www.slamrecoverycollege.co.uk>); Форум этнического здоровья чернокожих и меньшинств в Кройдоне (<https://cbmeforum.org>); Британский фонд психического здоровья (<https://www.mentalhealth.org.uk>); Лица и голоса выздоровления (<https://facesandvoicesofrecovery.org>); и *Asociación Española de Apoyo en Psicosis (AMAFE)* (<https://www.amafe.org>).

На последнем этапе выбор эмпирических тем был пересмотрен и обогащен за счет принятия феноменологически обоснованной перспективы<sup>31,32,33</sup>. Затем отредактированный материал был снова распространен среди всех соавторов на Google диске и многократно доработан. Все носители психотического опыта и исследователи, которые активно участвовали в этой работе, были приглашены в соавторы статьи. Представители групп пользователей услуг и семей получили вознаграждение за свое время в соответ-

ствии с рекомендациями Национального института исследований в области здравоохранения Великобритании (<https://www.invo.org.uk>).

В этой статье слова, сказанные или написанные людьми, пережившими психоз, приведены дословно, выделены курсивом и снабжены комментариями соавторов и феноменологическими наблюдениями.

## ОПЫТ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХОЗА НА ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЯХ

В разделе рассматриваются субъективные переживания психоза на различных клинических стадиях этого состояния: преморбидная, продромальная, первый эпизод, рецидивирующая и хроническая<sup>34–37</sup>.

Преморбидная стадия начинается в перинатальном периоде и часто протекает бессимптомно, обычно с сохранением функционированием<sup>38</sup>, хотя могут возникать и задержки развития<sup>39</sup>. Накопление дополнительных факторов риска в младенчестве и юношеском возрасте<sup>40</sup> может привести к возникновению клинического состояния высокого риска развития психоза; эту стадию часто называют «продромальной» в ретроспективных отчетах людей, переживших психоз. Продромальная стадия характеризуется слабо выраженными психотическими симптомами, которые могут персистировать годами, не достигая диагностического порога психотического расстройства, но обычно ассоциированы с некоторой степенью функциональных и когнитивных нарушений<sup>41–45</sup>. Эти проявления могут затем перейти в следующую стадию психического расстройства с развернутой симптоматикой (первый эпизод психоза), а далее сохраняться, особенно при неполном купировании на фоне терапии, приводя к стадии рецидива и в некоторых случаях к последующей хронической стадии<sup>38</sup>.

### Преморбидная стадия

#### *Ранний внутренний опыт одиночества и изоляции*

*«В детстве я был довольно застенчивым ребенком... Обычно мне было некомфортно среди детей моего возраста»*

та»<sup>46</sup>. На Рисунке 1 показано, что наиболее частый кластер переживаний на преморбидной стадии психоза представлен чувствами одиночества и изоляции, которые по-разному обозначаются как «интровертированный»<sup>47</sup>, «одинокий»<sup>48,49,50</sup> или «изолированный»<sup>51</sup> и транслируются уже в детстве: «Я понимала, что была одиночкой и, вероятно, несколько отсталой в социальном плане. У меня никогда не было парня, я редко даже ходила на свидания, а мои дружеские отношения с девочками были формальными и поверхностными»<sup>48</sup>.

Это слабое место в «настройках» социальных взаимодействий в детстве<sup>52</sup> было отражено в концепции Блейлера<sup>53</sup> о «латентной шизофрении» и в определении Кречмера<sup>54</sup> «шизотимического» и «шизоидного» темпераментов. Недавние метаанализы подтвердили, что одиночество служит базовой областью переживаний во время субклинически протекающего психоза<sup>55</sup>. Одиночество было часто ассоциировано с переживанием социальной тревоги<sup>46,56</sup> и повторяющимися страхами<sup>51,57,58,59,60</sup>, навязчивой руминацией<sup>59</sup>, депрессивным настроением<sup>57</sup> и повышенной чувствительностью к социальным взаимодействиям<sup>14,60,61</sup>: «Я был слишком застенчив, чтобы поднять руку, и, хотя мои родители были очень общительными и легко сходились с людьми, при встрече с незнакомцами я прятался за маму»<sup>23</sup>.

Эти переживания наполняют эмоциональную жизнь людей до появления редуцированных психотических симптомов<sup>51,58</sup>. Одиночество также часто связано с ранним неблагоприятным опытом, таким как социальная дискриминация<sup>60,62</sup>, травля в школе<sup>50,60,63,64</sup>, жестокое обращение или подверженность продолжающимся семейным конфликтам и насильно<sup>65,66</sup>, которые еще больше усиливают чувство субъективного отчуждения, страх и изоляцию (см. Рисунок 1): «Жестокое обращение в школьные годы... обостряло гнев и страх, которые, насколько я помню, всегда были рядом»<sup>60</sup>.

### **Утрата здравого смысла и естественной самоочевидности**

«Когда я был моложе, я смотрел на слова на страницах книги, пока они не становились настолько незнакомыми, что они были практически непонятны для меня, даже если я знал их значение раньше. Тогда я задумывался, а почему слова вообще что-то значат? Это же просто буквы, составленные вместе по какому-то негласному правилу... Что это за скрытое правило? Скрытые правила, управляющие мыслями и поведением, были для меня неочевидны, хотя другие, казалось, знали их»<sup>67</sup>. Еще одна ключевая эмпирическая тема на преморбидной стадии психоза – слабое интуитивное понимание того, как выполнять естественные, повседневные задачи, такие как чтение книги или взаимодействие: «Я всегда делал замечания и вел себя так, что это могло слегка оттолкнуть людей. Это было так потому, что для понимания ситуации мне приходилось постигать сначала ее составляющие, а не охватывать происходящее интуитивно и целостно»<sup>60</sup>.

Здравый смысл определяется Blankenburg<sup>68</sup> как молчаливое (имплицитное) понимание набора «правил игры», которые регламентируют и направляют человеческие взаимодействия. «Кризис здравого смысла»<sup>68</sup> – основной корень преморбидного субъективного переживания психоза с детства, усиливающегося на последующих стадиях<sup>69</sup>: «Правила о том, как вести себя с другими, выучивались и запоминались, а не ощущались изнутри. То, что должно было получиться само собой и без усилий, становилось трудной познавательной задачей»<sup>67</sup>.

Хрупкость границ здравого смысла подрывает основы межличностных взаимоотношений (и наоборот) и может подтолкнуть людей к эксцентричному самопозиционирова-

нию, которое является маргинальным по отношению к адекватной реальности, ставя такие отношения на грани социально разделяемых убеждений<sup>70</sup> и ценностей<sup>69,70,71</sup>. Шаткость здравого смысла связана с субъективным ощущением себя «странным»<sup>60,72</sup> или «чужаковым»<sup>56</sup> (см. Рисунок 1). Индивиды могут чувствовать себя «не от мира сего», лишенными базовой идентичности, глубоко (часто невыразимо) отличными от других и отчужденными от социального мира (состояние, которое было названо «снижением базового самоощущения»<sup>73,74</sup>): «Я помню это очень точно. Мне должно быть 4 или 5 лет. Я шел в танцевальный класс и смотрел в зеркало. Я стоял рядом с другими детьми и помню, что выглядел чужаком. Мне казалось, что я как бы торчу из этого большого настенного зеркала. Как будто я ненастоящий ребенок. Это чувство было очень стойким с самого начала»<sup>75</sup>.

Эмпирические исследования подтвердили, что это странное «чувствую себя чужим»<sup>62</sup> (см. Рисунок 1) и изолированная (например, шизоидная или шизотипическая) организация личности могут проявлять черты, качественно сходные с психозом<sup>76</sup>, и быть связаны с повышенным риском последующего развития психотического расстройства<sup>52</sup>. Отчуждение от здравого смысла также связано с всепроникающим чувством «недоумения» (см. Рисунок 1), часто характеризующим преморбидную стадию психоза<sup>51,67</sup>: «Некоторое недоумение всегда было частью того, как я воспринимаю мир и его обитателей»<sup>67</sup>.

Сообщают также об аномальных телесных переживаниях, таких как ощущение себя бестелесным: «Первым тревожным ощущением, которое я помню, был дискомфорт в моем собственном теле. Потому что я его не чувствовал. Я не чувствовал себя живым. Оно не ощущалось моим. Я был совсем ребенком, но с тех пор я никогда не чувствовал слияния или гармонии между «мной» и «моим» телом: оно всегда ощущалось как механизм, что-то, чем я должен был управлять, как машиной» (из личного общения во время семинара).

В целом рассогласованность со здравым смыслом выражается в реальных ощущениях неадекватности социальных навыков<sup>48,56,60,66</sup>, сложностях в школе<sup>57</sup> и затруднении в повседневных делах<sup>51</sup>: «Я был совершенно неспособен ни стричься, когда нужно, ни убирать мусор, ни тому подобные мелочи, которые действительно нужно делать, просто чтобы жить дальше»<sup>51</sup>. Эти нарушения могут быть настолько глубокими, что разрушают идентичность индивида<sup>51,58,60</sup> (осознание идентичности себя или эго-идентичности по Jaspers<sup>6</sup>).

### **Продромальная стадия**

#### **Ощущение, что что-то важное должно произойти**

Субъективное переживание продромального периода психоза характеризуется интенсивным ощущением того, что что-то очень важное «вот-вот произойдет»<sup>77</sup>, будто человек находится на грани того, чтобы узнать важную «правду» о мире<sup>78,79</sup> (Рисунок 2). К. Conrad называет эту начальную фазу ожидания *трема* (страх сцены)<sup>77</sup>. *Трема* может длиться от нескольких дней до месяцев или даже лет<sup>6</sup> и характеризуется бредовой готовностью (*Wahnstimmung* в немецкой традиции): «сверхъестественным» (*unheimlich* в немецкой традиции), гнетущим внутренним чувством напряжения, как будто вот-вот должно произойти что-то зловещее и надвигающееся («кажется, что-то зреет в воздухе»<sup>6</sup>), но человек не может определить, что именно это может быть<sup>77</sup>: «Что-то происходит; расскажи мне, что, черт возьми, происходит»<sup>6</sup>.

Во время переживания этого опыта время приостанавливается. Люди живут в неуловимом и многообещающем «сейчас», в котором вот-вот должно произойти самое важ-

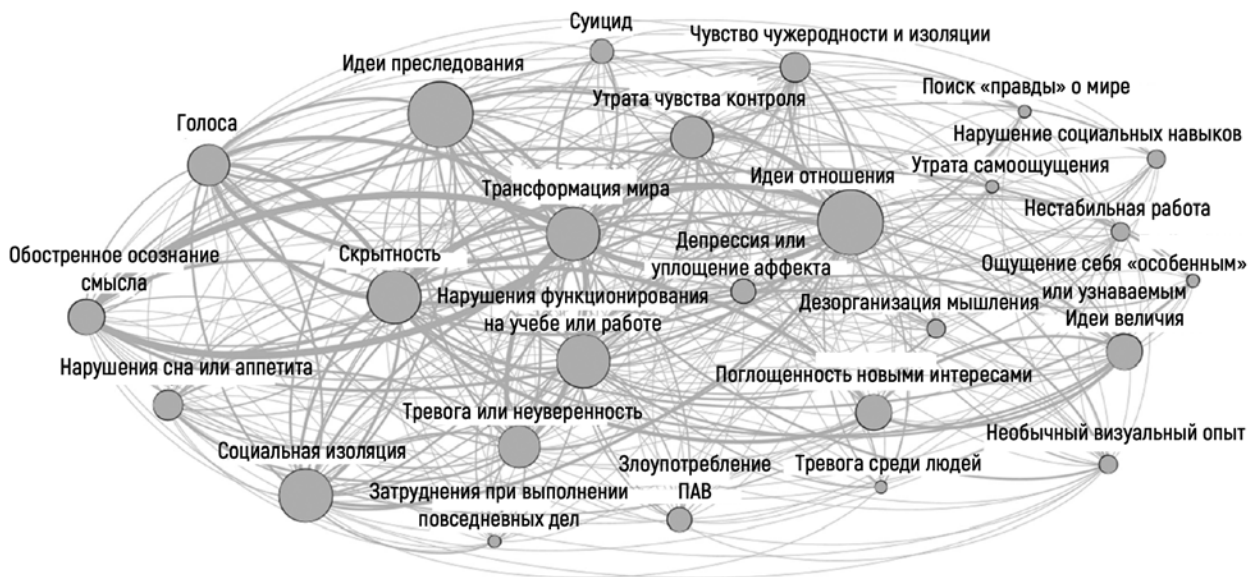


Рисунок 2. Сетевой график переживаний психотического опыта на продромальной стадии

ное. Распространены предчувствия, касающиеся себя («Я чувствовал, что со мной произойдет что-то хорошее»<sup>60</sup>) и о внешнем мире («Что-то происходит, как будто разворачивается какая-то драма»<sup>60</sup>).

Бредовое настроение, по *Jaspers*, знаменует начало первичного психотического процесса (то есть не обусловленного другими состояниями), прерывающего развитие личности<sup>81</sup>. По мере трансформации мира усиливается кризис здравого смысла *трема*, а известные места или люди кажутся странными<sup>57,82</sup> и теряют привычность<sup>83</sup>, часто приобретая «тягостный»<sup>47</sup> или угрожающий оттенок<sup>62,67,82,84</sup>: «Внезапно комната стала огромной, освещенной ужасным электрическим светом, отбрасывавшим ложные тени. Все было точно, гладко, искусственно, чрезвычайно напряженно; стулья и столы казались моделями, расставленными тут и там. Ученики и учителя были марионетками, вращающимися без причины, без цели. Я ничего не узнал, никого. Как будто действительность, разжиженная, ускользнула от всех этих вещей и этих людей. Глубокий ужас объял меня... Я слышал, как люди говорили, но не понимал смысла слов»<sup>22</sup>.

Люди чувствуют, что они единственные, кто замечает эти изменения: «Я чувствовал, что я единственный здравомыслящий человек в мире, который сошел с ума»<sup>62</sup>. Говоря современным языком, сверхъестественность бредового настроения описывают как «жизнь в Шоу Трумэна», цитируя фильм, в котором главный герой, Трумэн, постепенно начинает понимать, что он прожил свою жизнь в реальности шоу, становясь все более подозрительным по отношению к окружающему его миру<sup>85,86</sup>: «Все казалось мне все более нереальным, как чужая страна... Потом мне пришло в голову, что это уже не прежнее мое окружение. Кто-нибудь мог бы сделать это для меня в качестве декораций. Или кто-то мог проецировать для меня телепередачу... Тогда я ощущал стены и проверял, действительно ли есть поверхность»<sup>67</sup>.

#### Повышенная значимость внутренних и внешних смыслов

В продромальной фазе психоза люди чувствуют себя атакованными событиями, направленными лично на них<sup>67,79,82,88</sup>, что сопровождается сильнейшей потребностью разгадать их неясный смысл<sup>67,79</sup>: «Пал лист, и его падение говорило: нет ничего слишком малого, чтобы не иметь особого смысла»<sup>69</sup>. Казалось бы, безобидные повседнев-

ные события приобретают новое важное значение<sup>78,83,89</sup>. Ранее нерелевантные стимулы выдвигаются на передний план поля восприятия и становятся очень заметными<sup>90</sup>. Этот перцептивный фон, до того незамеченный, теперь приобретает свой собственный характер<sup>77</sup>: «Это началось с внезапных новых взглядов на проблемы, с которыми я боролся, позже весь мир предстал по-новому. Даже самые знакомые мне места и люди уже не выглядели прежними»<sup>83</sup>.

Особое значение окружающего может стать ошеломляющим опытом<sup>79,89</sup>: «Я был шокирован количеством деталей, которые я нашел в этом новом мире. В течение дня есть так много вещей, которые разум относит к фоновой информации»<sup>79</sup>. Таким образом, люди становятся все более озабоченными новыми темами и интересами (часто связанными с религией<sup>48,91</sup>, паранормальными явлениями<sup>59,91</sup> или науками<sup>49,92</sup>), и возникают идеи отношений<sup>46,47,51,62,72,82,84,92,93,94,95</sup> (см. Рисунок 2).

#### Искажение самоощущения

Другой ключевой опыт описывается следующим образом: «Я думал, что растворяюсь в мире; сама моя суть была изрешечена и нестабильна, принимая всю информацию, проникающую из внешнего мира, и ничего не отсеивая»<sup>67</sup>. Нормальный жизненный опыт мира переплетается с устойчивым чувством самости<sup>96</sup> (*core self*<sup>67</sup>), которое отделяет индивидов от окружающего мира. При бредовой готовности с повышенной значимостью смыслов и параноидальной трактовкой, границы «Я» «перфорируются»<sup>67</sup>, «Я» становится «пронизанным»<sup>67</sup> внешним миром<sup>51</sup> и «нестабильным»<sup>67</sup> (см. Рисунок 2).

Пререклексивное чувство «самости» («идентичности») и осознание бытия или существования, по *Jaspers*<sup>6</sup>) является необходимой структурой, для того чтобы весь опыт был субъективным, то есть таким образом становился чьим-то опытом, вместо того чтобы существовать в режиме свободного плавания и быть присвоенным субъектом посредством акта рефлексии позже<sup>74,97,98</sup>. Это чувство причастности и участия (чувство «Я») в действиях и эмоциях, которое здоровые люди обычно считают само собой разумеющимся<sup>99</sup>, по существу основано на самоприсутствии и погружении в мир. Переживание человеком того, что он является жизненно важным субъектом опыта<sup>97</sup>, нарушается при психозе, что приводит к переживаниям растворения<sup>67</sup> и утрате чувства идентичности<sup>51,66</sup>: «Эта пустота само-

сти... человек не может найти себя или быть собой и поэтому не имеет ни малейшего представления о том, кто он такой»<sup>51</sup>.

Ключевым компонентом нарушений самоидентичности является гиперрефлексивность (преувеличенное самоосознание и самоотчуждение), при которой внутренние психические процессы, такие как мысли, становятся вещественными и обретают объем, что приводит к галлюцинационным переживаниям<sup>97</sup>. Во время продромальной фазы эти аномальные перцептивные переживания описываются как кратковременные и то стихающие<sup>100</sup>, то усиливающиеся со временем<sup>47,101</sup>: «Сначала галлюцинации часто бывают небольшими или кратковременными и могут быть такими же незначительными, как появление глаз или шепот человеческого голоса»<sup>100</sup>. Перцептивные переживания включают в себя невнятную болтовню или искаженные звуки<sup>61,95,101</sup>, голоса<sup>61,67,102</sup> или видения<sup>78,82,88</sup>.

Принадлежность собственного мышления и эмоций постепенно становится скомпрометированной (уменьшение вовлеченности «в себя»<sup>97</sup>): «Некоторые мысли не казались моими собственными. Они казались чужеродными, как будто их туда кто-то вложил»<sup>88</sup>. Люди жалуются на навязчивые мысли или желания<sup>103</sup>, потерю контроля над своими эмоциональными и когнитивными процессами<sup>51,79,104,105</sup> или чувствами под влиянием внешних сил<sup>82</sup>, хотя эти переживания обычно преходящи.

### **Растерянность как отсутствие понимания происходящего вокруг**

Сильное чувство растерянности служит отличительной чертой эмоционального переживания на продромальной стадии психоза<sup>67,77,78</sup>: «За это время реальность отдалась, и я начал блуждать в каком-то тумане, предвещающем бредовый мир, который появился позже»<sup>78</sup>. Под недоумением здесь понимается отсутствие понимания происходящего вокруг, переживание замешательства и отчуждения<sup>106</sup>, которое может приобретать угрожающий характер: «Чувство недоумения и ощущение угрозы со стороны других предшествовало полностью сформированному голосам чуть более чем на два года»<sup>67</sup>.

Понемногу возникает всепроникающее чувство незащищенности<sup>82,84,89</sup>, потенциально приводя к паническим атакам<sup>107</sup> и таким переживаниям, как ощущение пустоты, отчужденности, депрессии<sup>50,62,88,101,108</sup>, гнева или разочарования<sup>57,105</sup>. Употребление психоактивных веществ и социальная отгороженность становятся типичными копинг-стратегиями (рис. 2)<sup>84,101,103</sup>.

Однако продромальная фаза психоза не всегда омрачена тревогой<sup>109</sup>. Приятные эмоциональные переживания также могут присутствовать<sup>49,58,61,110</sup>: «В то время я работал над совершенно новой реальностью... с эмоциональным удовлетворением, выходящим за рамки любого разумного понимания. Я в самом деле испытывал это, но я также испытывал настоящий ужас и ад»<sup>110</sup>.

### **Нарушение витального контакта с реальностью**

В продромальной фазе психоза люди склонны утрачивать витальный контакт с миром, испытывая все большие трудности во взаимодействии и общении с окружающими<sup>92,111</sup>: «Люди были непонятны, как и мир. Я не понимал своих сверстников, почему они могут так “развлекаться”, просто участвуя в сплетнях или на вечеринках. Я предпочитал компанию самого себя»<sup>67</sup>.

Люди описывают отдаление от семьи и друзей<sup>62,95</sup> с ранних лет постепенно, в течение длительного времени<sup>60,64,112</sup>, и испытывают эмоциональный дистресс, чувство изоляции<sup>46,66</sup> и нарушение социальных навыков<sup>66,82</sup> (см. Рисунок 2). Они

чувствуют себя неуместными или неспособными общаться с другими<sup>113</sup>, или усваивают имплицитные социальные коды здравого смысла<sup>60,67</sup>, или чувствуют себя исключенными из социума<sup>46,114</sup>, как будто они другие, или худшие<sup>51,57</sup> (см. Рисунок 2): «Я чувствовал себя другим и одиноким. Увидев так много людей в школьных коридорах, я задумался о том, насколько значимой является моя жизнь. Я хотел слиться с классом, как если бы я был партой. Я никогда ни с кем не разговаривал»<sup>57</sup>.

Эти переживания были по-разному увязаны с концепцией «аутизма»<sup>115</sup> при психозе, который понимался как «уход во внутреннюю жизнь» (Bleuler<sup>53</sup>), или как «потеря витального контакта с реальностью» (Minkowski<sup>116</sup>), или, по более современной версии, дефицитом в конструкторе социальной когниции<sup>117,118,119,120</sup>.

### **Скрытность**

В продромальной фазе психоза люди обычно стараются хранить в тайне свои необычные субъективные переживания: «Все это причиняло мне сильную боль, но я продолжал вести себя как обычно, опасаясь, что любое странное поведение приведет к тому, что я потеряю работу»<sup>62</sup>.

Люди часто очень долго скрывают свой болезненный опыт от семьи и друзей<sup>82,111</sup>, потому что испытывают стыд<sup>58,79</sup>, опасаются негативной реакции<sup>82</sup>, боятся, что их назовут «сумасшедшими» или «безумными»<sup>51,78,108</sup> или просто посмеются<sup>64</sup>, не придав их «проблемам» значения<sup>121</sup>: «В 18 лет я не мог ни учиться, ни сосредоточиться на чем бы то ни было, но все равно держал все в себе. Мое поведение казалось другим “нормальным”, так как я всегда был тихим ребенком, интровертом» (из личного общения во время семинаров). Обращению за помощью в продромальную фазу может помешать то, как сложно бывает поделиться необычным опытом с другими<sup>122</sup>. Детям и подросткам обычно сложнее скрыть возникающие симптомы<sup>123</sup>.

С другой стороны, исподволь появляющиеся болезненные переживания препятствуют осознанию, что что-то «может быть не так»<sup>67,82</sup>. Люди могут полагать, что подобные переживания – обычное явление для других<sup>64,67</sup>, или считать их «правдоподобными»<sup>49</sup>.

Примечательно, что не все описывают продромальную фазу – есть и те, кто сообщает о внезапном манифесте<sup>89,92,124,125</sup>: «Я жил прекрасной и нормальной жизнью, которой я полностью наслаждался, а затем я просто сразу столкнулся с первым психозом» (личное общение во время семинара).

### **Первый эпизод**

#### **Чувство облегчения и разрешения, связанное с появлением бреда**

Первый психотический эпизод характеризуется усилением интенсивности болезненных переживаний, о чем визуально свидетельствует повышенная плотность Рисунка 3 по сравнению с Рисунками 1 и 2. Чувство готовности становится основной темой переживаний (Рисунок 3): «Я действительно чувствую, как будто я внезапно могу смотреть на вещи в перспективе, что свет внезапно включается в моей голове и что из-за этого я снова способен рассуждать»<sup>63</sup>. Всепроникающее чувство сверхъестественности и замешательства *тремы* сменяется *Conrad's apofenией* (откровением)<sup>77</sup>, неожиданным переживанием ясности или прозрения<sup>60,83,126,127</sup>. Внезапно «пазл собирается»<sup>89,126,127</sup>, становится ясна всемирная «истина»<sup>79</sup>, или «сущность» вещей<sup>83</sup>, обнаруживая бредовый мотив за болезненным восприятием и мучительными переживаниями<sup>79,83</sup> («ага!-пере-

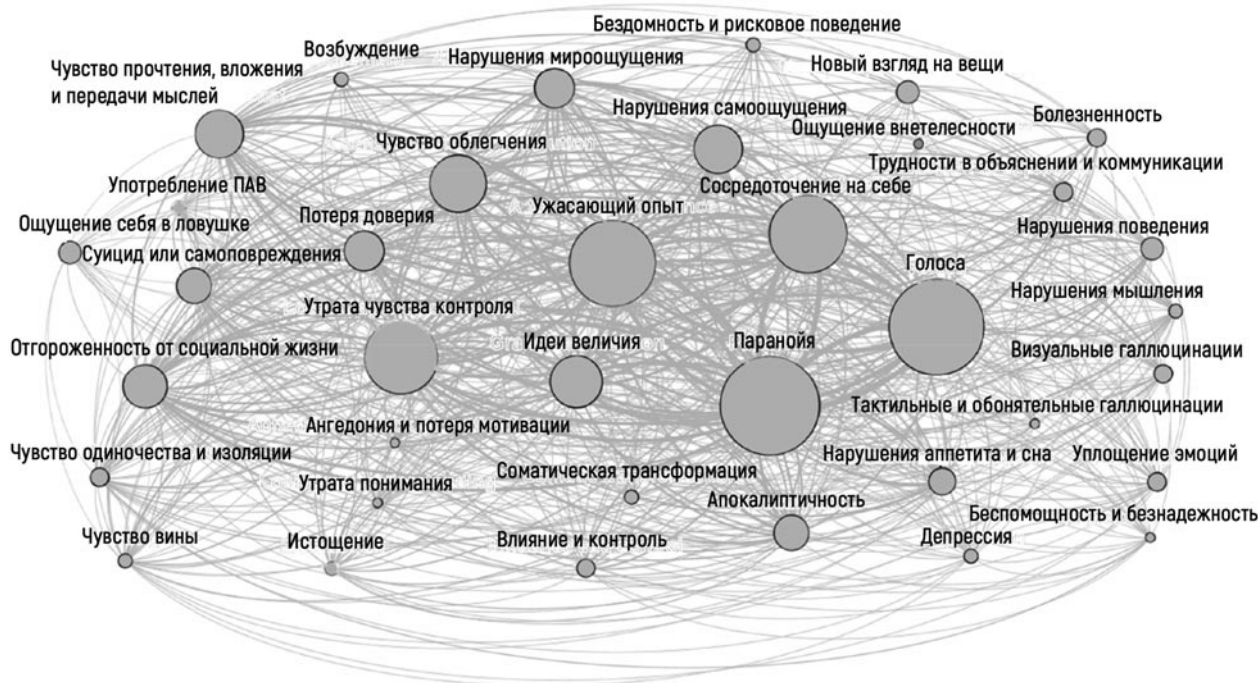


Рисунок 3. Сетевой график переживаний психотического опыта во время первого эпизода

живание»<sup>77</sup>): «Вдруг я ощутил “интуицию”: что меня выбрали для эксперимента. Я был избран, чтобы воплотиться в одном теле и прийти на землю. Это объясняло, почему я чувствовал себя чужим в своем теле. И чужим на Земле тоже»<sup>128</sup>.

Сообщается, что отстраниться или превзойти<sup>77</sup> это бредовое озарение невозможно<sup>83,113,129,131</sup>: «Я сказал себе, что внезапно увидел настоящую правду о мире, каким он был и каким я никогда не видел его прежде».

Возникновение бреда может дать человеку вновь обретенную роль в мире, более захватывающую и значимую, чем сверхъестественная реальность *тремы*<sup>60,67,83,89,132,133</sup>, наряду с чувством возбуждения<sup>60,61,126</sup> или облегчения<sup>67,83,89</sup> (см. Рисунок 3): «Я реконструировал отношения с миром, бывшим впечатляюще значимым и знаменательным, хотя и ужасающим»<sup>60</sup>; «Мое предназначение после этого – место, где все – вибрация, чистое состояние сознания, настолько возвышенное, что все – покой»<sup>128</sup>.

Однако чувство облегчения, связанное с *апофенией*, часто противопоставляется сложной личной ситуации: «Предстояла ядерная катастрофа, которая расколола бы континентальные плиты, и океаны испарились бы из лавы... Мы с будущей женой должны были стать инопланетянами и жить вечно. Моя реальная ситуация [однако] была резким контрастом. Я жил в меблированных комнатах в центре города, и среди друзей были только тараканы»<sup>112</sup>.

Бред можно понимать как новые убеждения, дающие удовлетворительное объяснение странному образом измененной и сверхъестественной реальности и основу для того, чтобы что-то с ней делать, а не непонятные и бессмысленные явления. Бредовые убеждения могут облегчить дистресс, заменив замешательство ясностью или способствуя переходу от бесцельности к чувству идентичности и личной ответственности<sup>134,135</sup>. Бредовые идеи действительно могут усилить восприятие человеком смысла и цели жизни<sup>136</sup>, внести положительный вклад в установление «чувства согласованности»<sup>137</sup> и частично обеспечить чувство цели, принадлежности и самоидентификации<sup>138</sup>.

### **Ощущение, что все имеет непосредственное отношение к себе**

Бредовые переживания часто субъективно описываются так: «Все, что я могу понять, относится ко мне, даже тон каждого голоса, который я слышу, или люди, которых я вижу, разговоры на расстоянии»<sup>139</sup>. В модели *Conrad анастрофа* («возвращение» значений) является третьей фазой, следующей за «ага!-переживанием»<sup>77</sup>. Все события и их восприятие переживаются как вращающиеся вокруг себя («средняя точка»)<sup>140</sup>: «У меня такое ощущение, что все вращается вокруг меня», «Я как маленький бог, контролирую время», «Я чувствую, как если бы я был эго-центром общества», «я стал в каком-то смысле для Бога единственным человеком или просто человеком, вокруг которого все вращается»<sup>141</sup>.

Повышенная сконцентрированность на себе во время первого психотического эпизода (см. Рисунок 3) подтверждается бредовой адресацией к себе сообщений по радио или телевидению<sup>57,60,88</sup>, жестов или разговоров людей на улице<sup>57,100,139</sup> или даже цвета одежды людей<sup>130</sup>: «Цвета джинсов стали более реалистичными»<sup>142</sup>. Обычно это сопровождается трансформацией опыта жизненного пространства (то есть осмысленного, практического пространства повседневной жизни). Люди чувствуют, что против желания находятся в центре внимания. Другие люди смотрят на них, шпионят за ними, отправляют им сообщения или что-то скрывают от них. Находясь в центре сцены, индивидуумы ощущают, будто все происходящее имеет личностный смысл: «Кошка, прыгающая на картонной коробке, означает духовное изменение во мне» или «Телевидение, радио, люди в автобусах как-то относятся ко мне»<sup>142</sup>. В конечном счете человек становится «переполненным»<sup>79,89</sup>, «затопленным» или «заваленным»<sup>139</sup> этими внешними или внутренними раздражителями, и субъективные переживания становятся изматывающими<sup>60,79,89,139,143</sup>.

Подобные эгоцентрические переживания часто связаны с грандиозными бредом<sup>49,57,60,79,89,91,104,124</sup> («Чувствовать,

что все вокруг следуют за мной, неважно, хорошо это или плохо, вот только это является силой власти... знанием, что вы можете влиять на сознание людей в нужном ключе»<sup>144</sup>), или с Труман-подобным бредом<sup>49,72,85,145</sup> («Я пришел к выводу, что всю свою жизнь участвовал в секретном телешоу, подобном “Шоу Трумана”»<sup>49</sup>) (см. Рисунок 3).

### **Потеря свободы действий и контроля над границами между внутренним субъективным и внешним миром**

На стадии *анастрофы* теряется ощущение свободы действий и контроль над бредовыми убеждениями (см. Рисунок 3): «По мере того, как моя бредовая система расширялась и развивалась, я как будто не “мыслил бред”: бред “думал меня!”»<sup>60</sup>; «Мои параноидальные иллюзии вышли из-под контроля. Я был рабом безумия»<sup>79</sup>.

Переживание галлюцинаций растворяет границы между «собой» и окружающим миром: «Когда я в психозе, мне кажется, что это мое осознание происходит со мной. Это пассивный опыт. Я во власти “моих” мыслей и “моих” представлений о людях»<sup>139</sup>. Люди сообщают об одном или нескольких голосах<sup>100,104,146,147,148</sup>, искаженных звуках или шепотах<sup>149</sup> или материализованном мышлении<sup>150</sup>, видениях<sup>104,111</sup>, тактильных ощущениях излучения<sup>65</sup>, электричества<sup>151</sup> или жжения<sup>149</sup> на коже (рис. 3).

Некоторые описываемые переживания, по-видимому, подтверждают феноменологически обоснованные модели, предполагающие, что галлюцинации представляют собой форму организации внутреннего диалога<sup>152</sup>, возникающего из описанных ранее нарушений идентичности<sup>97</sup>: «Я избегаю использования слова “голос” для описания того, что происходит в моем мышлении. Вместо этого я предпочитаю концептуализировать эти события, говоря, что я слышу “голоса”... Трудно действительно конкретно определить “голоса” для кого-то другого. Иногда кажется, что они служат напоминанием о том, что я должен или не должен делать – озвучиваются сомнения»<sup>150</sup>.

Чувство свободы воли и собственности<sup>153</sup> и границы личности особенно нарушается императивными голосами, отдающими приказы<sup>104,139,146</sup>, проговаривающими предупреждения<sup>147</sup>, оскорбления<sup>104</sup>, успокаивающими<sup>104,150</sup> (реже ободряющими<sup>66</sup>): «Я чувствовал себя в ловушке; чувствовал себя обломками сошедшего с рельсов и сошедшего с ума инопланетного поезда; чувствовал, что меня вот-вот разорвут»<sup>64</sup>. Эмоциональными коррелятами этих переживаний являются онтологический страх<sup>78,89</sup> и всепроникающий ужас<sup>84,126,139</sup> (см. Рисунок 3). Слово «кошмар»<sup>89,126,151</sup> часто используется для описания такой сильной тоски. Часто сообщается о чувстве ловушки<sup>84,88,89</sup> наряду с чувством вины, смущения<sup>66,103,151</sup> и самообвинением<sup>111,154</sup> («Я испытывал стыд только от одного того, что слышал эти слова, но я не мог заставить их остановиться. Я изо всех сил старался их подавить, но они брызнули, как яд из родника»<sup>79</sup>).

Иногда явно упоминается переживание повышенной проницаемости границ эго или смешивания внутреннего и внешнего полей<sup>78,155,156,157</sup>: «Я потерял границы своего эго, что означало, что все внешнее и внутреннее казалось единым целым»<sup>156</sup>. («транзитивизм» у *Bleuler*<sup>53</sup>, «потеря эго-демаркации» у *Jaspers*<sup>6</sup>).

### **Драматический распад самоидентификации и девитализация**

Распад самоощущения, уже присутствующий в продвинутой фазе (см. Рисунок 2), становится более интенсивным: «У меня было ощущение, что я растворяюсь и что частички меня уходят в пространство, и я боялся, что я никогда не найду их снова»<sup>78</sup>. Люди чувствуют себя отлич-

ными от своего обычного «Я»<sup>65,101,114</sup> («Я чувствовал себя отчетливо отличным от своего обычного “Я”»<sup>114</sup>; «Я всего лишь реакция на других людей; у меня нет собственной идентичности»<sup>158</sup>; «Я всего лишь пробка, плывущая по океану»<sup>158</sup>), расколотыми, разделенными или разбросанными на различные части<sup>57,63,78</sup> (потеря осознания единства самости, или эго-постоянства и когерентности, по *Jaspers*<sup>6</sup>).

Расстройство базового самоощущения ведет к нарушению чувства «своего» по отношению к своей психической или телесной деятельности (по *Jaspers*, осознание активности самости, или эго-активности<sup>6</sup>) и к переживаниям деанимации или девитализации<sup>160,161</sup>: потеря осознания бытия или существования, или эго-вита́льности): «Это не я был вовлечен в такое поведение. Я не осознавал своих действий, наблюдая себя в третьем лице»<sup>155</sup>; «Я хожу как машина; мне кажется, что не я хожу, говорю или пишу этим карандашом»<sup>122</sup>; «Ощущение полной пустоты часто переполняет меня, как будто я перестал существовать»<sup>162</sup>.

Опыт распада самоощущения более заметен, когда границы эго-мира скомпрометированы явлениями пассивности, включающими ощущение постороннего воздействия<sup>114,155</sup>; мысли читаются, вставляются или транслируются<sup>88,114,163</sup> (Рисунок 3); нарушение границ тела сущностями или силами («Кто-то разрезал мне голову и вставил мешок», «Области тела, куда входят силы»<sup>164</sup>) или смещение частей тела («Рот был там, где должны быть волосы», «Руки торчат из груди»<sup>164</sup>). Некоторые люди могут даже чувствовать, что их тело или его части проецируются за пределы их эго во внешнее пространство («Руки отделяются от тела», «Ноги и руки отваливаются»<sup>164</sup>). Измененные телесные переживания, такие как развоплощение или дистанцирование от собственного тела или психических процессов<sup>157</sup>, часто происходят одновременно, иногда приводя к соматизированному бреду<sup>78,110,112</sup> (см. Рисунок 3): «Я думал, что мое внутреннее существо представляет собой глубоко ядовитую субстанцию»<sup>78</sup>.

Эти переживания часто связаны с ощущением мира, превращающегося в чуждое место<sup>57,65</sup>, временами хаотичное и пугающее<sup>57</sup>, могут выражаться в апокалиптических представлениях о грядущих войнах<sup>65,89</sup> или неизбежном конце света<sup>88,110,112</sup>, или превращаться в нигилистический бред<sup>114,155</sup>: «У меня было отчетливое впечатление, что я не существую на самом деле, потому что я не мог вступить в контакт со своим украденным “Я”»<sup>114</sup>.

Распад «Я» может привести к экстремальному самоповреждающему поведению: «Когда что-то эго растворяется, оно становится частью всего, что его окружает; но в то же время это объединение влечет за собой уничтожение себя – отсюда и суицидальное мышление»<sup>155</sup>.

### **Чувство подавленности хаосом или шумом в голове**

Дезорганизация мыслей – значимая тема переживаний<sup>66,84,108,163,165</sup> (см. Рисунок 3): «Моя голова кишит мыслями, или наполняется. Я ошеломлен всеми мыслями, происходящими в моей голове. Иногда это проявляется в виде неимоверного шума»<sup>139</sup>. Такие слова, как «американские горки»<sup>124</sup>, «вихрь»<sup>114</sup>, «головокружение»<sup>79</sup> или «водоворот», используются людьми, чтобы попытаться передать ощущение внутреннего хаоса и замешательства, которые трудно точно сформулировать с помощью речи<sup>151</sup> (см. Рисунок 3): «Быть в вихре – не очень хорошая метафора для этого опыта, но мне трудно найти слова, чтобы описать его»<sup>114</sup>.

Как описывает один из опрошенных, расстройство мышления может ощущаться как «ослабление синтетических способностей». «Мои мысли, казалось, утратили способность сжимать вещи до ясной организации»<sup>84</sup>. Ослабле-

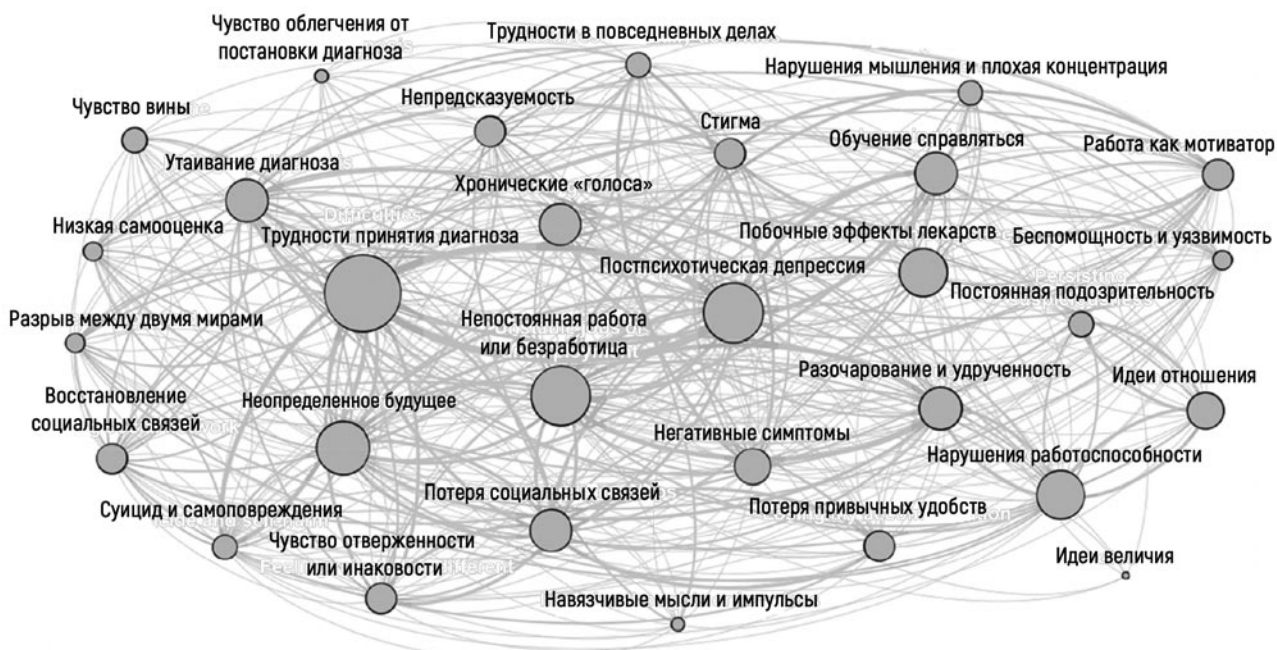


Рисунок 4. Сетевая карта пережитого опыта психоза на продромальной стадии

ние естественной «самости», организующей смысл и значимость событий<sup>166</sup>, может привести к нарушению «захвата» или «удержания» концептуального поля<sup>97</sup>.

### Утрата доверия и отчуждение от всего мира

Во время первого эпизода психоза люди часто сообщают о потере доверия к окружающим (см. Рисунок 3): «Пока я был в больнице, я был напуган, но в то же время чувствовал себя в безопасности. Я знал, что работавшие там стремились помочь мне, но я просто не мог никому доверять»<sup>66</sup>.

Бред преследования нарушает атмосферу доверия, которая пронизывает социальные взаимодействия людей и ближайшее окружение<sup>167</sup>: «Для меня речь шла о потере доверия ко всем» (из личного общения во время семинаров). Потеря доверия распространяется на непосредственное социальное окружение человека с подозрительностью по отношению к соседям, членам семьи, друзьям или коллегам<sup>78,92,95,107</sup>: «Я боялся людей до такой степени, что не выходил из своей комнаты, когда вокруг были люди. Я ел, когда моя семья либо ушла, либо спала»<sup>78</sup>.

Чувство беспомощности<sup>101,155</sup> может быть связано с этими переживаниями: «Вы чувствуете себя очень одиноким. Вам легче уйти в себя, чем справиться с реальностью, которая не соответствует вашему воображаемому миру»<sup>111</sup>. Вот почему первый эпизод проживается как сильно изолирующий и солипсический опыт<sup>60,101,111,155</sup> (см. Рисунок 3): «Не имея друзей, которых можно навестить, и живя один в своей квартире... Я стал проводить все выходные, сидя на диване весь день»<sup>147</sup>. 3) Люди часто отдаляются (см. Рисунок 3) от семьи и друзей<sup>66,147</sup>, колледжа или школы<sup>79,88</sup>, ведя затворнический образ жизни<sup>104</sup>.

Отгороженность от социальной жизни часто связана с субъективной неспособностью справиться с нарушенным ощущением себя и мира<sup>5,111</sup>, потерей удовольствия и интереса к социальным отношениям<sup>66</sup>, подпитываемыми бредовыми страхами<sup>78,104</sup>, растущими трудностями в понимании социальных взаимодействий<sup>79</sup> или трудностями в общении<sup>58,91,101,114</sup>: «Я думал, что должен быть в аду и что часть значения этого конкретного ада заключалась в том, что никто вокруг не понимал, что это ад»<sup>78</sup>.

### Стадия рецидива

#### Переживание ряда личных потерь

«В то время мой диагноз был равен смертному приговору. Ничто не могло быть более разрушительным. Даже сама смерть»<sup>62</sup>. Во время рецидивирующей фазы психоза люди часто сталкиваются с рядом потерь, что приводит к переживанию утраты своего допсихотического «Я»<sup>124,168</sup> (эго-идентичности<sup>6</sup>), что влияет на их уверенность и самооценку<sup>102,169,170</sup> (Рисунок 4): «Трудно вспомнить прошлое. Трудно принять, что все будет так и дальше» (личное общение во время семинаров).

Эти потери часто включают прошлые идентичности пациентов, поскольку люди часто чувствуют, что им придется брать на себя новую роль «психически больного»: «Я поступил в больницу как Роберт Бьорккунд, как личность, но через три недели покинул ее как “шизофреник”»<sup>171</sup>. Люди также скорбят о своей индивидуальности<sup>65,171</sup>, поскольку чувствуют себя не такими, как другие<sup>133</sup>: «Сначала мне казалось, что я странный и не такой, как все. Мне не нравилось чувствовать, что я не являюсь частью основной группы людей, которые здоровы и/или “нормальные”»<sup>156</sup>.

Общественная стигма<sup>94,156,170,172,173</sup> по отношению к психическим расстройствам подпитывает чувство отверженности<sup>50,56,126,156,174</sup>, еще больше сокращая социальные сети<sup>50,66,101,130,169,174,175</sup> и личные отношения<sup>105,107,156,169,173</sup> (см. Рисунок 4): «Люди постоянно шутили о психических заболеваниях, и мне было трудно с этим смириться»<sup>172</sup>. В результате люди обычно скрывают свой диагноз<sup>92,94,102,156,173,174,176</sup>: «Мне было трудно принять диагноз, и я никому о нем не рассказывал»<sup>156</sup>.

Еще одно личное горе – это горе по преморбидному чувству самостоятельности, поскольку даже самые обыденные действия теперь могут представлять огромные трудности<sup>89,94,102</sup> (см. Рисунок 4). «Такая элементарная вещь, как поход за продуктами, была для меня одновременно пугающей и подавляющей. Я помню, как мама брала меня с собой в магазин за продуктами в качестве реабилитации... Все казалось таким трудным»<sup>94</sup>. Трудности с выполнением повседневных действий, учебой в школе или работы<sup>57,58,78,102,110,175,176,177</sup>

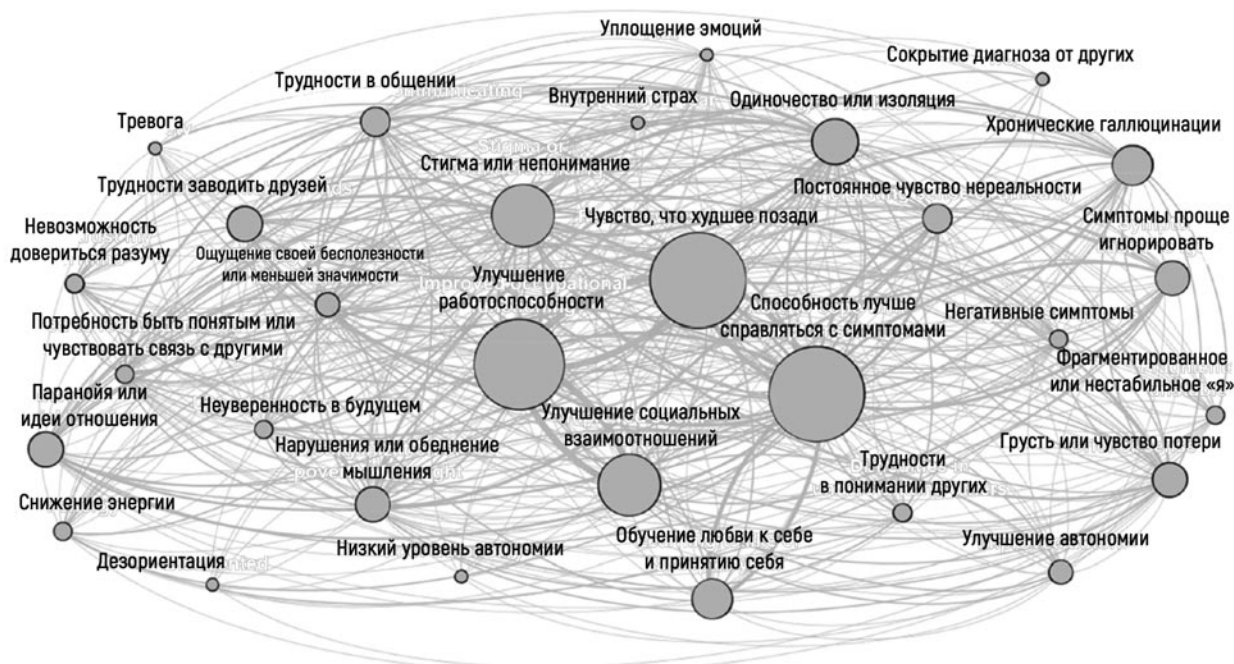


Рисунок 5. Сетевая карта пережитого опыта психоза на продромальной стадии

и поддержанием занятости<sup>47,57,94,95,101,110,114,124,174</sup> вызывают чувства разочарования и уныния<sup>47,57,59,101,102,169,177</sup> (см. Рисунок 4).

Люди также оплакивают потерю чувства смысла или цели, которое психотические симптомы давали во время фаз *ана* и *апофеиши*<sup>132,133</sup>: «*В своем бреду я была героиней на задании; теперь, когда я снова принимала лекарства, я проводила большую часть своих дней, лежа в постели и ненавидя себя с жадной мстительностью. Горе? Кто знает?*»<sup>133</sup>. Обычно люди страдают от постпсихотической депрессии после ремиссии острых симптомов<sup>101,108,112,132</sup>, ощущая себя ущербными<sup>94</sup> из-за отсутствия достижений<sup>169</sup>, что приводит к чувству безнадежности и хрупкости<sup>178</sup> или убежденности в том, что они неудачники<sup>94</sup> (см. Рисунок 4).

### Ощущение раздвоения между различными реальностями

После ремиссии ярких симптомов индивиды могут чувствовать себя «разделенными» между внешним миром и личными бредовыми мирами<sup>78,155,176</sup> (см. Рисунок 4): «*Неизменным в течение большинства этих лет под наблюдением психиатра и в течение трех лет, предшествовавших им, было существование внутренней реальности, которая была для меня более реальной, чем внешняя реальность мира*»<sup>78</sup>; «*Разница между нормальной реальностью и психозом ощущается необычайно тонко. В своей тонкости она может проникнуть в меня так, что я даже не замечу... Вот почему сегодня я испытываю здоровое уважение к хитрости психоза*»<sup>139</sup>. Люди также могут чувствовать раскол в отношении диагноза и необходимости постоянного приема лекарств: «*Мне трудно принять постоянное мнение специалистов о том, что я должен принимать лекарства от своего «состояния» в течение длительного времени*»<sup>107</sup>.

Этот феномен «двойного сознания»<sup>179</sup>, когда человек продолжает одновременно жить в двух реальностях<sup>98</sup> (в реальном и бредовом мире), был первоначально назван Блейлером<sup>98</sup> «двойной бухгалтерией».

### Неопределенное будущее

После ремиссии острого психоза люди сталкиваются с задачей восстановления своей личности и целей<sup>124,154,169</sup>:

«*В конце концов, когда приблизилась выписка после двух лет лечения, мне задали важные вопросы. Что я хочу делать теперь?*»<sup>154</sup>. В этом контексте рецидив психоза может быть интерпретирован как угроза или даже полная отмена целей и будущего человека. Люди могут чувствовать, что прошлые стремления и планы в жизни теперь совершенно недостижимы<sup>94,127,177</sup>: «*В моих глазах моя жизнь закончилась. Все, о чем я мечтал, и все мои стремления в жизни теперь не существовали. Я чувствовал себя полностью обманутым*»<sup>66</sup>.

Чувство неопределенности усиливается из-за отсутствия четкой программы дальнейших действий: «*Вот на что похож выход из шизофрении: нет ни подсказок, ни карты, ни дорожных знаков типа «не туда», «вернитесь сюда», «объезд», «прямо». Там темно, одиноко и очень страшно. Вы не хотите иметь с этим ничего общего, но ваше возвращение к здравому смыслу находится под угрозой*»<sup>139</sup>. Непредсказуемость развития расстройства также вносит свой вклад: «*Однако сейчас больше всего на свете я хочу быть уверенным, что то, через что я прошел, больше никогда не повторится. К сожалению, гарантировать это нелегко*»<sup>46</sup>.

Принятие диагноза и связанного с ним неопределенного будущего обычно начинается на этой стадии, но часто требует нескольких лет внутренней борьбы<sup>66,88,92,139,156</sup>.

### Хроническая стадия

#### Примирение с новым миром и принятие себя в нем

Во время хронической стадии психоза люди часто сообщают, что чувствуют себя более оптимистично в отношении будущего, или считают, что худшее уже позади<sup>47,57,58,59,61,62,78,91,94,95,101,124,129,150,170,177</sup> (Рисунок 5): «*После более чем 40 лет психоза я могу сказать, что сейчас я чувствую себя лучше, чем когда-либо в жизни*»<sup>95</sup>. Люди также могут сообщать, что чувствуют себя более удовлетворенными своей профессиональной деятельностью, чем раньше<sup>47,49,50,59,62,78,82,91,101,112,129,133,173,177,180,181</sup> (см. Рисунок 5).

Поскольку интенсивность психотических симптомов и связанный с ними дистресс часто снижаются<sup>127,147</sup>, их легче игнорировать (см. Рисунок 5): «*Я почти каждый день хожу среди людей, и, хотя я все еще чувствую, что на меня*



«смотрят» и иногда говорят обо мне, я не верю, даже если я и психически болен, что я – агент Бога»<sup>91</sup>.

На этом этапе люди часто также учатся более эффективно справляться со своими симптомами, например игнорировать голоса и бредовые идеи, частично возвращая себе чувство власти или контроля<sup>50,112,127,150</sup> (см. Рисунок 5): «Я думаю, что качество мыслеголосов менялось по мере того, как улучшалось мое здоровье. Я больше не слышу предложений выбежать на дорогу; если бы это было так, я бы отказался. Я в состоянии оценить уместность советов»<sup>150</sup>.

Все это помогает людям смириться с диагнозом и его последствиями: «В свои 42 года я думаю, что постепенно иду на поправку или по крайней мере лучше справляюсь с теми трудностями, которые остаются. Сейчас я чувствую себя сильнее и стабильнее, чем когда-либо прежде»<sup>58</sup>. Принятие психоза и нового «Я»<sup>60,10,169,170,180,182,183</sup> – это медленный процесс, который обычно занимает несколько лет: «Долгое время я пытался вынести урок из своего опыта. Урок заключался в том, чтобы построить новую жизнь и новые мечты, основываясь на том, на что я способен сегодня»<sup>89</sup>.

Однако чувство горя и утраты прежнего «Я» и жизни до расстройства может сохраняться<sup>124,133,150,168,175,184</sup>: «Хотя я снова работаю, у меня есть всепроникающее чувство утраты моей жизни. Эта болезнь повлияла на все аспекты того, как я воспринимаю себя и как меня воспринимают другие»<sup>184</sup>. Это усиливается, когда люди с пережитым психозом сравнивают себя со здоровыми сверстниками<sup>108</sup>, ощущая свою никчемность или неполноценность<sup>124,133,185,186</sup> (см. Рисунок 5).

### **Сохраняющийся внутренний хаос, не видимый снаружи**

На этой стадии может сохраняться нестабильное ощущение себя и мира: «Клинические симптомы приходят и уходят, но это отсутствие себя присутствует постоянно»<sup>157</sup>. Эти переживания могут включать постоянное ощущение нереальности мира<sup>58,155</sup> и дезориентацию<sup>139,157</sup>, а также расстройства самоощущения, такие как девитализация, дезинтеграция или разъединение<sup>155,157,185</sup>, потеря самостоятельности<sup>149,187</sup>, страх сделать что-то, что может иметь негативные последствия<sup>103,139</sup> (см. Рисунок 5).

Может быть описан бурный внутренний мир, даже если он не «виден» снаружи<sup>5</sup>, с постоянным ощущением, что человек находится на грани, что он ускользает от реальности: «Хотя снаружи кажется, что все значительно успокоилось, внутри бушует буря, которая пугает меня, когда я чувствую, что я один в ней»<sup>5</sup>. Переживание может усугубляться чувством недоверия к собственному разуму<sup>5,185,188</sup> (см. Рисунок 5).

### **Одиночество и отчаянная потребность принадлежать себе**

Несмотря на некоторые улучшения в социализации<sup>47,49,50,82,101,114,127,133,175,180,181</sup> (см. Рисунок 5), социальные отношения, как правило, остаются главной проблемой на хронической стадии психоза<sup>63,112</sup>: «Я смотрю на людей и не чувствую себя одним из них. Люди – чужие»<sup>185</sup>.

Распространенные чувства одиночества и изоляции<sup>63,112,133,168,181,183,185,186,188</sup>, включая ощущение «отрезанности от человечества»<sup>185</sup>, часто встречаются в сообщениях и были подтверждены на метааналитическом уровне<sup>189</sup>. Часто возникает сильная и отчаянная потребность почувствовать себя понятым, подключенным к обществу и принятым<sup>5,133,185</sup> (см. Рисунок 5): «Мне нужно, чтобы люди приняли меня настолько, чтобы захотеть построить со мной отношения... Я чувствую себя отрезанным, отрезанным

от человечества... Я уже отделен... Я специально изолирую себя, потому что, когда я нахожусь среди других, эта пропасть между мной и миром становится более выраженной; по крайней мере когда я один, я могу притвориться нормальным»<sup>185</sup>.

Это стремление к человеческому теплу и близости может быть подавлено не менее сильными страхами обратиться к людям<sup>5</sup>, трудностями в общении с другими<sup>185</sup>, неумением передать природу психотических переживаний<sup>5,58</sup> (см. Рисунок 5): «Чем больше я пытаюсь говорить, тем меньше вы меня понимаете. Поэтому мы прекращаем попытки общения... Невозможность передать свои основные чувства, невозможность идентифицировать себя с другим человеком и ощущение полного одиночества в своих переживаниях убивают меня»<sup>185</sup>. Стигма и непонимание психических расстройств<sup>58,110,133,139,168,173,180,184,186,188,190</sup> и чувство стыда<sup>185</sup> усиливают переживание одиночества<sup>49,173</sup> (см. Рисунок 5).

Трудности в установлении и поддержании социальных отношений<sup>108,112</sup> подтверждают слабую приспособленность к общему миру «неписаных» кодов социального взаимодействия (см. Рисунок 5)<sup>187</sup>: «Поиск друзей для меня – большая загадка. Несмотря на то, что в моей жизни было несколько друзей, я не могу освоить или понять этот навык»<sup>188</sup>. Люди выражают эту гипoadaptацию к социальному миру такими заявлениями, как: «Я не могу ассоциировать себя с другими людьми», «Я всегда чувствовал себя другим, как будто принадлежу к другой расе» или «Мне не хватает опоры в правилах социальной жизни»<sup>191</sup>.

## **ЖИЗНЕННЫЙ ОПЫТ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОЗА**

В этом разделе рассматривается жизненный опыт выздоровления и лечения психоза. Поскольку последнее зависит от типа медицинской помощи, а также от условий, в которых она предоставляется, мы сначала рассмотрим субъективный опыт получения лечения в различных учреждениях психического здоровья, а затем сосредоточимся на конкретных видах терапии. Чтобы отразить множество возможных впечатлений, мы подчеркнем как основные положительные, так и отрицательные аспекты.

### **Выздоровление как путь к достижению значимых целей**

Люди считают, что выздоровление не ограничивается симптоматическим улучшением<sup>192</sup> («Это необязательно исчезновение симптомов»<sup>101</sup>), а скорее заключается в достижении чувства субъективного контроля и возможности «что-то с этим делать»<sup>193</sup>: «Выздоровление для меня означает, что, даже если бред не исчез полностью, я могу функционировать так, как будто он исчез»<sup>72</sup>. Примечательно, что «Путь выздоровления совершенно разный для каждого человека и отличается на каждом этапе и в разном возрасте» (личное общение во время семинаров).

Выздоровление от психоза обычно переживается как циклический и непрерывный процесс, требующий активного участия<sup>94</sup>, и вряд ли когда-либо «завершается»<sup>194</sup>. Это «путешествие»<sup>133,192</sup>, наполненное движениями вперед-назад, а не линейный путь с определенной конечной точкой: «долгое, одинокое путешествие, в начале которого почти столько же шока и страха, как и при психозе»<sup>133</sup>. Таким образом, это диалектический процесс сам по себе. Или, как описано в другом рассказе: «Выздоровление может быть как процессом, так и целью... Выздоровление означает обретение надежды и веры в то, что у человека может быть лучшее будущее. Это достижение социальной реинтеграции. Это поиск цели в жизни и работы, которая

имеет смысл. Выздоровление – это четкое направление»<sup>101</sup>.

В более практическом плане выздоровление представляется как глубокая и длительная борьба за восстановление смысла и чувства собственного «Я» и собственной значимости<sup>193,195,196</sup>, а также активных отношений с миром<sup>83,183</sup>: «По мере выздоровления я также сталкиваюсь с необходимостью восстановления своей личности и своей жизни. Принятие решения о завершении карьеры глубоко повлияло на мое чувство идентичности и самооценки, и с тех пор я нахожусь в поиске смысла и средств, с помощью которых могу продолжать помогать другим»<sup>183</sup>. Выздоровление часто понимается людьми как способность двигаться к значимым целям<sup>94,183,197</sup>: «Выздоровление для меня означает служение цели; я думаю, что это важно для меня, потому что я чувствовала себя “бесполезной”, когда боролась с психозом» (личное общение во время семинаров).

Процесс выздоровления также включает в себя укрепление идентичности человека путем создания чувства преемственности с прошлым и проекции на будущее. После первого эпизода некоторые молодые люди рассматривают выздоровление как возвращение к прежней жизни, к тому, «каким я был»<sup>195</sup>. Для других процесс выздоровления требует личной трансформации их личности и целей<sup>183</sup>, принятия не только расстройств<sup>193</sup>, но и своих ограничений: «Для меня выздоровление было связано с признанием того, что что-то не так, с признанием своих ограничений. Язык выздоровления фокусируется на том, что человек может сделать; мне пришлось посмотреть на то, что я не могу сделать, прежде чем я смог начать выздоравливать»<sup>185</sup>. Таким образом, выздоровление – обязательно возвращение к «прошлому себе»<sup>192</sup>. Оно подразумевает ассимиляцию опыта в новое самоощущение, измененное понимание мира и роли человека в нем<sup>83</sup>.

Некоторые молодые люди считают, что опыт выздоровления привел их к взрослению или существенным изменениям в их социальных отношениях<sup>195,196,198</sup>. Психоз также может дать новый взгляд на жизнь и отношения, включая понимание истории своей жизни<sup>183</sup>, усиление эмпатии к другим<sup>94,124,172</sup> или перераспределение жизненных приоритетов<sup>56,101,169</sup>: «Я больше сопереживаю другим и глубже понимаю, на что способно человеческое тело. Эти компоненты, составляющие мою реальность, для меня являются сутью жизни»<sup>66</sup>.

Поддерживающие отношения – важнейшие помощники на пути к выздоровлению: «Ключом к выздоровлению для меня было наличие действительно хороших поддерживающих отношений, которые не ломались, когда ломалось все остальное» (личное общение во время семинаров). Отношения воспринимаются как полезные, если они передают надежду на будущее<sup>58,94,105,177,197,199</sup>: «Самое важное, что моя лечащая команда верила в уверенность моего выздоровления в тот период жизни, когда я был просто не в состоянии верить сам»<sup>126</sup>. Поддерживающие отношения также способствуют пониманию необычного опыта<sup>6,200,201</sup> в контексте сострадания<sup>139,202</sup> и позитивного отношения<sup>150</sup> и реалистичных ожиданий<sup>203</sup>.

## **Жизненный опыт прохождения лечения в различных медицинских учреждениях**

### **Стационарное лечение: травмирующий опыт или передышка**

«Санитары вынесли меня в темный коридор. От стен отскакивал гул голосов – резкие рыки, тихое бормотание, властные приказы – но для меня эти звуки сливались в общую бессмысленность»<sup>48</sup>. Попадание в больницу обычно

происходит на фоне страха, хаоса и растерянности<sup>48,66,84</sup>, подпитываемых бредовыми идеями<sup>49,124,182</sup>.

Негативный опыт госпитализации в стационарные отделения может вызвать чувство изоляции<sup>132</sup>, безнадежности и неуверенности в будущем<sup>49,66,204</sup> («Я думал, смогу ли я когда-нибудь выздороветь; я думал, смогу ли я когда-нибудь стать нормальным»<sup>66</sup>) и часто более распространен среди молодых людей, которых неправомерно помещают в психиатрические отделения для взрослых<sup>205</sup>: «Там было всего несколько молодых людей двадцати или тридцати лет... Я слышал, как кто-то использовал термин “хронические больные”... Это звучит не очень приятно»<sup>48</sup>.

Субъективный опыт принудительного лечения или физического сдерживания во время стационарного лечения обычно вспоминается как травматический: «Первый раз был очень травматичным... Я отказалась от лекарств, и меня держали и делали уколы шесть человек персонала. Я очень переживаю, что никто не дал мне выбора... [это] добавило к травме, которую я уже пережила дома, когда меня выносили в машину скорой помощи... Это был очень скверный опыт»<sup>206</sup>. Этот опыт ассоциируется с чувством бессилия<sup>108</sup> и отсутствием личного пространства<sup>207</sup>, что может быть причиной повторной травматизации для тех, кто ранее подвергался насилию<sup>206</sup>.

Чувство «недостатка сострадания»<sup>208</sup> со стороны персонала может привести к ощущению «бесчеловечности»<sup>209</sup>: «“Неподчиняющийся”, пассивно-зависимый, пассивно-агрессивный... все они означают одно и то же: вы – это не совсем вы»<sup>209</sup>. Негативный опыт стационарного лечения может отбить будущие попытки обратиться за помощью<sup>84,151,204</sup> и подорвать долгосрочное доверие к системе здравоохранения: «Я думаю, если вы не выйдете и не получите хороший опыт сразу после этого, то так вы будете воспринимать всю систему»<sup>208</sup>.

Однако в других случаях госпитализация может принести столь желанное чувство безопасности и облегчения, особенно во время острого психоза<sup>66,78,114</sup>: «Больница была безопасным убежищем»<sup>210</sup>. Госпитализация также может облегчить личное истощение, которое следует за усилиями по поддержанию видимости нормальной жизни: «Это было облегчение – находиться в месте, где не имело значения, что ты куда-то уходишь посреди разговора. Это было облегчение, когда не нужно было все время бороться за сохранение видимости здравомыслия... Это было облегчение, когда можно было быть честным»<sup>78</sup>.

Таким образом, больница может стать «передышкой» от стресса внешней жизни<sup>205</sup>, иногда предоставляя возможности для отдыха и привития здоровых привычек<sup>66,108</sup>, а также время для размышлений о прошлом и планирования будущего: «Это дало мне возможность подумать о том, что я действительно хочу сделать со своей жизнью. Я больше не хотел продолжать работать на скучной работе, где я был несчастлив... В жизни должно быть что-то большее»<sup>57</sup>.

После выписки больница может оставаться надежным убежищем, куда можно вернуться в трудную минуту: «В те моменты моей жизни безопасность (хотя и ограничительная), предлагаемая учреждением, была предпочтительнее ответственности, с которой, как мне казалось, я не мог справиться на улице»<sup>211</sup>. Таким образом, у людей могут сложиться амбивалентные отношения с госпитализацией, учитывая смесь негативного и позитивного опыта, особенно если речь идет о принудительном лечении: «Прошло некоторое время, прежде чем я понял, что больница существует для того, чтобы помочь мне в кризисной ситуации, а не для того, чтобы еще больше мучить меня, как угрожали голоса»<sup>84</sup>.

Социальные отношения в отделении могут оказывать значительное положительное влияние на субъективный

опыт: «Я обнаружил, что персонал обычно добрый, компетентный и чрезвычайно терпимый ко мне и моим коллегам-пациентам»<sup>211</sup>. Положительный опыт также связан с возможностями для внутренней социализации, которые противодействуют чувству изоляции<sup>48,132,172,199</sup>. Для некоторых людей опыт пребывания в палате создает сети поддержки, которые могут сохраняться и после выписки: «Пребывание в больнице – это болезненный опыт, но это также и личное путешествие, и формирование дружеских отношений в отделении помогло мне выбраться (и продолжать это делать)»<sup>172</sup>.

### **Профилактические мероприятия и программы раннего вмешательства: содействие и восстановление надежды**

Субъективный опыт людей, обращающихся в специализированные службы профилактики (например, отделения высокого клинического риска) или раннего вмешательства при психозе, заметно отличается от опыта пациентов стандартных стационарных отделений. Эти службы предоставляют специализированный и дружественный к молодежи уход во время клинического состояния высокого риска или первого эпизода психоза<sup>34,212,213</sup>. Их нацеленность на выздоровление высоко ценится молодыми людьми<sup>214,215,216</sup>: «Они заставляют меня быть более активным. Они побуждают меня интересоваться чем-то и думать, что у меня есть будущее. Я думал, что моя жизнь подходит к концу, а они как бы подтолкнули меня к мысли, что есть жизнь после психоза»<sup>216</sup>.

Люди ценят предоставляемую этими службами поддержку в решении повседневных практических проблем (таких как социальные отношения, трудоустройство и жилье) в соответствии с их реальными потребностями и проблемами<sup>215,216,217</sup>. Кроме того, когда услуги предоставляются в дружественной для молодежи обстановке за пределами «обычных» психиатрических учреждений, считается, что они уменьшают чувство стыда и самостигматизации, часто связанное с обращением за психиатрической помощью<sup>217</sup>, обеспечивают «человеческий контакт»<sup>214</sup> и высокое качество отношений с командой по уходу, которые являются ключевыми в процессе выздоровления<sup>208,215,216,217,218</sup>.

В частности, люди ценят возможность участия в качестве «партнеров» в принятии решений по лечению, а также опыт обращения «как с человеком»<sup>214,217</sup>, поскольку персонал «выслушивает и спрашивает ваше мнение»<sup>214</sup>, и в то же время им позволяют «описать то, что я испытываю» своими словами, а не полагаться на диагностические ярлыки<sup>208</sup>.

Кроме того, в качестве положительных аспектов были отмечены доступность персонала<sup>214,216</sup> и непрерывность ухода<sup>216,218</sup>: «Я встречалась со своим ключевым специалистом каждую неделю или две, что было очень хорошо»<sup>218</sup>. Непрерывность помощи была подчеркнута как ключевой фактор, повышающий доверие<sup>219</sup>: «Открытость терапевту требует доверия; требуется время, чтобы построить эти отношения» (личное общение во время семинаров).

Молодые пользователи, делясь своим опытом с другими<sup>216</sup>, также ценят то, как эти услуги помогают им развивать позитивное самоощущение<sup>217,218</sup>: «Я встретил довольно много людей с такими же проблемами, как у меня, и это помогло, потому что мы обсудили, чем мы отличаемся друг от друга, и попытались предложить способы, которые могли бы помочь друг другу или помочь себе»<sup>216</sup>. Группы профилактического и раннего вмешательства также дают чувство уверенности и безопасности<sup>215,216</sup>: «Это то, что я искал, кто-то, кто действительно знает, о чем говорит»<sup>220</sup>.

Для молодых людей с высоким клиническим риском развития психоза специализированная помощь дает возможность рассказать о переживаниях, которые часто скрываются от семьи, друзей и специалистов. Понимание может возникнуть в процессе совместного исследования и установления связей<sup>221</sup> между симптомами и жизненным опытом: «Такая “нормализация” моих трудностей была одним из самых полезных элементов терапии, поскольку она очень быстро уменьшила мой страх “сойти с ума”, который был самым тревожным из моих переживаний»<sup>222</sup>.

С другой стороны, прерывание лечения из-за частой смены персонала, когда бы она ни происходила, ощущается как существенный источник разочарования и в этих службах, поскольку “требуется много времени, чтобы укрепить доверие к кому-либо”<sup>218</sup>. Более того, после симптоматического и функционального улучшения люди могут постепенно снижать свое число обращений к профилактическим услугам или услугам раннего вмешательства, которые воспринимаются как ненужное и нежелательное напоминание о том, что они находятся на психиатрическом лечении<sup>218,220</sup>: «По мере того, как мне становится лучше, было не очень приятно, когда кто-то постоянно приходит, потому что это постоянно напоминает тебе о том, что ты страдаешь от болезни»<sup>218</sup>.

### **Амбулаторное обслуживание: открывая ворота в общество**

В жизненном опыте людей с психозом практические и доступные амбулаторные услуги способствуют автономии и контролю: «Вы можете прийти на лечение, и ворота открыты для вас»<sup>223</sup>, а также способствуют ощущению того, что вас ждут: «Это дает вам представление о доме, здесь нет той мистики, что это закрытая, запертая вещь и что вы находитесь в больнице за закрытой решеткой»<sup>223</sup>. В результате опыт получения амбулаторной помощи в сообществе может предоставить возможность для укрепления социальных связей и сетей.

Дружелюбные и легкодоступные амбулаторные мультидисциплинарные команды считаются чрезвычайно важными для достижения этой цели: «Я чувствую себя хорошо, это семья, если я плохо себя чувствую, они протягивают мне руку помощи. Здесь я нашла людей, которые действительно помогли мне. Все до единого, от уборщицы до координатора по обслуживанию»<sup>223</sup>. Этот позитивный опыт также имеет решающее значение для обеспечения приверженности лечению: «Что меня сюда привело, так это дружба... Они дали мне столько дружбы, что в конце концов я сказал доктору, что там, в моей первой жизни, второй жизни, третьей жизни и нынешней жизни у меня никогда не было столько дружеского общения, сколько у меня здесь, я не пускаю слюни, это правда»<sup>223</sup>.

Напротив, негативный опыт амбулаторного лечения становится результатом неполного обслуживания, которое подвергает пациентов повторным обследованиям и чрезмерным очередям из-за межпрофессионального недопонимания<sup>126,224</sup>. Люди часто испытывают трудности из-за постоянно меняющихся команд по уходу и ограниченного времени приема, которого недостаточно для того, чтобы специалисты смогли узнать о них больше, помимо диагноза: «Различные специалисты по психическому здоровью, к которым я обращался в трех разных психиатрических больницах, подтвердили мой узко поставленный диагноз. Не было предпринято никаких усилий, чтобы заглянуть за пределы многочисленных несоответствий моего состояния»<sup>171</sup>. Кроме того, конкурирующие теории о психозе могут привести к путанице, поскольку люди могут чувствовать, что «[клиницисты] видят в вашем психозе то, что хотят» (личное общение во время семинаров).

Безличный характер некоторых услуг может привести к усилению внутреннего чувства объективизации, характерного для переживания психоза: «Если вы входите в психиатрический мир как пациент, то у вас есть большой шанс быть сведенным к объекту, вызывающему беспокойство, или к самому расстройству. Видят и слышат только то, что имеет значение для диагностического обследования. Нас осматривают, но не видят; нас слушают, но не слышат»<sup>65</sup>. В результате чрезмерно бюрократизированные клинические условия способствуют стигматизации и изоляции<sup>209</sup>.

Люди также могут чувствовать себя отвергнутыми службой из-за недостатка опыта у персонала: «Нет никаких рекомендаций по этому поводу»<sup>65</sup>. Кроме того, амбулаторные услуги могут восприниматься как недостаточные в своих предложениях по лечению, когда существует узкая направленность на универсальные подходы<sup>214</sup>.

### **Жизненный опыт получения специфического лечения психоза**

#### **Социальные интервенции: поиск собственного пространства в мире**

«Наконец-то я снова почувствовала себя независимой. Я начала управлять своим психическим заболеванием. Я снова стала ответственной за свое собственное пространство в мире»<sup>225</sup>. Социальные вмешательства воспринимаются как поддержка людей в восстановлении их нарушенного чувства собственного достоинства путем поощрения автономии и независимости<sup>96</sup>. Как говорилось ранее, одним из основных компонентов психоза является нарушение естественного взаимодействия человека с миром. После первого эпизода молодые люди часто рассматривают свое выздоровление как возможность снова чувствовать себя «нормально»<sup>195</sup>, что по сути означает реинтеграцию в общество<sup>192</sup>, возвращение к трудовой деятельности или к учебе в социально значимых ролях<sup>193</sup>. Поэтому они считают, что мероприятия, поддерживающие их учебу или работу, помогают им вновь обрести смысл жизни<sup>177,202</sup> и уверенность в себе<sup>226</sup>: «Я вел эту войну не потому, что я такой храбрый, а потому, что я должен был это сделать, чтобы сохранить свою работу»<sup>170</sup>.

Вмешательства, поддерживающие самостоятельное жилье, также становятся ключевыми в процессе укрепления личностного потенциала, способствуя стабильности, самостоятельности и независимости<sup>224,227</sup>: «Здесь [в новом доме] я встретил новых друзей, которые приняли меня. Мое внимание переключилось на удовольствия и усилилось благодаря знакомству с новыми друзьями и посещению предлагаемых курсов»<sup>202</sup>.

Социальное вмешательство также необходимо для уменьшения чувства изоляции и стыда. В частности, это относится к группам поддержки сверстников<sup>180</sup>. Такие группы «нормализуют» психотические переживания<sup>208,217</sup>, позволяя пострадавшим почувствовать «освобождение» и надежду: «Они просто сказали мне, что на самом деле есть и другие люди, такие же, как ты, и ты можешь исцелиться от этого»<sup>217</sup>. Группы взаимопомощи также помогают людям почувствовать себя связанными между собой<sup>228</sup> и более принятыми<sup>184</sup>: «[Группа взаимопомощи] позволяет людям делиться своим опытом, заново открывать свои эмоции и готовиться к новым путешествиям... где мы все можем поддерживать друг друга в достижении цели выздоровления и лучшей жизни»<sup>228</sup>.

Считается, что социальное вмешательство также помогает преодолеть пассивную роль пострадавших людей, стимулируя их более активное участие в заботе о себе: «Я меньше чувствую себя посторонним и больше – челове-

ком, которому есть что предложить»<sup>229</sup>. Позитивный опыт получения таких вмешательств усиливается благодаря совместной ответственности партнеров, установленной между различными социальными субъектами, с участием сообщества и семьи<sup>230</sup>.

Негативные аспекты опыта социальных вмешательств возникают, когда личные ценности пострадавших людей не ставятся во главу угла, оказываются бесцельными<sup>186</sup>: «Трудовая терапия должна была вовлечь меня в то, что специалисты считали значимой деятельностью. Поэтому я рисовала, клеила и шила. Я была занята, но где был смысл?»<sup>132</sup>. Подобные негативные переживания широко распространены, когда людей просят или ожидают, что они будут соответствовать и социально функционировать, как все остальные: «Я должен делать все по-другому... Несправедливо, когда другие ожидают, что мы, наконец, закончим колледж и получим эту работу... Это заставляет нас чувствовать стыд, безнадежность и депрессию»<sup>185</sup>.

Более того, люди с хроническим психозом часто отмечают, что для адекватной интеграции в общество необходим тонкий баланс между социально значимой деятельностью и возможностью уединиться<sup>78,231,232</sup>. Это чувство было подтверждено этнографическими исследованиями, показавшими, что люди с психозом могут выработать особый способ чувствовать себя интегрированными в общество, держась «на расстоянии» (не слишком близко, не слишком далеко)<sup>233,234</sup>: «Мне нужно побыть одному... Если бы я жил в деревне, никого бы не волновало мое одиночество, но в городе никому не позволено жить как отшельник»<sup>234</sup>.

#### **Психологическое вмешательство: обмен опытом и его осмысление**

Психологическое вмешательство воспринимается как необходимый инструмент для создания нового канала, чтобы открыться в сложных для передачи психотических переживаниях<sup>226,235</sup>: «Я хотел научиться говорить о своих психотических переживаниях, делиться ими и научиться видеть их смысл»<sup>65</sup>.

Для многих людей выздоровление требует выработки сложного и осмысленного понимания своих тревожных переживаний, что восстанавливает чувство непрерывности их жизненного повествования и преодолевает нарушения осознания идентичности<sup>65,183,193,196,236,237,238,239</sup>: «Психотические эпизоды не возникают из ничего. Для этого всегда есть причина. Если человеку не помочь разобраться в этом, он не сможет нормально восстановиться» (личное общение во время семинаров).

Учитывая интенсивный поиск объяснений во время фазы тьмы после начала психоза<sup>240</sup>, поиск смысла через совместный процесс позволяет людям почувствовать себя понятыми другими людьми<sup>237</sup>, уменьшая чувство изоляции и одиночества: «Это желание настолько сильно, что я часто горячо говорю о желании поместить своего терапевта в мой мозг, чтобы он мог просто знать, что происходит внутри меня»<sup>5</sup>. Однако не всем людям удается найти новые смыслы для своего расстройства: «У меня никогда не получалось “найти смысл”» (личное общение во время семинаров).

Опыт получения психологического лечения ценится, когда он позволяет людям гибко экспериментировать<sup>241</sup> с различными подходами и стратегиями: «Моя первоначальная стратегия изменений заключалась в том, чтобы отдохнуть от высокострессовой деятельности, которая в прошлом вызывала симптомы, и вместо этого сосредоточиться на “поддерживающих видах деятельности”, которые я считаю для себя значимыми, интеллектуально интересными и способствующими “единению” с другими

людьми»<sup>183</sup>. Опыт такого лечения оказывается сугубо личным, что отражается в спектре психологических стратегий преодоления, которые пациенты предпочитают, включая повышение грамотности в вопросах психического здоровья и распознавание ранних тревожных признаков<sup>94,151,172,210</sup>, самоконтроль<sup>151,197,242,243</sup>, развитие значимых видов альтернативной деятельности<sup>108</sup>, установление распорядка дня<sup>63,108</sup>, обучение взаимодействию с голосами<sup>150,238</sup>, снижение стресса, или «триггеров»<sup>46,180,183,244</sup>, релаксацию<sup>151,202</sup> или техники отвлечения<sup>245,246</sup>, обмен опытом и его обсуждение с другими<sup>82,150,172,242,245,246</sup> или использование стратегий проверки реальности и опровержения<sup>46,88,131,232</sup>.

Напротив, психологические методы лечения считаются бесполезными, когда они «навязываются» человеку или отрицают его индивидуальность<sup>186</sup>: «Человек должен сам определить, какая психотерапия лучше всего подходит ему – то, что подходит мне, необязательно подойдет кому-то другому» (личное общение во время семинаров). Невнимательное выслушивание также воспринимается как препятствие для того, чтобы пострадавшие люди могли говорить своим голосом и делиться своими смыслами<sup>247</sup>. Более того, во время психологической терапии люди считают, что мнения должны быть сбалансированы, без доминирующего голоса, даже если существуют различные точки зрения<sup>248</sup>.

Психотерапевтические отношения также не считаются полноценными, если обеим сторонам не позволено вносить свой вклад и учиться: «Клиницисты должны давать место пациенту и учиться у него. У пациента можно многому научиться» (личное общение во время семинаров). Осуждающее, поучающее или нравочувственное отношение может привести к тому, что человек чувствует себя неполноценным, а это усиливает ощущение отсутствия самостоятельности, а также чувство изоляции и дискриминации: «Когда меня поучали или читали лекции в рамках разговорной терапии, я чувствовала, что мои мысли были гораздо менее ценными и вносили меньший вклад в разговор»<sup>235</sup>.

Чрезмерный акцент на рационалистическом (проверяющем реальность) подходе в психотерапии бреда и галлюцинаций часто воспринимается как усугубление чувства самоотчуждения<sup>146</sup>: потенциально через усиление гиперрефлексивности<sup>249,250</sup>. В этих обстоятельствах опыт прохождения психотерапии может усилить описанные выше нарушения самости, недоумение, отсутствие здравого смысла и ощущение своей непохожести на других<sup>251</sup>: «Мои воспоминания о том, как специалисты оспаривали мои галлюцинации или бред [во время психотерапии], наполнены чувством враждебности и обиды. После этого я просто рассказывал им все, что они хотели услышать о моих успехах»<sup>146</sup>.

Аналогичным образом, психотерапевтическая установка, дискредитирующая пережитый опыт психоза как «бессмысленный», усугубляет чувство самоотчуждения: «Игнорирование или обесценивание [переживаний] может нанести непомерный ущерб. Когда переживания считаются просто странными или симптомами болезни и не рассматриваются психологически с должной обоснованностью, присущие им состояния отчуждения часто усугубляются»<sup>186</sup>.

### **Лекарства: борьба с амбивалентными чувствами**

Опыт приема лекарств от психоза, в частности антипсихотиков, часто бывает сложным и амбивалентным: «Урок заключается в том, что психиатрические лекарства имеют две стороны, с одной стороны, вызывая неблагоприятные эффекты, а с другой – облегчая и предотвращая психиатрические симптомы»<sup>203</sup>.

Лекарства часто считаются полезными для смягчения мучительных симптомов<sup>61,92,127,243</sup> или создания необходимых условий для дополнительных психосоциальных или психологических вмешательств<sup>60,88,252</sup>. Лекарства часто воспринимаются как спасение основного «Я» от возмущения, вызванного расстройством: «Опыт приема лекарств был таков, что никогда не было ощущения, что они превратили меня в того, кем я не являюсь; наоборот, я всегда чувствовал, что галоперидол устранил все барьеры, которые мешали мне быть тем, кто я есть»<sup>60</sup>. Лекарство может дать ощущение нормальности, даже если оно не полностью восстанавливает преморбидное функционирование: «Я считаю себя нормальным, когда принимаю лекарства... И я действительно нормально функционирую, когда принимаю лекарства, за исключением моей неспособности заводить друзей»<sup>188</sup>.

Эти позитивные переживания часто вступают в противоречие с вызывающими беспокойство побочными эффектами, которые могут повлиять на способности человека к повседневной жизни: «Через две недели побочные эффекты рisperидона стали невыносимыми. Я спал не менее 16 часов за ночь. У меня был зверский аппетит, акатизия и тяжелая ангедония»<sup>104</sup>. В частности, для молодых людей во время первого эпизода побочные эффекты часто воспринимаются как серьезное ограничение их возможностей социального функционирования<sup>195</sup>. Это становится распространенной причиной отказа от приема лекарств<sup>104,130,147</sup>.

Таким образом, человек может испытывать конфликт<sup>186,203</sup>, поскольку ему приходится выбирать между двумя сложными сценариями: «Тяжело осознавать, что, вероятно, мне придется продолжать принимать лекарства до конца жизни, но страдания без них ужасны»<sup>147</sup>. Тогда решение становится «вопросом личных ценностей»<sup>253</sup>: «[Человек] должен решить, какие побочные эффекты и какая степень симптомов непереносимы»<sup>253</sup>. Стоит подчеркнуть, что совместное принятие решений усиливает чувство личной самостоятельности и автономии<sup>61,108,148,150,172,186,210</sup>.

Еще одним негативным опытом приема антипсихотиков оказывается ощущение, что человек не совсем выздоровел<sup>195</sup> или что с ним что-то «не так»: «Во время каждого психотического эпизода моя семья пыталась обратиться за медицинской помощью. Мне прописывали лекарства, но я отказывался их принимать. Я не верил, что со мной что-то не так... Эти таблетки были для сумасшедших!»<sup>92</sup>. Можно утверждать о связанном с этим желании чувствовать себя «нормальным»<sup>48</sup>: «Я отказался ходить к врачам и принимать лекарства. Я хотел жить нормальной супружеской жизнью: нормальным людям не нужно принимать таблетки, чтобы ясно мыслить и адекватно действовать»<sup>254</sup>.

Антипсихотики также могут восприниматься как необходимое, но недостаточное средство для полного выздоровления: «Я обнаружил, что, хотя психиатрические препараты помогают справиться с некоторыми из моих симптомов, они лечат лишь часть проблемы»<sup>61</sup>. В результате сочетание медикаментов с другими методами лечения часто считается более приемлемым<sup>57,127,243,255</sup>, пациенты работают с различными комбинациями методов на разных этапах процесса выздоровления: «На начальном этапе фармакологическое лечение было для меня более важным; оно позволяло мне быть стабильным и иметь возможность продолжать жить дальше. По мере того, как я начала поправляться, психосоциальное лечение стало более важным» (личное общение во время семинаров).

Действительно, обеспечивая симптоматическое облегчение, лекарства могут не устранять описанные ранее основные нарушения базового «Я», которые подпитывают и поддерживают формирование симптомов: «Лекарства могут

помочь и помогают справиться со многими пугающими и мучительными симптомами шизофрении, но они не устраняют ничего, кроме самого видимого проявления. То, что скрывается за симптомами – это измученное “Я”, в высшей степени личный опыт, который невозможно изменить и который не может быть устранен никаким физическим лечением»<sup>157</sup>.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Эта статья основана на пережитом опыте людей, прошедших через полумрак и тень психотического кризиса. Мы проследили и записали слова этих людей, их эмоции и формы выражения, их страдания и отчаяние, их надежды и безмолвный крик о помощи. Таким образом, эта статья принадлежит всем людям, пережившим психоз, которые написали ее в соавторстве с исследователями.

Этот двойной взгляд на психоз представляет собой новую методологическую попытку в существующей литературе. Только двигаясь разными путями и используя разные языки, можно взглянуть на психоз свежим взглядом, способным передать живость субъективного опыта страдания. Лучшее всего это достигается, если позволить личным переживаниям вновь проявиться в жизни и оставить за скобками теории и традиционные способы мышления.

Такой подход также помогает сократить до минимума несправедливость, особенно ту, которая связана с исключением и заглушением голоса пострадавших, искажением или неверным представлением их эмоций, смыслов, ценностей и понимания себя и другого, несправедливым распределением власти и необоснованным недоверием<sup>256</sup> – лишением этих людей возможности самим говорить о своих взглядах и целях из-за того, что другие утверждают, будто знают, каковы эти взгляды и цели.

Мы попытались отдать предпочтение перспективе первого лица пациентов, а не ограничиваться описанием психоза с позиции третьего лица. Хотя данная работа посвящена описанию некоторых основных (парадигмальных) способов выражения психоза, нет никаких предположений, что представленный материал обязательно является всеобъемлющим или обобщающим для всех людей, страдающих этим заболеванием. Хотя психоз может иметь формальные рамки, общие для всех его клинических проявлений, содержание и способы проявления в нем индивидуальны и неповторимы. Поэтому очевидно, что не существует такого понятия, как уникальный опыт психоза, который можно было бы описать. Напротив, фиксируется множественность переживаний, отражающих внутреннюю гетерогенную природу психотических расстройств. Сам Блейлер ввел термин «шизофрения» для признания гетерогенных синдромов, характеризующихся множественными презентациями и различными возможными траекториями<sup>53,257</sup>.

В рамках этих ограничений в настоящей работе впервые проведена сортировка опыта психоза по основным клиническим стадиям. Мы обнаружили, что ранние фазы (преморбидная и продромальная стадии) характеризуются основными экзистенциальными темами, включающими потерю здравого смысла, растерянность и отсутствие погружения в мир с нарушением жизненно важного контакта с реальностью, повышенную остроту ощущений и чувство, что вот-вот произойдет что-то важное, возмущение самоощущения и необходимость скрывать бурные внутренние переживания. Стадия первого эпизода характеризуется некоторым преходящим облегчением, связанным с началом бреда, интенсивной самореферентностью и проникновением в границы «Я–мир», бурным внутренним шумом и распадом самоощущения с социальной замкнутостью. Основной жизненный опыт на поздних стадиях (рецидивирующей

и хронической) включает горевание о личных потерях, чувство раскола и попытки принять постоянный внутренний хаос, новое «Я», диагноз и неопределенное будущее. Хотя эти переживания частично размываются на разных стадиях, жизненный цикл психоза характеризуется внутренним ощущением одиночества, возникающим на преморбидной стадии и сохраняющимся до хронической стадии.

Наконец, мы проанализировали положительные и отрицательные субъективные аспекты опыта стационарного и амбулаторного лечения, социальных вмешательств, психологического вмешательства и приема лекарств. Опыт получения такого лечения определяется надеждой на достижение выздоровления, понимаемого как длительное путешествие по восстановлению чувства личности и утраченных связей с другими людьми для достижения значимых целей<sup>258</sup>. Передовая практика ухода за людьми с психозом в первую очередь основана на понимании того, каково это – жить с психозом и получать психиатрическое лечение.

Хотя нелегко выслушать и понять человеческую и опытную реальность пациентов, которые собираются пережить или пересказать свои истории, невозможно «делать» психиатрию и проводить лечение, не отталкиваясь от этих внутренних реалий – от этих разорванных субъективностей, которые жаждут быть услышанными и понятыми. Настоящая статья служит напоминанием клиницистам о том, что в терапевтических отношениях со своими пациентами, страдающими психозом, не следует бояться опускаться внутрь их субъективного мира.

Всесторонне улучшая понимание того, каково это – жить с психозом, эта работа может принести пользу и в других областях. Мы надеемся, что она будет широко распространена в клинических учреждениях, а также в организациях пациентов и семей, чтобы существенно повысить уровень грамотности в области психического здоровья людей, страдающих этим расстройством, их семей и опекунов. Статья также может иметь образовательный потенциал для обучения младших врачей-психиатров, студентов-медиков и других специалистов здравоохранения. Кроме того, поставщики медицинских услуг могут использовать этот совместно разработанный источник основного субъективного опыта для совершенствования подготовки и предоставления услуг в области психического здоровья.

На исследовательском уровне эта статья воскрешает психологическую и экзистенциальную сущность психоза, идя против нынешнего течения психиатрии «без психики»<sup>259</sup>, которая представляет научную эпистемологию, заглушающую фундаментальное выражение человеческого опыта психоза. Это наблюдение эмпирически подтверждается дисбалансом в научных журналах высшего ранга (за некоторыми исключениями) между нейронаучными статьями и статьями из области феноменологии и рассказов от первого лица. Невозможно постичь реальное и диалектическое измерение психоза без глубоко укоренившегося феноменологического подхода, выходящего за рамки категорий естественных наук. Описанный здесь опыт может помочь разоблачить ряд предрассудков и заблуждений, с помощью которых естественные науки часто приуменьшают сложность психоза, и задуматься о границах знаний в психиатрии и о смысле исследований в этой области.

В целом эта статья напоминает нам о том, что психоз – одно из самых болезненных и мучительных экзистенциальных переживаний, столь головокружительно (по-видимому) чуждых нашим привычным моделям жизни и столь невыразимо загадочных и человеческих.

## Библиография

1. MorenoKüstner B., Martín C., Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic re-

- view and metaanalyses. *PLoS One* 2018; 13:e0195687. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. Solmi M., Radua J., Olivola M. et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2021; doi: 10.1038/s41380-021-01161-7. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  3. Global Burden of Disease 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators . Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392:1789858. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
  4. Weye N., Santomauro D.F., Agerbo E. et al. Registerbased metrics of years lived with disability associated with mental and substance use disorders: a register-based cohort study in Denmark. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:3109. [PubMed] [Google Scholar]
  5. Ruocchio P.J. First person account: the schizophrenic inside. *Schizophr Bull* 1991; 17:35760. [PubMed] [Google Scholar]
  6. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913. [Google Scholar]
  7. Noiriel A., Verneuil L., Osmond I. et al. The lived experience of first-episode psychosis: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Psychopathology* 2020; 53:22338. [PubMed] [Google Scholar]
  8. Ning Audrey T.X., KlaininYobas P., Creedy D.K. A comprehensive systematic review on the perception and experience of stigma among people with schizophrenia. *JB Libr Syst Rev* 2011; 9:113292. [PubMed] [Google Scholar]
  9. McCarthy-Jones S., Marriott M., Knowles R. et al. What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis* 2013; 5:1–16. [Google Scholar]
  10. Kaite C.P., Karanikola M., Merkuris A. et al. “An ongoing struggle with the self and illness”: a meta-synthesis of the studies of the lived experience of severe mental illness. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29:458–73. [PubMed] [Google Scholar]
  11. Holt L., Tickle A. Exploring the experience of hearing voices from a first person perspective: a meta-ethnographic synthesis. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 2014; 87:278–97. [PubMed] [Google Scholar]
  12. Llewellyn-Beardsley J., Rennick-Egglestone S., Callard F. et al. Characteristics of mental health recovery narratives: systematic review and narrative synthesis. *PLoS One* 2019; 14:e0214678. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  13. Hitch D., Pepin G., Stagnitti K. Engagement in activities and occupations by people who have experienced psychosis: a metasynthesis of lived experience. *Br J Occup Ther* 2013; 76:77–86. [Google Scholar]
  14. Beers C.W. *A mind that found itself*. London: Longmans, Green and Co., 1908. [Google Scholar]
  15. Boisen A.T. *Out of the depths*. New York: Harper & Brothers, 1960. [Google Scholar]
  16. North C.S. *Welcome, silence*. New York: Simon & Schuster, 1987. [Google Scholar]
  17. Sommer R., Clifford J.S., Norcross J.C. A bibliography of mental patients' autobiographies: an update and classification system. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1261–4. [PubMed] [Google Scholar]
  18. Clifford J.S., Norcross J.C., Sommer R. *Autobiographies of mental health clients: psychologists' uses and recommendations*. *Prof Psychol Res Pract* 1999; 30:56–9. [Google Scholar]
  19. Saks E.R. *The center cannot hold*. New York: Hyperion, 2007. [Google Scholar]
  20. Colori S. *Experiencing and overcoming schizoaffective disorder: a memoir*. Scotts Valley: CreateSpace Independent Publishing Platform, 2015. [Google Scholar]
  21. Weijun Wang E. *The collected schizophrenias*. Minneapolis: Graywolf, 2019. [Google Scholar]
  22. Secheyne M. *Autobiography of a schizophrenic girl*. New York: Meridian, 1994. [Google Scholar]
  23. Benjamin J., Pflüger B. *The stranger on the bridge*. London: Bluebird, 2018. [Google Scholar]
  24. Geekie J., Randal P., Lampshire D. et al. *Experiencing psychosis: personal and professional perspectives*. London: Routledge, 2011. [Google Scholar]
  25. Williams S. *Recovering from psychosis: empirical evidence and lived experience*. London: Routledge, 2016. [Google Scholar]
  26. Stanghellini G., Aragona M. *An experiential approach to psychopathology: what is it like to suffer from mental disorders?* Cham: Springer, 2016. [Google Scholar]
  27. Gilardi L., Stanghellini G. I am schizophrenic, believe it or not! A dialogue about the importance of recognition. *Philos Psychiatr Psychol* 2021; 28:1–10. [Google Scholar]
  28. Gilardi L., Stanghellini G. The schizophrenic person as a moral agent. *Philos Psychiatr Psychol* 2021; 28:35–9. [Google Scholar]
  29. de Serpa O.D., Leal E.M., Muñoz N.M. The centrality of narratives in the mental health clinic, care and research. *Philos Psychiatr Psychol* 2019; 26:155–64. [Google Scholar]
  30. Rowland L. *First person accounts*. academic.oup.com/schizophreniabulletin/pages/first\_person\_accounts.
  31. Cutting J. *A critique of psychopathology*. East Sussex: Forest Publishing Company, 2011. [Google Scholar]
  32. Stanghellini G., Broome M.R., Fernandez A. et al. *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2019. [Google Scholar]
  33. Broome M.R., Harland R., Owen G.S. et al. *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2013. [Google Scholar]
  34. Fusar-Poli P., McGorry P.D., Kane J.M. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017; 16:251–65. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  35. Fava G.A., Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87:225–30. [PubMed] [Google Scholar]
  36. McGorry P.D., Hickie I.B., Yung A.R. et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40:616–22. [PubMed] [Google Scholar]
  37. Maj M., van Os J., De Hert M. et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021; 20:4–33. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  38. Fusar-Poli P., Correll C.U., Arango C. et al. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry* 2021; 20:200–21. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  39. Arango C., Fraguas D., Parellada M. Differential neurodevelopmental trajectories in patients with early-onset bipolar and schizophrenia disorders. *Schizophr Bull* 2014; 40:S138–46. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  40. Arango C., Dragioti E., Solmi M. et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry* 2021; 20:417–36. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  41. Catalan A., Salazar de Pablo G., Vaquerizo Serrano J et al. Annual research review: Prevention of psychosis in adolescents – systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *J Child Psychol Psychiatry* 2021; 62:657–73. [PubMed] [Google Scholar]
  42. Catalan A., Salazar de Pablo G., Aymerich C. et al. Neurocognitive functioning in individuals at clinical high risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; doi: 10.1001/jamapsychiatry. 2021. 1290. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  43. Fusar-Poli P., Salazar de Pablo G., Correll C.U. et al. Prevention of psychosis: advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry* 2020; 77:755–65. [PubMed] [Google Scholar]
  44. Salazar de Pablo G., Radua J., Pereira J. et al. Probability of transition to psychosis in individuals at clinical high risk: an updated meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:970–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  45. Salazar de Pablo G., Catalan A., Fusar-Poli P. Clinical validity of DSM-5 attenuated psychosis syndrome: advances in diagnosis, prognosis, and treatment. *JAMA Psychiatry* 2020; 77:311–20. [PubMed] [Google Scholar]
  46. Adam. *Experiencing suspicious thoughts and paranoia: an account*. *Schizophr Bull* 2011; 37:656–8. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
  47. Palit S. *Schizophrenia and vision of my life*. *Schizophr Bull* 2016; 42:867–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  48. Anonymous. *First person account: a pit of confusion*. *Schizophr Bull* 1990; 16:355–9. [PubMed] [Google Scholar]

49. Reina A. The spectrum of sanity and insanity. *Schizophr Bull* 2010; 36:3–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
50. Nichols F.E. Inside my head. *Schizophr Bull* 2020; 46:462–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
51. Chadwick P.K. Peer–professional first person account: before psychosis – schizoid personality from the inside. *Schizophr Bull* 2014; 40:483–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
52. Parnas J., Licht D., Bovet P. Cluster A personality disorders: a review. In: Maj M., Akiskal H.S., Mezzich J.E. et al (eds). *Personality disorders*. Chichester: Wiley, 2005; 1–74. [Google Scholar]
53. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke, 1911. [Google Scholar]
54. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter: Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Berlin: Springer, 1921. [Google Scholar]
55. Leathem L.D., Currin D.L., Montoya A.K. et al. Socioemotional mechanisms of loneliness in subclinical psychosis. *Schizophr Res* 2021; 238:145–51. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
56. Anonymous. Schizophrenia with childhood onset. *Schizophr Bull* 1994; 20:587–90. [PubMed] [Google Scholar]
57. Herrig E. First person account: a personal experience. *Schizophr Bull* 1995; 21:339–42. [PubMed] [Google Scholar]
58. Spiro Wagner P. First person account: a voice from another closet. *Schizophr Bull* 1996; 22:399–401. [PubMed] [Google Scholar]
59. Carroll D.W. Severely schizophrenic and successful? Yes, it's possible! *Schizophr Bull* 2017; 43:1151–2. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
60. Chadwick P.K. Peer–professional first–person account: schizophrenia from the inside – phenomenology and the integration of causes and meanings. *Schizophr Bull* 2006; 33:166–73. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
61. Murphy M.A. First person account: meaning of psychoses. *Schizophr Bull* 1997; 23:541–3. [PubMed] [Google Scholar]
62. Akram U. Everything at once, or nothing at all. *Schizophr Bull* 2019; 45:958–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
63. Colori S. Organization's effects with schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2019; 45:722. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
64. Abraham S. Delusional. *Schizophr Bull* 2020; 46:1339–40. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
65. Boevink W.A. From being a disorder to dealing with life: an experiential exploration of the association between trauma and psychosis. *Schizophr Bull* 2006; 32:17–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
66. Hanley D. The journey. *Schizophr Bull* 2016; 42:1312–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
67. Humpston C.S. Perplexity and meaning: toward a phenomenological “core” of psychotic experiences. *Schizophr Bull* 2014; 40:240–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
68. Blankenburg W. First steps toward a psychopathology of “common sense”. *Philos Psychiatr Psychol* 2001; 8:303–15. [Google Scholar]
69. Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophr Bull* 2000; 26:775–87. [PubMed] [Google Scholar]
70. Boada L., Lahera G., Pina–Camacho L. et al. Social cognition in autism and schizophrenia spectrum disorders: the same but different? *J Autism Dev Disord* 2020; 50:3046–59. [PubMed] [Google Scholar]
71. Maj M. Critique of the DSM–IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998; 172:458–60. [PubMed] [Google Scholar]
72. Cohen M. Emerging from schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008; 34:406–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
73. Nelson B., Sass L.A., Thompson A. et al. Does disturbance of self underlie social cognition deficits in schizophrenia and other psychotic disorders? *Early Interv Psychiatry* 2009; 3:83–93. [PubMed] [Google Scholar]
74. Parnas J. The core gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012; 11:67–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
75. Henriksen M.G., Nordgaard J. Self disorders in schizophrenia. In: Stanghellini G, Aragona M (eds). *An experiential approach to psychopathology. What is it like to suffer from mental disorders?* Cham: Springer, 2016: 265–80. [Google Scholar]
76. Margetic´ B.A., Karlovic´ D. Schizotypy: from personality organization to transition to schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2021; 33:529–34. [PubMed] [Google Scholar]
77. Mishara A.L. Klaus Conrad (1905–1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010; 36:9–13. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
78. Anonymous. First person account: portrait of a schizophrenic. *Schizophr Bull* 1992; 18:333–6. [PubMed] [Google Scholar]
79. Weiner S. The details in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2018; 44:707–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
80. Stanghellini G., Ballerini M., Presenza S. et al. Psychopathology of lived time: abnormal time experience in persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2016; 42:45–55. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
81. Mishara A.L., Fusar–Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion formation during psychosis onset: Jaspers, Truman symptoms, and aberrant salience. *Schizophr Bull* 2013; 39:278–86. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
82. Anonymous. First person account: behind the mask: a functional schizophrenic copes. *Schizophr Bull* 1990; 16:547–9. [PubMed] [Google Scholar]
83. Sips R. Psychosis as a dialectic of aha- and anti-aha-experiences. *Schizophr Bull* 2019; 45:952–5. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
84. Xia J. Onset schizophrenia. *Schizophr Bull* 2020; 46:749–50. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
85. Fusar–Poli P., Howes O., Valmaggia L. et al. ‘Truman’ signs and vulnerability to psychosis. *Br J Psychiatry* 2008; 193:168. [PubMed] [Google Scholar]
86. Madeira L., Bonoldi I., Rocchetti M. et al. Prevalence and implications of Truman symptoms in subjects at ultra high risk for psychosis. *Psychiatry Res* 2016; 238:270–6. [PubMed] [Google Scholar]
87. Klosterkötter J. *Basissymptome und endphänomene der schizophrenie*. Berlin: Springer, 1988. [Google Scholar]
88. Chapman R.K. First person account: eliminating delusions. *Schizophr Bull* 2002; 28:545–53. [PubMed] [Google Scholar]
89. Weiner S.K. First person account: living with the delusions and effects of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003; 29:877–9. [PubMed] [Google Scholar]
90. Winton–Brown T.T., Fusar–Poli P., Ungless M.A. et al. Dopaminergic basis of salience dysregulation in psychosis. *Trends Neurosci* 2014; 37:85–94. [PubMed] [Google Scholar]
91. Bowden W.D. First person account: the onset of paranoia. *Schizophr Bull* 1993; 19:165–7. [PubMed] [Google Scholar]
92. Snyder K. Kurt Snyder's personal experience with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32:209–11. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
93. Stanghellini G., Ballerini M. Values in persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 33:131–41. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
94. Scotti P. Recovery as discovery. *Schizophr Bull* 2009; 35:844–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
95. Ruoss B.S. From failing meds to the ones that worked. *Schizophr Bull* 2019; 45:271. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
96. Sass L.A. Self and world in schizophrenia: three classic approaches. *Philos Psychiatr Psychol* 2001; 8:251–70. [Google Scholar]
97. Sass L.A., Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003; 29:427–44. [PubMed] [Google Scholar]
98. Parnas J., Henriksen M.G. Subjectivity and schizophrenia: another look at incomprehensibility and treatment nonadherence. *Psychopathology* 2013; 46:320–9. [PubMed] [Google Scholar]
99. Pérez–Álvarez M., García–Montes J.M., Vallina–Fernández O. et al. Rethinking schizophrenia in the context of the person and their circumstances: seven reasons. *Front Psychol* 2016; 7:1650. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
100. Greek M.T. How a series of hallucinations tells a symbolic story. *Schizophr Bull* 2010; 36:1063–5. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
101. Murphy M.A. Grand rounds. *Schizophr Bull* 2007; 33:657–60. [Google Scholar]
102. Anonymous. Graduate student in peril: a first person account of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28:745–55. [PubMed] [Google Scholar]
103. Anonymous. Intrusive thoughts, impulses, and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2019; 45:3–4. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
104. Yeiser B. My triumph over psychosis: a journey from schizophrenia and homelessness to college graduate. *Schizophr Bull* 2017; 43:943–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
105. DeMann J.A. First person account: the evolution of a person with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:579–82. [PubMed] [Google Scholar]



106. Parnas J., Raballo A., Handest P. et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011; 1 0:200–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
107. Beattie L. Experiences of a first-episode psychosis by a psychology graduate student. *Schizophr Bull* 2017; 43:939–40. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
108. Dykstra T. First person account: how I cope. *Schizophr Bull* 1997; 23:697–9. [PubMed] [Google Scholar]
109. Bovet P., Parnas J. Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophr Bull* 1993; 19:579–97. [PubMed] [Google Scholar]
110. Flesher C.L. First person account: insight from a schizophrenia patient with depression. *Schizophr Bull* 1995; 21:703–7. [PubMed] [Google Scholar]
111. Jordan J.C. First person account: schizophrenia – adrift in an anchorless reality. *Schizophr Bull* 1995; 21:501–3. [PubMed] [Google Scholar]
112. Chovil I. First person account: I and I, dancing fool, challenge you the world to a duel. *Schizophr Bull* 2000; 26:745–7. [PubMed] [Google Scholar]
113. Anonymous. Language games, paranoia, and psychosis. *Schizophr Bull* 2011; 37:1099–100. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
114. Payne R.L. First person account: my schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992; 18:725–8. [PubMed] [Google Scholar]
115. Parnas J., Bovet P., Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. *World Psychiatry* 2002; 1:131–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
116. Stanghellini G., Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. *World Psychiatry* 2002; 1:102–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
117. Stanghellini G., Ballerini M. Criterion B (social dysfunction) in persons with schizophrenia: the puzzle. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:582–7. [PubMed] [Google Scholar]
118. Lee T.Y., Hong S.B., Shin N.Y. et al. Social cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2015; 164:28–34. [PubMed] [Google Scholar]
119. Galderisi S., Rucci P., Mucci A. et al. The interplay among psychopathology, personal resources, context-related factors and real-life functioning in schizophrenia: stability in relationships after 4 years and differences in network structure between recovered and non-recovered patients. *World Psychiatry* 2020; 19:81–91. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
120. Kotov R., Jonas K.G., Carpenter W.T. et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry* 2020; 19:151–72. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
121. Anonymous. First person account: social, economic, and medical effects of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22:183–5. [PubMed] [Google Scholar]
122. Parnas J., Sass L.A. Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philos Psychiatr Psychol* 2001; 8:101–20. [Google Scholar]
123. Díaz-Caneja C.M., Pina-Camacho L., Rodríguez-Quiroga A. et al. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr* 2015; 1:14005. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
124. Anonymous. Taking the first step. *Schizophr Bull* 2010; 36:895–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
125. Bruni C. Immediate intervention: life-long success. *Schizophr Bull* 2014; 40:3–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
126. Anonymous. The “healing healer”? A psychologist’s personal narrative of psychosis and early intervention. *Schizophr Bull* 2018; 44:1173–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
127. Royal B. Schizophrenia: nutrition and alternative treatment approaches. *Schizophr Bull* 2016; 42:1083–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
128. Stanghellini G. Phenomenological psychopathology and care. In: Stanghellini G, Aragone M (eds). *An experiential approach to psychopathology. What is it like to suffer from mental disorders?*. Cham: Springer; 2016; 1–43. [Google Scholar]
129. Gregersen L. The onset of my schizophrenia. *Schizophr Bull* 2021; doi: 10.1093/schbul/sbab096. [PMC free article][PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
130. Meijer M.M. In the Garden of Eden: the content of my psychoses. *Schizophr Bull* 2018; 44:469–71. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]
131. Timlett A. Controlling bizarre delusions. *Schizophr Bull* 2013; 39:244–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
132. Hawkes E. Making meaning. *Schizophr Bull* 2012; 38:1109–10. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
133. Stewart J. Picking up the pieces. *Schizophr Bull* 2018; 44:942–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
134. Ritunanno R., Bortolotti L. Do delusions have and give meaning? *Phenom Cogn Sci* 2021; doi: 10.1007/s11097-021-09764-9. [CrossRef] [Google Scholar]
135. Ritunanno R., Stanghellini G., Broome M.R. Self-interpretation and meaning-making processes: re-humanizing research on early psychosis. *World Psychiatry* 2021; 20:304–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
136. Roberts G. Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality? *Br J Psychiatry* 1991; 159:19–28. [PubMed] [Google Scholar]
137. Bergstein M., Weizman A., Solomon Z. Sense of coherence among delusional patients: prediction of remission and risk of relapse. *Compr Psychiatry* 2008; 49:288–96. [PubMed] [Google Scholar]
138. Isham L., Griffith L., Boylan A. et al. Understanding, treating, and renaming grandiose delusions: a qualitative study. *Psychol Psychother* 2021; 94:119–40. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
139. Payne R. Night’s end. *Schizophr Bull* 2012; 38:899–901. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
140. Conrad K. Beginning schizophrenia: attempt for a gestalt-analysis of delusion. In: Broome MR, Harland R., Owen G.S. et al (eds). *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012:176–93. [Google Scholar]
141. Sass L.A., Pienkos E., Skodlar B. et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology* 2017; 50:10–54. [PubMed] [Google Scholar]
142. Stanghellini G., Fernandez A.V., Ballerini M. et al. Abnormal space experiences in persons with schizophrenia: an empirical qualitative study. *Schizophr Bull* 2020; 46:530–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
143. Payne R. My outsider art. *Schizophr Bull* 2015; 41:779–80. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
144. Ritunanno R., Humpston C., Broome M.R. Finding order within the disorder: a case study exploring the meaningfulness of delusions. *BJPsych Bull* 2021; doi: 10.1192/bjb.2020.151. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
145. Gold J., Gold I. The “Truman Show” delusion: psychosis in the global village. *Cogn Neuropsychiatry* 2012; 17:455–72. [PubMed] [Google Scholar]
146. Anonymous. First person account: the end of two roads. *Schizophr Bull* 1997; 23:163–4. [PubMed] [Google Scholar]
147. Campbell T. Falling on the pavement. *Schizophr Bull* 2000; 26:507–9. [PubMed] [Google Scholar]
148. Gray B. Psychiatry and oppression: a personal account of compulsory admission and medical treatment. *Schizophr Bull* 2009; 35:661–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
149. Jepson J.A. My stages of recovery. *Schizophr Bull* 2017; 43:3–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
150. Greenblat L. First person account: understanding health as a continuum. *Schizophr Bull* 2000; 26:4. [PubMed] [Google Scholar]
151. Tolton J.C. How insight poetry helped me to overcome my illness. *Schizophr Bull* 2004; 30:469–72. [PubMed] [Google Scholar]
152. Stanghellini G., Cutting J. Auditory verbal hallucinations – breaking the silence of inner dialogue. *Psychopathology* 2003; 36:120–8. [PubMed] [Google Scholar]
153. Cermolacce M., Naudin J., Parnas J. The “minimal self” in psychopathology: re-examining the self-disorders in the schizophrenia spectrum. *Conscious Cogn* 2007; 16:703–14. [PubMed] [Google Scholar]
154. Allan S. Early intervention in first episode psychosis: a service user’s experience. *Schizophr Bull* 2017; 43:234–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
155. Kean C. Battling with the life instinct: the paradox of the self and suicidal behavior in psychosis. *Schizophr Bull* 2011; 37:4–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
156. Colori S. The meaning of my diagnosis. *Schizophr Bull* 2020; 46:1032–3. [Google Scholar]
157. Kean C. Silencing the self: schizophrenia as a self-disturbance. *Schizophr Bull* 2009; 35:1034–6. [PMC free article][PubMed] [Google Scholar]

- 158.Laing R.D. The divided Self. London: Tavistock, 1959. [Google Scholar]
- 159.Stanghellini G. Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry* 2009; 8:56–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 160.Scharfetter C. Ego–psychopathology: the concept and its empirical evaluation. *Psychol Med* 1981; 11:273–80. [PubMed] [Google Scholar]
- 161.Scharfetter C. Schizophrenic ego disorders – argument for body–including therapy. *Swiss Arch Neurol Psychiatr* 1999; 150:11–5. [Google Scholar]
- 162.Parnas J., Møller P., Kircher T. et al. EASE: Examination of Anomalous Self–Experience. *Psychopathology* 2005; 38:236–58. [PubMed] [Google Scholar]
- 163.Helman D.S. Schizophrenia is normal: my journey through diagnosis, treatment, and recovery. *Schizophr Bull* 2016; 42:1309–11. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 164.Stanghellini G., Ballerini M., Blasi S. et al. The bodily self: a qualitative study of abnormal bodily phenomena in persons with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2014; 55:1703–11. [PubMed] [Google Scholar]
- 165.Fowler K.B. Personal account: snapshots: the first symptoms of psychosis. *Schizophr Bull* 2006; 33:16–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 166.Akroyd M.J. You can't spell schizophrenia without an 'I': how does the early intervention in psychosis approach relate to the concept of schizophrenia as an ipseity disturbance? *Early Interv Psychiatry* 2013; 7:238–46. [PubMed] [Google Scholar]
- 167.Humpston C.S., Broome M.R. Perplexity. In: Stanghellini G., Aragona M. (eds). *An experiential approach to psychopathology. What is it like to suffer from mental disorders?*. Cham: Springer, 2016; 245–64. [Google Scholar]
- 168.Tian R. My road to recovery from schizophrenia. *Schizophr Bull* 2021; 2:sgab020. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 169.Colori S. Adversity; sometimes a gift. *Schizophr Bull* 2018; 44:945–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 170.Gallo K.M. First person accounts: self stigmatisation. *Schizophr Bull* 1994; 20:407–10. [PubMed] [Google Scholar]
- 171.Bjorklund R.W. First person account: psychosocial implications of stigma caused by misdiagnosis. *Schizophr Bull* 1998; 24:653–55. [PubMed] [Google Scholar]
- 172.Meijer M.M. “Mum, you will get better”: coping with a vulnerability for psychoses and mania. *Schizophr Bull* 2017; 43:1148–50. [Google Scholar]
- 173.Colori S. Working while rehabbing. *Schizophr Bull* 2018; 44:231–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 174.Meijer M.M. #PeaceAndLove: the second phase of my psychoses. *Schizophr Bull* 2017; 43:1145–7. [Google Scholar]
- 175.Colori S. Fear, faith, hope, and courage. *Schizophr Bull* 2018; 44:703–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 176.Anonymous. Thought–action–fusion . *Schizophr Bull* 2018; 44:1170–1. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 177.Weiner S. Getting well again. *Schizophr Bull* 2020; 46:1034–5. [Google Scholar]
- 178.Li D. Navigating schizophrenia in college. *Schizophr Bull* 2021; 47:5–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 179.Sacks M.H. Recovery from delusions: three phases documented by patient's interpretation of research procedures. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30:117–20. [PubMed] [Google Scholar]
- 180.Molta V.E. First person account: living with mental illness. *Schizophr Bull* 1997; 23:349–51. [PubMed] [Google Scholar]
- 181.Fox V. First person account: schizophrenia, medication, and outpatient commitment. *Schizophr Bull* 2001; 27:177–8. [PubMed] [Google Scholar]
- 182.Salsman S.A. First person account: the best medicine. *Schizophr Bull* 2003; 29:615–6. [PubMed] [Google Scholar]
- 183.Anonymous. Learning to live with schizoaffective disorder: a transformative journey toward recovery. *Schizophr Bull* 2018; 44:2–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 184.Watson M. Listening to the Wherewho: a lived experience of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015; 41:6–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 185.Johnson A. I should be included in the census. *Schizophr Bull* 2012; 38:207–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 186.Bayley R. First person account: schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22:727–9. [PubMed] [Google Scholar]
- 187.Colori S. Facing fears; if medication runs out. *Schizophr Bull* 2019; 45:723–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 188.Parker C. First person account: landing a Mars lander. *Schizophr Bull* 2001; 27:717–8. [PubMed] [Google Scholar]
- 189.Michalska da Rocha B., Rhodes S., Vasilopoulou E. et al. Loneliness in psychosis: a meta–analytical review. *Schizophr Bull* 2018; 44:114–25. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 190.Anonymous. Why having a mental illness is not like having diabetes. *Schizophr Bull* 2007; 33:846–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 191.Stanghellini G., Ballerini M. What is it like to be a person with schizophrenia in the social world? A first–person perspective study on Schizophrenic Dissociality – part 2: methodological issues and empirical findings. *Psychopathology* 2011; 44:183–92. [PubMed] [Google Scholar]
- 192.Vaingankar J.A., Cetty L., Subramaniam M. et al. Recovery in psychosis: perspectives of clients with first episode psychosis. *Ann Acad Med Singap* 2020; 49:186–98. [PubMed] [Google Scholar]
- 193.Windell D., Norman R., Malla A.K. The personal meaning of recovery among individuals treated for a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv* 2012; 63:548–53. [PubMed] [Google Scholar]
- 194.Jepson J.A. A vets recovery. *Schizophr Bull* 2016; 42:4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 195.Lam M.M.L., Pearson V., Ng R.M.K. et al. What does recovery from psychosis mean? Perceptions of young first–episode patients. *Int J Soc Psychiatry* 2011; 57:580–7. [PubMed] [Google Scholar]
- 196.Connell M., Schweitzer R., King R. Recovery from first–episode psychosis and recovering self: a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2015; 38:359–64. [PubMed] [Google Scholar]
- 197.MacPherson M. Psychological causes of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35:284–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 198.Eisenstadt P., Monteiro V.B., Diniz M.J.A. et al. Experience of recovery from a first–episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2012; 6:476–80. [PubMed] [Google Scholar]
- 199.Jepson J.A. Teach them to be self–aware. *Schizophr Bull* 2013; 39:483–4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 200.Hoerl C. Jaspers on explaining and understanding in psychiatry. In: Stanghellini G., Fuchs T. (eds). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2013; 107–20. [Google Scholar]
- 201.Doerr–Zegers O. Karl Jaspers: el hombre y su trascendental contribución a la psiquiatría. *Psicopatología Fenomenológica Contemporánea* 2020; 9:1–23. [Google Scholar]
- 202.Ellerby M. Schizophrenia, Maslow's hierarchy, and compassion–focused therapy. *Schizophr Bull* 2016; 42:531–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 203.Rofe T. Metaphorical stories for education about mental health challenges and stigma. *Schizophr Bull* 2009; 35:473–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 204.Vijn T.W. The ideal psychiatry – a utopia? *Schizophr Bull* 2019; 45:956–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 205.Fenton K., Larkin M., Boden Z.V.R. et al. The experiential impact of hospitalisation in early psychosis: service–user accounts of inpatient environments. *Health Place* 2014; 30:234–41. [PubMed] [Google Scholar]
- 206.Ockwell C., Members Capital. Restraint: a necessary evil? In: Hardcastle M., Kennard D., Grandison S. et al (eds). *Experiences of mental health in–patient care: narratives from service users, carers and professionals*. East Sussex: Routledge, 2007; 48–55. [Google Scholar]
- 207.Short N. Feeling misunderstood. In: Hardcastle M., Kennard D., Grandison S. et al (eds). *Experiences of mental health in–patient care: narratives from service users, carers and professionals*. East Sussex: Routledge 2007; 23–32. [Google Scholar]
- 208.Stewart K.D. Factors contributing to engagement during the initial stages of treatment for psychosis. *Qual Health Res* 2013; 23:336–47. [PubMed] [Google Scholar]
- 209.Blaska B. First person account: what it is like to be treated like a CMI. *Schizophr Bull* 1991; 17:173–6. [PubMed] [Google Scholar]
- 210.Anonymous. My experience with psychiatric services. *Schizophr Bull* 2017; 43:478–80. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 211.Bockes Z. First person account: “freedom” means knowing you have a choice. *Schizophr Bull* 1985; 11:487–9. [PubMed] [Google Scholar]
- 212.Kotlicka–Antczak M., Podgórski M., Oliver D. et al. Worldwide implementation of clinical services for the prevention of psychosis: the IEPA early intervention in mental health survey. *Early Interv Psychiatry* 2020; 14:741–50. [PubMed] [Google Scholar]

213. Salazar de Pablo G., Estradé A., Cutroni M. et al. Establishing a clinical service to prevent psychosis: what, how and when? Systematic review. *Transl Psychiatry* 2021; 11:43. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
214. O'Toole M.S., Ohlsen R.I., Taylor T.M. et al. Treating first episode psychosis – the service users' perspective: a focus group evaluation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11:319–26. [PubMed] [Google Scholar]
215. van Schalkwyk G.I., Davidson L., Srihari V. Too late and too little: narratives of treatment disconnect in early psychosis. *Psychiatr Q* 2015; 86:521–32. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
216. Lester H., Khan N., Jones P. et al. Service users' views of moving on from early intervention services for psychosis: a longitudinal qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract* 2012; 62:e183–90. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
217. Harris K., Collinson C., das Nair R. Service-users' experiences of an early intervention in psychosis service: an interpretative phenomenological analysis. *Psychol Psychother* 2012; 85:456–69. [PubMed] [Google Scholar]
218. Lester H., Marshall M., Jones P. et al. Views of young people in early intervention services for first-episode psychosis in England. *Psychiatr Serv* 2011; 62:882–7. [PubMed] [Google Scholar]
219. Laugharne R., Priebe S., McCabe R. et al. Trust, choice and power in mental health care: experiences of patients with psychosis. *Int J Soc Psychiatry* 2012; 58:496–504. [PubMed] [Google Scholar]
220. Cowan T., Pope M.A., MacDonald K. et al. Engagement in specialized early intervention services for psychosis as an interplay between personal agency and critical structures: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2020; 108:103583. [PubMed] [Google Scholar]
221. Brew B., Shannon C., Storey L. et al. A qualitative phenomenological analysis of the subjective experience and understanding of the at risk mental state. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2017; 12:1342504. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
222. Byrne R. At risk of developing psychosis: a personal account. In: Geekie J, Randal P, Lampshire D et al (eds). *Experiencing psychosis: personal and professional perspectives*. New York: Routledge, 2012; 99–107. [Google Scholar]
223. de Oliveira R.F., de Andrade L.O.M., Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:3069–78. [PubMed] [Google Scholar]
224. Meijer M.M. "I do not know anything about your hospitalization": the need for triage at psychiatric hospitals. *Schizophr Bull* 2019; 45:500–1. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
225. Jepson J.A. Reflections. *Schizophr Bull* 2019; 45:502. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
226. Colori S. Journaling as therapy. *Schizophr Bull* 2018; 44:226–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
227. Coleman R.L. Home sweet home. *Schizophr Bull* 2003; 29:399–400. [PubMed] [Google Scholar]
228. Gray B. Recovery champions: a personal view on making recovery happen. *Schizophr Bull* 2016; 42:865. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
229. Jepson J.A. Motivation for writing. *Schizophr Bull* 2019; 45:1165–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
230. Puchivailo M.C., Costa C., Holanda A.F. A naturalização da experiência na atenção à saúde mental: uma questão epistemológica. *Revista do Nufen* 2019; 11:1–21. [Google Scholar]
231. Jepson J.A. Relating to a schizophrenic. *Schizophr Bull* 2016; 42:1081–2. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
232. Jepson J.A. My relationship with my caregivers. *Schizophr Bull* 2018; 44:1172. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
233. Corin E.E., Lauzon G. Positive withdrawal and the quest for meaning: the reconstruction of experience among schizophrenics. *Psychiatry* 1992; 55:266–78. [PubMed] [Google Scholar]
234. Corin E.E. Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Cult Med Psychiatry* 1990; 14:153–88. [PubMed] [Google Scholar]
235. Anonymous. The importance of talk therapy. *Schizophr Bull* 2016; 42:1307–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
236. Fox V. First person account: a glimpse of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28:363–5. [PubMed] [Google Scholar]
237. van der Pol A. Using cognitive behavioral therapy on the term schizophrenia. *Schizophr Bull* 2017; 43:6–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
238. Ellerby M. Reducing voices by direct dialogue. *Schizophr Bull* 2018; 44:4–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
239. Slade M., Sweeney A. Rethinking the concept of insight. *World Psychiatry* 2020; 19:389–90. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
240. Boydell K.M., Stasiulis E., Volpe T. et al. A descriptive review of qualitative studies in first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2010; 4:7–24. [PubMed] [Google Scholar]
241. Windell D.L., Norman R., Lal S. et al. Subjective experiences of illness recovery in individuals treated for first-episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50:1069–77. [PubMed] [Google Scholar]
242. Reina A. Faith within atheism. *Schizophr Bull* 2014; 40:719–20. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
243. Jepson J.A. The sickness in writing. *Schizophr Bull* 2012; 38:371–2. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
244. Jepson J.A. Bad day. *Schizophr Bull* 2016; 42:4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
245. Jepson J.A. Surviving the voices. *Schizophr Bull* 2018; 44:706. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
246. Jepson J.A. Coping with my delusions. *Schizophr Bull* 2021; 47:888. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
247. Seikkula J. Psychosis is not illness but a survival strategy in severe stress: a proposal for an addition to a phenomenological point of view. *Psychopathology* 2019; 52:143–50. [PubMed] [Google Scholar]
248. Messas G., Fulford B.K.W.M. Three dialectics of disorder: refocusing phenomenology for 21st century psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:855–7. [PubMed] [Google Scholar]
249. Sass L.A. Three dangers: phenomenological reflections on the psychotherapy of psychosis. *Psychopathology* 2019; 52:126–34. [PubMed] [Google Scholar]
250. Skodlar B., Henriksen M.G., Sass L.A. et al. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a critical evaluation of its theoretical framework from a clinical-phenomenological perspective. *Psychopathology* 2013; 46:249–65. [PubMed] [Google Scholar]
251. Møller P., Haug E., Raballo A. et al. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology* 2011; 44:386–90. [PubMed] [Google Scholar]
252. Jepson J.A. Benefits of staying on medication. *Schizophr Bull* 2021; 47:4. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
253. Mann S.B. First person account: talking through medication issues: one family's experience. *Schizophr Bull* 1999; 25:407–9. [PubMed] [Google Scholar]
254. Turner B.A. First person account: the children of madness. *Schizophr Bull* 1993; 19:649–50. [PubMed] [Google Scholar]
255. Jepson J.A. The hammer: something to ignore. *Schizophr Bull* 2018; 44:468. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
256. Kidd I.J., Medina J., Pohlhaus G. *The Routledge handbook of epistemic injustice*. London: Routledge, 2017. [Google Scholar]
257. Fusar-Poli P., Politi P. Eugen Bleuler and the birth of schizophrenia (1908). *Am J Psychiatry* 2008; 165:1407. [PubMed] [Google Scholar]
258. Davidson L. Recovery from psychosis: what's love got to do with it? *Psychosis* 2011; 3:105–14. [Google Scholar]
259. Parnas J. The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry* 2014; 13:46–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

DOI: 10.1002/wps.20959

# Текущий опыт работы с новыми категориями МКБ-11: комплексным посттравматическим стрессовым расстройством, пролонгированной реакцией горя, расстройством вследствие пристрастия к компьютерным играм и компульсивным расстройством сексуального поведения

Geoffrey M. Reed<sup>1</sup>, Michael B. First<sup>1,2</sup>, Joël Billieux<sup>3,4</sup>, Marylene Cloitre<sup>5,6</sup>, Peer Briken<sup>7</sup>, Sophia Achab<sup>8,9</sup>, Chris R. Brewin<sup>10</sup>, Daniel L. King<sup>11</sup>, Shane W. Kraus<sup>12</sup>, Richard A. Bryant<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York NY, USA; <sup>2</sup>New York State Psychiatric Institute, New York NY, USA; <sup>3</sup>Institute of Psychology, University of Lausanne, Lausanne Switzerland; <sup>4</sup>Center for Excessive Gambling, Addiction Medicine, Lausanne University Hospitals, Lausanne Switzerland; <sup>5</sup>National Center for PTSD Dissemination and Training Division, VA Palo Alto Health Care, Menlo Park CA, USA; <sup>6</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Stanford CA, USA; <sup>7</sup>Institute for Sex Research and Forensic Psychiatry, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg Germany; <sup>8</sup>Outpatient Treatment Unit for Addictive Behaviors Re Connecte, Geneva University Hospitals, Geneva Switzerland; <sup>9</sup>Psychological and Sociological Research and Training Unit, Department of Psychiatry, University of Geneva, Geneva Switzerland; <sup>10</sup>Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London UK; <sup>11</sup>College of Education, Psychology, and Social Work, Flinders University, Adelaide SA, Australia; <sup>12</sup>Department of Psychology, University of Nevada, Las Vegas NV, USA; <sup>13</sup>School of Psychology, University of New South Wales, Sydney NSW, Australia

Перевод: Шишковская Т.И. (Москва)

Редактура: к. м. н., доцент Северова Е.А. (Смоленск)

Reed GM, First MB, Billieux J, Cloitre M, Briken P, Achab S., Brewin CR, King DL, Kraus SW, Bryant RA. Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder. *World Psychiatry*. 2022;21(2):189-213. doi:10.1002/wps.20960

**Резюме.** Одно из важных нововведений в МКБ-11 – добавление 21 новой нозологии. Обычно новые категории вводятся с целью: а) увеличить возможности использования классификации для статистики; б) облегчить разграничение клинически значимого, но с трудом классифицируемого психического расстройства, чтобы обеспечить надлежащее лечение; в) стимулировать поиск более эффективных методов терапии. Учитывая важность этих изменений для государств – членом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мы должны изучить влияние этих новых категорий на ранней стадии внедрения МКБ-11. В настоящей статье основное внимание уделяется четырем из них: комплексному посттравматическому стрессовому расстройству, пролонгированной реакции горя, расстройству вследствие пристрастия к компьютерным играм и компульсивному расстройству сексуального поведения. Эти категории мы выбрали потому, что они были предметом активного обсуждения и значительно отличаются от категорий DSM-5. Ведущие авторы пригласили экспертов по каждому из этих расстройств рассказать, почему эти заболевания сочли нужным добавить в МКБ-11, как влияло отсутствие этих категорий на качество медицинской помощи, а также о возникавших по этому поводу разногласиях. Эксперты сделали обзор полученных за последнее время данных и мнений, озвученных после того как ВОЗ сообщила о намерении включить перечисленные нозологии в МКБ-11. Каждая из четырех категорий описывает популяцию с клинически важными характеристиками, которые ранее оставались незамеченными, а также с особыми потребностями в лечении, которые в противном случае остались бы неудовлетворенными. После введения этих категорий в МКБ-11 возросло количество исследований в соответствующих областях, а услуги по оказанию помощи при этих расстройствах стали более доступными, что в целом подтверждает практическую пользу и достоверность новых нозологических единиц.

**Ключевые слова:** Международная классификация болезней; МКБ-11; диагностика; комплексное посттравматическое стрессовое расстройство; пролонгированная реакция горя; расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм; компульсивное расстройство сексуального поведения; практическая польза; психиатрическая помощь.

Всемирной ассамблеей здравоохранения, в которую входят министры здравоохранения всех государств – членом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 25 мая 2019 г. была одобрена 11-я редакция Международной классификации болезней ВОЗ (МКБ-11)<sup>1</sup>. С 1 января 2022 г. начала появляться статистика, основанная уже на новой диагностической системе<sup>2</sup>. Постепенный переход от МКБ-10 к МКБ-11 происходит во всех государствах – членах ВОЗ, а внедрение новой классификации во всем мире займет, предположительно, несколько лет. До тех пор страны, которые еще не внедрили МКБ-11, будут использовать специальные алгоритмы преобразования, чтобы привести статистическую отчетность в соответствие с требованиями ВОЗ.

Основная цель классификации МКБ – обеспечить основу для сбора и представления информации о заболеваемости и смертности (в том числе в рамках эпидемиологического надзора) и для формирования национальной и глобальной статистики здравоохранения. МКБ также используется государствами – членами ВОЗ как основа организации здравоохранения на институциональном и национальном уровне, а также как организующий элемент в предоставлении социальной и медицинской помощи на бесплатной основе<sup>3</sup>. На уровне каждого отдельного специалиста МКБ позволяет правильно организовать и в целом облегчить клиническую и исследовательскую практику.

За последнее десятилетие, в том числе в контексте разработки МКБ-11, Департамент ВОЗ по вопросам психического здоровья и потребления психоактивных веществ разработал сборник Клинических описаний и диагностических требований (*Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR*) для психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы, который содержит всю необходимую информацию для применения классификации в клинических условиях<sup>4</sup>. Ранее, одновременно с выходом МКБ-10, Департамент опубликовал Клинические описания и диагностические рекомендации (*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, CDDG*) для психических и поведенческих расстройств по МКБ-10<sup>5</sup>. *CDDR* по МКБ-11, исходящих из принципа практического использования и возможности применения во всем мире, разрабатывалась в процессе международного и междисциплинарного взаимодействия, более организованном и активном, чем при подготовке более ранних версий<sup>6</sup>. Отчасти структура и методология разработки МКБ-11 *CDDR* были специально предназначены для устранения некоторых недостатков МКБ-10 *CDDG*<sup>4</sup>. Изменение названия с *CDDG* на *CDDR* связано с выработанной за последнее десятилетие политикой, которая особым образом определяет понятие «руководство», так что к *CDDR* оно оказывается неприменимым.

Среди важных изменений, внесенных в классификацию психических расстройств МКБ-11<sup>6</sup>, оказалось добавление 21 новой диагностической категории (перечислены в Таблице 1). Предложения добавить новую категорию исходят из стремления продемонстрировать значимость и улучшить ограничение психических расстройств, которые отдельно не сформулированы в предыдущих изданиях. Наиболее часто дополнение классификаций исходит из соображений: а) сбора статистики о заболеваемости новым, в настоящее время не подлежащим классификации психическим расстройством, которое имеет важное значение для общественного здоровья; б) качества диагностики клинически значимого, но трудно классифицируемого состояния, что соответствующим образом повысит качество медицинской помощи; в) необходимости исследований по этому вопросу для разработки более эффективных методов лечения.

За счет так называемых резидуальных категорий МКБ формально можно классифицировать практически любое проявление психического расстройства. К резидуальным относятся категории вида «другие уточненные» и «неуточненные» в каждой отдельной группе расстройств (например, другое уточненное расстройство настроения; неуточненное нейрокognитивное расстройство). «Другое уточненное» используется, когда клиническая картина не соответствует ни одной из имеющихся категорий МКБ-11, а «неуточненное» – когда у специалиста на данный момент недостаточно информации о состоянии пациента для постановки более точного диагноза.

Например, если врач выявляет некое клинически значимое нарушение пищевого поведения, не подходящее ни под одно из известных расстройств питания или приема пищи и не обусловленное при этом другим психическим расстройством или заболеванием, а также действием лекарственных средств или психоактивных веществ, этому расстройству присваивается категория «Другие уточненные нарушения питания или расстройства пищевого поведения». Если клиницист считает, что состояние пациента удовлетворяет определению психического расстройства, но неясно, к какой группе оно принадлежит, может быть использована категория «Другие уточненные психические, поведенческие расстройства или нарушения развития нервной системы» или «Психические, поведенческие расстройства или расстройства развития нервной системы, неуточненные». Использование остаточных категорий в качестве основного диагноза

при наличии достаточно распространенных симптомов противоречит основной цели МКБ – конкретной квалификации состояния пациента, поскольку в таком случае одни и те же диагностические коды могут применяться к широкому спектру разнородных и, возможно, не связанных между собой проявлений. Именно в таких ситуациях встает вопрос о введении новых категорий.

С точки зрения классификации новые категории можно разделить на два типа. Первый тип – диагностические единицы, которые описывают принципиально новый феномен, качественно отличающийся от уже существующих в МКБ нозологий и, таким образом, не поддающийся на данный момент классификации. В Таблице 1 категории МКБ-11, соответствующие этому описанию, обозначены как тип 1. Например, патологическое накопительство феноменологически сходно с обсессивно-компульсивным расстройством (иррациональная потребность оставлять у себя разные ненужные предметы напоминает обессию, а склонность к чрезмерным и бесполезным покупкам – компульсию). Однако, в отличие от обсессивно-компульсивного расстройства, при патологическом накопительстве эти действия не преследуют цели нейтрализовать тревогу или уменьшить дистресс, а скорее приносят удовольствие. Кроме того, при патологическом накопительстве основные методы лечения обсессивно-компульсивного расстройства неэффективны<sup>7</sup>. Основываясь на обзоре литературы, рабочая группа МКБ-11 по соответствующему разделу пришла

**Таблица 1. Новые расстройства, включенные в классификацию психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы МКБ-11.**

<b>Категории 1 типа (новые расстройства, ранее не классифицированные)</b>
Дисморфобия
Расстройство обоняния
Хординг
Экскариационное расстройство
Пролонгированная реакция горя
Расстройство руминации-регургитации
Дисфория целостностного восприятия тела
Расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм
Компульсивное расстройство сексуального поведения
Интермиттирующее эксплозивное расстройство
<b>Категории 2 типа (новые категории, возникшие в результате распространения на другие состояния принципов классификации из другого раздела МКБ-10 или выделения в отдельную категорию какого-то из его подвидов)</b>
Частичное диссоциативное расстройство личности
Компульсивное переедание
Расстройство избегающего или ограничительного пищевого поведения
Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР)
Делегированное симуляционное расстройство
Тревожное расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ
Обсессивно-компульсивное или родственное ему расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ
Нарушение импульс-контроля, вызванное употреблением психоактивных веществ
Вторичные расстройства нейроразвития
Вторичный обсессивно-компульсивный или родственный ему синдром
Синдром вторичного нарушения импульс-контроля

Таблица 2. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы комплексного посттравматического стрессового расстройства в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)
Анамнестические сведения о пережитом событии или серии событий угрожающего характера, часто – регулярных и длительных, избежать которых невозможно или крайне трудно. К примерам таких пациентов относятся люди, пережившие пытки или геноцид, находившиеся в концентрационных лагерях или в рабстве, а также подвергавшиеся другим формам организованного насилия, насилию в семье, неоднократным эпизодам сексуального или физического насилия в детстве.
После травматического события развились и длятся не менее нескольких недель все три основных симптома посттравматического стрессового расстройства:
Повторное переживание травматического события, при котором событие (события) не просто вспоминается, но переживается как происходящее здесь и сейчас. Обычно оно проявляется в виде ярких навязчивых воспоминаний или образов; предстающих перед внутренним взором картин, тяжесть переживания которых варьируется от легкой (преходящее ощущение, что событие будто бы снова происходит в настоящем) до тяжелой (полная потеря осознания реальной обстановки), или в виде повторяющихся снов или ночных кошмаров, которые тематически связаны с травмирующим событием/событиями. Повторное переживание обычно сопровождается интенсивными и всепоглощающими эмоциями, такими как страх или ужас, и выраженными физическими ощущениями. Повторное переживание события в настоящем может также сопровождаться чувством подавленности или погружения в те же интенсивные эмоции, которые пациент переживал во время травматического события, но когнитивный компонент переживания при этом отсутствует. Часто переживание возникает в ответ на напоминания о событии. Этому критерию не удовлетворяют размышления о пережитом и воспоминания о чувствах, которые человек в тот момент испытывал.
Намеренное избегание напоминаний, которые могут привести к повторному переживанию травматического события/событий. Оно может выражаться как в форме активного внутреннего избегания мыслей и воспоминаний, связанных с событием/событиями, так и в виде внешнего избегания людей, разговоров, действий или ситуаций, напоминающих о событии/событиях. В крайних случаях человек решает изменить свое окружение (например, переехать или сменить работу), чтобы избежать таких напоминаний.
Стойкое восприятие окружающей обстановки как угрожающей, например, в виде повышенной бдительности или выраженной реакции испуга в ответ на неспецифические раздражители, например, неожиданные звуки. Люди в состоянии “повышенной готовности” внутренне постоянно готовы к самозащите и чувствуют, что они сами или их близкие находятся под непосредственной угрозой в конкретной ситуации или в общем смысле. Они могут усвоить новое поведение, направленное на обеспечение безопасности (не сидеть спиной к двери, во время вождения постоянно смотреть в зеркало заднего вида). При комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве, в отличие от посттравматического стрессового расстройства, может наблюдаться ослабление, а не усиление реакции испуга.
Выраженная и отражающаяся во многих сферах дисрегуляция аффекта. Примерами могут служить склонность к выраженным эмоциональным реакциям в ответ на незначительные стрессоры, вспышки агрессии, необдуманное или саморазрушительное поведение, диссоциативные симптомы при стрессе и субъективное ощущение “эмоционального паралича”, неспособность испытывать удовольствие или положительные эмоции.
Стойкие негативные убеждения о себе, когда человек считает себя униженным, поверженным и никчемным, что сопровождается глубоким и всепроникающим чувством стыда или вины, непосредственно связанным со стрессором. Например, человек может чувствовать себя виноватым из-за того, что не избежал или “сдался” в пережитых травматических ситуациях, или из-за того, что не смог помочь другим.
Трудности в поддержании отношений и неспособность почувствовать близость в отношениях с другими людьми. Человек может постоянно избегать, обесценивать или мало интересоваться отношениями или социальным взаимодействием в целом. В отдельных случаях такие пациенты могут вовлекаться в краткосрочные и бурные отношения, но в дальнейшем им становится трудно их поддерживать.
Состояние приводит к значительным нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах. Если функционирование поддерживается на приемлемом уровне, но это требует значительных усилий.

к выводу, что есть все основания рассматривать патологическое накопительство как отдельное психическое расстройство, которое ранее не имело стандарта диагностики и разработанных схем лечения<sup>8</sup>. По МКБ-10, проявления патологического накопительства, скорее всего, были бы классифицированы как «другое уточненное невротическое расстройство»; ни для целей статистики, ни для клинициста этот диагноз неинформативен.

Ко второму типу относятся случаи, когда на какое-то из имеющихся расстройств распространяются принципы классификации из другого раздела или особо выделяется какой-то из его подвидов. В эту группу попадают клинические состояния, у которых предполагаются схожие особенности патогенеза, течения, прогноза и лечения, что позволяет считать его отдельным расстройством, а не просто подтипом. В Таблице 1 они обозначены как тип 2. Например, нервная булимия – хорошо известное расстройство, которое характеризуется регулярными эпизодами переедания с неадекватным компенсаторным поведением, таким как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными или постановка клизм, чтобы предотвратить набор веса. Клинически и в литературе давно отмечено, что существует группа людей, у которых бывают эпизоды переедания, но они не сопровождаются вызыванием рвоты и другими видами компенсаторного поведения. Такие симптомы не соответствуют диагностическим критериям нервной булимии, но также сопровождаются дистрессом, часто коморбидны другим психическим расстройствам и представляют угрозу для физического здоровья<sup>9,10</sup>. По МКБ-10, в этом случае могут выставляться разные диагнозы: «атипичная нервная булимия», «другое расстройство пищевого поведения» или «расстройство пищевого поведения неуточ-

ненное», что затрудняет ведение статистики и отслеживание этой группы пациентов. Новая категория МКБ-11 – компульсивное переедание – в клинической практике встречается гораздо чаще, чем собственно нервная булимия<sup>11</sup>, а также отличается с точки зрения прогноза и лечения<sup>12</sup>, что оправдывает это нововведение.

Учитывая важность перечисленных изменений в классификации для государств – членов ВОЗ, следует изучить влияние этих новых категорий. С момента официального одобрения МКБ-11 Всемирной ассамблеей здравоохранения прошло немного времени, и в полной мере оценить последствия не представляется возможным. Но черновая версия МКБ-11 обнародована в 2012 г.<sup>13</sup>, и за это время вышло много статей на тему новых аспектов классификации психических расстройств в МКБ-11<sup>6</sup>. Таким образом, в последнее десятилетие новые категории МКБ-11, указанные в Таблице 1, активно обсуждались, появились соответствующие исследования и клинические данные.

В настоящей статье мы сосредоточимся на четырех из перечисленных категорий: комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве (КПТСР), которое представляет собой модификацию категории МКБ-10 «Устойчивые изменения личности после катастрофического опыта»; расширении в рамках категории ПТСР; двух принципиально новых расстройствах (продолжительной реакции горя и расстройстве вследствие пристрастия к компьютерным играм); компульсивном расстройстве сексуального поведения, которое вводится вместо ранее существовавшей, но недостаточно точной категории «повышенное половое влечение». «Основные и необходимые для постановки диагноза характеристики» этих расстройств из CDDR приведены в Таблицах 2–5.

<b>Таблица 3. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы пролонгированной реакции горя в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)</b>
Анамнестические сведения о переживании тяжелой утраты после смерти партнера, родителя, ребенка или другого близкого человека
Стойкое и выраженное переживание чувства горя и ощущения эмоциональной боли с постоянной тоской по умершему и размышлениями о нем. Оно также может проявляться в чувстве подавленности, вины, гнева, отрицания, во внешнеобвинительной позиции. Человеку трудно принять смерть близкого, он чувствует, что как будто бы потерял “часть себя”, не способен испытывать положительные эмоции, находится в состоянии “эмоционального оцепенения” и испытывает трудности в общении с людьми и другой деятельности.
Всепроникающее чувство горя сохраняется в течение нетипично длительного периода времени после потери, которое не соответствует социальным, культурным или религиозным нормам в данном социокультурном контексте. Пролонгированной нельзя считать реакцию горя, которая длится менее 6 месяцев (но в зависимости от социокультурной среды этот срок может быть и дольше).
Состояние приводит к значительным нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах. Если функционирование поддерживается на приемлемом уровне, но это требует значительных усилий.

<b>Таблица 4. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы расстройства вследствие пристрастия к компьютерным играм в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)</b>
Устойчивая модель игрового поведения (имеются в виду компьютерные или видеоигры) в офлайн, или чаще в онлайн-формате (в интернете или схожих сетях), которая характеризуется:
Нарушением контроля над игровым поведением (моментом, когда человек в очередной раз садится за игру или заканчивает играть, а также частотой, интенсивностью, продолжительностью и контекстом игрового поведения)
Ситуацией, когда игры становятся приоритетом и интерес к ним превалирует над другими жизненными интересами и участием в повседневной деятельности
Склонностью продолжать игру или все больше вовлекаться в нее, несмотря на негативные последствия (например, связанные с играми конфликты в семье, плохая успеваемость, негативное влияние на здоровье)
Паттерн игрового поведения может быть непрерывным или эпизодическим и регулярным, но он должен проявляться в течение длительного периода времени (например, в течение 12 месяцев)
Патологическое игровое поведение не объясняется другим психическим расстройством (например, маниакальным эпизодом) и не связано с воздействием психоактивных веществ или лекарственных препаратов
Паттерн игрового поведения приводит к значительному дистрессу или нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах

<b>Таблица 5. Основные и необходимые для постановки диагноза симптомы компульсивного расстройства сексуального поведения в МКБ-11 из Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)</b>
Неспособность контролировать интенсивные и регулярно возникающие сексуальные импульсы или побуждения, которые приводят к соответствующему поведению и проявляются рядом симптомов:
Патологическое сексуальное поведение стало центром внимания и жизненным приоритетом человека до такой степени, что он начал пренебрегать здоровьем и базовым уходом за собой или другими интересами и обязанностями
Человек предпринимал многочисленные безуспешные попытки контролировать или сократить количество эпизодов патологического сексуального поведения
Человек продолжает регулярно практиковать патологическое сексуальное поведение, несмотря на его неблагоприятные последствия (например, супружеские конфликты, финансовые или юридические последствия, негативное воздействие на здоровье)
Человек продолжает практиковать патологическое сексуальное поведение, даже если он получает от этого мало удовлетворения или вообще не получает
Ощущение неспособности контролировать интенсивные и регулярно возникающие сексуальные импульсы или побуждения и, как следствие, патологическое сексуальное поведение проявляется в течение длительного периода времени (6 месяцев или более)
Ощущение неспособности контролировать интенсивные и регулярно возникающие сексуальные импульсы или побуждения и, как следствие, патологическое сексуальное поведение не объясняется другим психическим расстройством (например, маниакальным эпизодом) и не связано с воздействием психоактивных веществ или лекарственных препаратов
Паттерн патологического сексуального поведения приводит к субъективному дистрессу или значительным нарушениям функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности. К таким переживаниям не относится дистресс, связанный исключительно с моральными убеждениями или неодобрением окружающих

Сущностные характеристики расстройства в *CDDR* – это симптомы и другие характеристики состояния, которые по предположению авторов будут обнаруживаться во всех случаях данного расстройства<sup>4</sup>. В этом смысле они напоминают диагностические критерии *DSM*, но в МКБ было решено уйти от искусственных способов повысить точность диагноза, таких как наличие определенного количества симптомов из списка или определенной длительности состояния (за исключением случаев, когда на основании литературы этот подход можно было считать оправданным). Это дает врачу возможность в большей степени опираться на клиническое мышление, учитывать индивидуальные особенности пациента и социокультурный контекст. Также следует отметить, что основные симптомы – это лишь часть сопровождающего материала к диагнозам в *CDDR*; описаны и дополнительные клинические характеристики, которые не являются принципиальными для постановки диагноза, но занимают

важное место в клинической картине; также приводятся состояния, граничащие с нормой, особенности течения, в том числе половозрастные и связанные с культурным контекстом, и соображения по дифференциальной диагностике<sup>4,14</sup>.

Четыре категории, выбранные для этой статьи, представляют особый интерес, поскольку в последнее время они стали предметом активного обсуждения. Причиной споров оказался среди прочего тот факт, что, включая их в МКБ-11, эксперты исходили из принципиально иных соображений, чем при составлении *DSM-5*<sup>15</sup>. Так, категории, сходные по смыслу с пролонгированной реакцией горя и расстройством вследствие пристрастия к компьютерным играм, не были включены в основной корпус *DSM-5*, а вошли в раздел «Состояния, подлежащие дальнейшему изучению». Предлагался аналог компульсивного расстройства сексуального поведения, но в итоговую классификацию *DSM-5* он не вошел<sup>16</sup>. Некоторые из симптомов комплексного

посттравматического стрессового расстройства добавили в критерии DSM-5 для посттравматического стрессового расстройства<sup>17</sup>, но в качестве отдельного расстройства КПТСП не выделяли.

Ведущие авторы пригласили экспертов по каждому из этих расстройств рассказать, почему эти расстройства сочли нужным добавить в МКБ-11, как сказывалось отсутствие этих категорий на качестве медицинской помощи, а также описать возникавшие по этому поводу разногласия, обзор полученных за последнее время данных и мнений, озвученных после того как ВОЗ сообщила о намерении включить перечисленные нозологии в МКБ-11.

Ведущие авторы статьи (GMR и MBF) пригласили экспертов по каждому из этих расстройств ответить на следующие вопросы: а) с клинической точки зрения почему эту категорию посчитали нужным включить в МКБ-11 и какова была на тот момент доказательная база?; б) какие диагнозы ставились таким пациентам до МКБ-11 и как отсутствие соответствующих категорий сказывалось на качестве лечения?; в) какие были разногласия (если были) по поводу включения этих расстройств в классификацию?; г) какие новые научные данные были получены после того, как ВОЗ сообщила о намерении включить перечисленные категории в МКБ-11, и как они повлияли на клиническую практику?

## КОМПЛЕКСНОЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

### Обоснование необходимости диагноза комплексного ПТСР

За последние несколько десятилетий клиницисты и исследователи неоднократно сообщали о клинических проявлениях посттравматического стрессового расстройства, выходящих за рамки описанных в МКБ-10, особенно у пациентов, перенесших тяжелые, длительные или множественные травмы<sup>18,19</sup>.

ВОЗ провела два глобальных исследования в рамках предварительной разработки классификации психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы МКБ-11; первое – в сотрудничестве со Всемирной психиатрической ассоциацией<sup>20</sup>, а второе – с Международным союзом психологических наук<sup>21</sup>. 3222 участника опроса на английском и испанском языках, психиатры и психологи из 35 стран наиболее часто предлагали для включения в МКБ-11 именно комплексное посттравматическое стрессовое расстройство<sup>22</sup>. По их мнению, этот диагноз необходим для того, чтобы более полно оценить различные характеристики и последствия комплексной травмы.

В итоге, опираясь на соответствующую доказательную базу, рабочая группа МКБ-11 по расстройствам, связанным со стрессом, рекомендовала включить комплексное посттравматическое стрессовое расстройство в новую классификацию<sup>23</sup>. Основные симптомы этого состояния, перечисленные в CDDR, представлены в Таблице 2.

Диагноз «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» требует наличия всех трех основных симптомов посттравматического стрессового расстройства (повторное переживание обстоятельств получения травмы, избегающее поведение и постоянное чувство угрозы). Кроме того, сложное посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется так называемыми расстройствами саморегуляции: стабильными и выраженными нарушениями контроля над аффективным состоянием; убеждением в собственной никчемности и малоценности; трудностями в формировании и поддержании близких отношений.

Вводя диагноз КПТСП, авторы постарались учесть большее количество симптомов, возникающих в ответ на определенные типы травм: повторяющиеся события или длительное время сохраняющиеся обстоятельства, избежать которых для пациента практически невозможно (например, пытки, рабство, насилие в семье на протяжении длительного времени, неоднократные эпизоды сексуального или физического насилия в детстве). Новая категория также предполагает потребность в длительном многоэтапном лечении с применением разных терапевтических методов, что, соответственно, требует больше ресурсов от систем охраны психического здоровья.

### История диагноза комплексного ПТСР

В 1992 г. МКБ-10 ввела новую категорию под названием «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» (*enduring personality change after catastrophic experience, EPCACE*). В CDDG, по МКБ-10, указано, что такие изменения личности должны сохраняться на протяжении длительного времени и проявляться в виде ригидных и дезадаптивных черт, нарушающих межличностное, социальное и профессиональное функционирование. Кроме того, в подобных случаях появляются ранее не характерные для данной личности черты, такие как враждебное или подозрительное отношение к миру, социальная изоляция, чувство опустошенности, безысходности, отчужденности; человек постоянно ощущает себя под угрозой, «на грани». Также руководство подчеркивает, что КПТСП нередко предшествует стандартное посттравматическое стрессовое расстройство, и, таким образом, КПТСП может рассматриваться как последствие ПТСР, возникшего в ответ на определенные типы событий. Среди возможных причин EPCACE в руководстве к МКБ-10 приводятся «опыт заключения в концлагерях, пыток, переживания стихийных бедствий, длительное пребывание в опасных для жизни обстоятельствах (например, в заложниках, когда человек находится в плену и его в любой момент могут убить)»<sup>5</sup>. Таким образом, концептуально EPCACE может рассматриваться как предшественник КПТСП в МКБ-11.

Однако клиницисты редко ставили этот диагноз, и он не вызывал интереса у исследователей. Среди возможных причин – отсутствие в перечне симптомов важных клинических особенностей (например, трудно контролируемые аффективные реакции и негативные представления о себе), которые появились только в последних формулировках, отсюда возникало представление, что диапазон применимости этого диагноза достаточно узкий. Например, длительное нахождение в ситуации грубого насилия со стороны интимного партнера, а также физическое или сексуальное насилие в детстве не описаны в CDDG как возможные причины EPCACE, хотя они встречаются гораздо чаще, чем обстоятельства травмы, приведенные в руководстве. Кроме того, в CDDG симптомы описаны размыто, что затрудняло их применение в клинической и исследовательской практике<sup>24,25</sup>.

Возможность включения схожей диагностической категории параллельно с МКБ-10 рассматривалась при подготовке DSM-IV; основанием также служили разработки Herman по КПТСП<sup>18</sup> и в качестве названия предлагалось «Расстройство вследствие экстремального стресса, неуточненное» (*disorder of extreme stress not otherwise specified, DESNOS*). Полевое исследование по посттравматическому стрессовому расстройству в формулировке DSM-IV<sup>26,27</sup> показало, что, по сравнению с пережившими другие травматические события, люди, которые в раннем возрасте находились в ситуации хронической травмы, связанной с межличностными отношениями, сообщали о множественных и



тяжелых симптомах *DESNOS*, особенно в области регуляции эмоций, негативной самооценки и трудностей коммуникации. Категория *DESNOS* не включала традиционные симптомы ПТСР и рассматривалась, скорее, как отдельное расстройство, которым ПТСР может сопровождаться. В конечном итоге *DESNOS* не включили в DSM-IV, поскольку эмпирические основания для введения этой категории были признаны недостаточными. Проявления *DESNOS* добавили в раздел «Симптомы, ассоциированные с посттравматическим стрессом», и таким образом они все же остались в поле зрения клиницистов.

Предложение внести КПТСР в МКБ-11<sup>23</sup> исходило из опыта с *EPCACE*, но в попытках его операционализации ученые основывались на литературе по *DESNOS*. Поэтому, во-первых, *CDDR* по МКБ-11 расширил список травмирующих обстоятельств, которые относятся к факторам риска КПТСР, добавив жестокое обращение в детстве и насилие со стороны интимного партнера. Во-вторых, хотя диагноз *EPCACE*, как и другие диагнозы МКБ-10, отражающие изменения личности, предназначался для описания нарушений функционирования в трех областях (эмоциональная регуляция, самоидентификация и межличностные отношения), собственно эти изменения были описаны лишь в общих чертах. Выбор специфических симптомов и кластеров симптомов, отражающих конкретные неадаптивные проявления, основывался на формулировке *DESNOS* в полевых испытаниях DSM-IV<sup>26</sup>, а также на общем мнении экспертов по комплексному ПТСР<sup>19</sup>. В *CDDR* они отражены так: постоянные и выраженные проблемы с контролем аффективных реакций, стабильно негативная самооценка и трудности в поддержании отношений и формировании эмоциональной близости с другими людьми. Еще одно отличие в том, что ключевой симптом *EPCACE*, по МКБ-10, – постоянное чувство угрозы, а концепция КПТСР в МКБ-11 включает все три основных симптома посттравматического стрессового расстройства (повторное переживание обстоятельств получения травмы, избегающее поведение и постоянное чувство угрозы). Это решение также основано на полевых испытаниях DSM-IV, которые показали, что почти у всех пациентов, соответствовавших критериям *DESNOS*, три перечисленных критерия посттравматического стрессового расстройства также выявлялись<sup>26</sup>.

Таким образом, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, по МКБ-11, происходит от концепции *EPCACE*, но, помимо традиционных симптомов посттравматического стрессового расстройства, акцент делается на нарушениях контроля над аффективным состоянием, расстройствах идентичности и межличностного функционирования. В МКБ-10 *EPCACE* была включена в группу расстройств под названием «Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением головного мозга» (наряду со стойкими изменениями личности вследствие психического заболевания) и соседствовала со специфическими расстройствами личности. В МКБ-11 комплексное посттравматическое стрессовое расстройство находится в одной группе с другими расстройствами, связанными со стрессом.

Наличие общих симптомов (повторного переживания обстоятельств получения травмы, избегающего поведения и постоянного чувства угрозы) подчеркивает преемственность между ПТСР и КПТСР. Однако большее количество и разнообразие симптомов при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве, а также большая выраженность связанных с ними нарушений и относительное преобладание нарушений саморегуляции предполагают выделение КПТСР именно как самостоятельного расстройства, а не как подтипа ПТСР. Согласно *CDDR*, два этих диагноза не могут быть выставлены одновременно.

## Споры, связанные с диагностикой комплексного посттравматического стрессового расстройства

С момента, когда диагноз КПТСР был впервые предложен (в 1990-е годы)<sup>28</sup>, продолжают споры о его практической пользе и валидности. Против его включения в классификации приводятся следующие основные возражения: а) отсутствие согласованного определения КПТСР; б) отсутствие стандартизированных и валидизированных методов его оценки; в) мнение, что КПТСР является просто более тяжелой формой ПТСР; д) трудность дифференциального диагноза с пограничным расстройством личности (ПРЛ)<sup>29</sup>.

Экспертная комиссия провела работу по всем этим пунктам. После введения комплексного посттравматического стрессового расстройства в диагностическую номенклатуру ВОЗ четкое определение расстройства постепенно утвердилось и легло в основу психометрических разработок. На данный момент доступен самоопросник по КПТСР<sup>30</sup>, который переведен более чем на 25 языков и доступен международному сообществу (см. [www.traumameasuresglobal.com](http://www.traumameasuresglobal.com)). Валидность клинической диагностики также подтверждена в исследованиях<sup>31</sup>. Предположение о том, что комплексное посттравматическое стрессовое расстройство является просто более тяжелой формой посттравматического стрессового расстройства, опровергнуто более чем в 15 исследованиях, которые демонстрируют, что пациенты, отнесенные к разным категориям, значительно отличаются и по анамнезу в отношении травмы, и по характерным паттернам симптомов<sup>32,33</sup>.

Что касается пограничного расстройства личности, некоторые его симптомы действительно перекрываются с симптомами ПТСР, но различий больше, особенно в определении ключевых симптомов и подходов к лечению. Общими здесь оказываются симптомы аффективной дисрегуляции, но другие клинические проявления ПРЛ, по результатам недавних исследований, принципиально отличаются от нарушений саморегуляции, возникающих при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве<sup>34</sup>. В частности, пограничное расстройство личности характеризуется неустойчивостью образа «Я», нестабильностью в межличностных отношениях и выраженной склонностью к аутоагрессивному и суицидальному поведению, в то время как комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, характеризуется негативно воспринимаемой, но стабильной идентичностью, а также тенденцией разрывать отношения или избегать их при относительно низком уровне импульсивности. В отдельных работах говорится, что именно различия в характеристиках идентичности имеют наибольшее значение для дифференциального диагноза<sup>35</sup>.

## Обзор доказательств

Достоверность диагноза КПТСР подтверждена в ряде исследований с использованием различных методов и статистических подходов.

В предварительных исследованиях изучался вопрос, какой подход позволяет точнее описать популяцию пациентов, переживших психическую травму: единый диагноз, где КПТСР является частью ПТСР (как в DSM-5), или у КПТСР есть значимые клинические отличия, которые воспроизводятся в разных социокультурных условиях.

В одном из таких исследований<sup>36</sup> на основании латентного анализа профилей показано, что пациентов, перенесших психическую травму, можно разделить на две группы, одна из которых демонстрирует профиль симптомов КПТСР, а другая – профиль ПТСР. Более того, факт хронической психической травмы предсказывал распределение в группу КПТСР, а единичной – в группу ПТСР.

Обзор исследований по МКБ-11, посвященных комплексному посттравматическому стрессу<sup>32</sup>, приведенный в 2017 году, сообщает о девяти дополнительных исследованиях с использованием латентного анализа профилей/классов, из которых восемь воспроизвели эти результаты. Изучались различные выборки: лица, перенесшие сексуальное насилие в детстве, ветераны вооруженных сил, гражданские, пережившие войну, а также смешанные выборки; исследования проводились в разных странах, в том числе США, Великобритании, Израиле, Уганде и Боснии; отсюда можно сделать вывод, что различие в профилях КППТСР и ПТСР воспроизводится в исследованиях на пациентах разных национальностей и с различным анамнезом психической травмы.

В более поздних обзорах говорится, что по сравнению с посттравматическим стрессовым расстройством КППТСР предполагает наличие множественных коморбидностей, большую выраженность симптомов и низкое качество жизни<sup>33</sup>. В одном из проспективных исследований показано, что в долговременной перспективе КППТСР связано с ухудшением физического здоровья и более выраженным снижением когнитивных функций<sup>37</sup>. По данным функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ)<sup>38</sup>, нейробиологические профили пациентов с КППТСР и ПТСР во время обработки угрожающих стимулов также отличаются; при КППТСР отмечается более выраженная активация островка и правой миндалины. Похожие результаты получены и в других исследованиях<sup>39,40</sup>, и они вполне согласуются с описанными в МКБ-11 нарушениями самоидентификации и регуляции эмоций.

Также показано, что клиницисты с достаточной точностью дифференцируют эти расстройства друг от друга. В полевых испытаниях МКБ-11 врачам предлагалось поставить диагноз по описаниям клинических случаев и исследовался вопрос, как влияет на точность диагноза опора на формулировки МКБ-11 по сравнению с концепцией *EPCACE* из МКБ-10, и позволяет ли новая классификация достоверно различать КППТСР и ПТСР, базируясь в первую очередь на симптомах нарушения саморегуляции<sup>41</sup>. Точность диагноза КППТСР в этих исследованиях была выше при использовании МКБ-11, чем при использовании концепции *EPCACE*, что подчеркивает преимущества реконцептуализации ПТСР. Дифференцировать КППТСР и ПТСР также удавалось с достаточной точностью.

Анализ факторной структуры симптомов комплексного посттравматического стрессового расстройства также подтверждает валидность этого диагноза. В нескольких исследованиях на эту тему внутреннюю согласованность всех шести кластеров симптомов КППТСР оценили в диапазоне от «хорошая» до «отличная»<sup>42</sup>. По результатам этого же исследования можно сказать, что основные симптомы ПТСР и факторы нарушения саморегуляции в случае КППТСР (аффективная дизрегуляция, негативная самооценка и трудности в отношениях) хорошо соответствуют данным (по оценкам исследований, «оптимальное соответствие» или «выраженное соответствие»). На этом основании концепцию КППТСР как сочетания двух компонентов (симптомов посттравматического стрессового расстройства и нарушения саморегуляции) можно признать удачной. При этом следует отметить, что в отдельных исследованиях анализ не выявил основных симптомов<sup>43</sup>; для научного сообщества это интересные результаты, которые требуют дальнейшей разработки.

Серия сетевых анализов, в которых симптомы комплексного посттравматического стрессового расстройства оценивались на четырех выборках, репрезентативных относительно населения страны (Германия, Израиль, Великобритания и США), показала, что, несмотря на различия в анамнезе психологической травмы, тяжести и профиле

симптомов, их сетевые взаимодействия (например, по данным кластеризации) в разных странах выглядели похоже, что свидетельствует о стабильности выявленных кластеров<sup>44</sup>. Наиболее важным концептом в формулировке КППТСР была признана негативная *Я*-концепция; за ней шло расстройство регуляции аффекта, в то время как симптомы посттравматического стрессового расстройства имели меньший удельный вес и находились под сильным влиянием симптомов нарушения самоорганизации. Эти результаты также свидетельствуют в пользу рассмотрения КППТСР как отдельного расстройства, поскольку специфичные для него симптомы были доминирующими в клинической картине. Этот вывод также имеет принципиальное значение для оценки прогноза и планирования терапевтической тактики.

## Последствия внедрения диагноза КППТСР

Одно из важнейших последствий внедрения – возможности изменения лечебной тактики. Никаких систематических данных на эту тему опубликовано не было, но, насколько можно судить по клиническим наблюдениям, до появления новой диагностической категории у лиц с КППТСР с большей вероятностью диагностировали ПТСР наряду с одним или несколькими сопутствующими расстройствами, которые охватывали бы весь спектр выявленных симптомов<sup>45</sup>. Среди таких сопутствующих диагнозов рекуррентное депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, социальное тревожное расстройство и расстройства личности, чаще всего пограничного типа, реже шизоидное или избегающее.

В такой ситуации внедрение новой категории может ощущаться негативно на лечебный процесс. Во-первых, пациентам, у которых одновременно много диагнозов, часто предлагают обширные и запутанные планы лечения, и многие в конечном итоге не получают целенаправленную помощь. Во-вторых, такие пациенты начинают чувствовать себя тяжело больными и подвергаться стигматизации, в том числе со стороны медицинских работников. В-третьих, попытки лечить такое состояние просто как ПТСР упускают из вида многие из потребностей пациентов. На эту тему проводились исследования: стандартные методы лечения посттравматического стрессового расстройства, которые изначально разрабатываются для переживших определенное рода травматическое событие, при КППТСР дают худшие результаты. Недавний метаанализ показал, что после стандартной терапии ПТСР пациенты, получившие психическую травму в детском возрасте (в этой группе КППТСР диагностируется чаще всего), не продемонстрировали значительного улучшения по большинству изначальных симптомов, включая триаду ПТСР (эмоциональную дизрегуляцию, негативную самооценку и проблемы в межличностных отношениях), по сравнению с теми, кто не сталкивался с детской травмой<sup>46,47</sup>.

Остается еще много неисследованных вопросов, но с момента объявления о намерении включить КППТСР в МКБ-11 интерес к этому расстройству значительно возрос. Поиск в PubMed (по ключевым словам: КППТСР, «комплексный посттравматический стресс» или «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство») в 2014 г. давал 16 публикаций, через год после первого официального отчета – 23. В последующие годы количество публикаций неуклонно увеличивалось, и к 2020 г. было опубликовано в общей сложности 322 исследования на тему КППТСР. Это более чем в два раза превышает число публикаций за 21 год (1992–2013 гг.), когда термина «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» не существовало<sup>18</sup>.

Среди проведенных работ – исследование валидности диагноза, разработка психометрических методик, эпиде-

миологические исследования, исследования факторов риска и терапевтических подходов, а также сравнения с посттравматическим стрессовым расстройством, по определению DSM-5. Важно отметить, что в соответствии с миссией ВОЗ валидность диагноза КПТСР подтверждена в исследованиях на многонациональной выборке с четырех континентов. Также представляют интерес исследования, подтверждающие валидность диагноза у детей и подростков<sup>48</sup> и его особую значимость для отдельных профессиональных групп, регулярно и на протяжении длительного времени подвергающихся стрессовым факторам (например, полицейских)<sup>49</sup>.

Исследования по специфическим особенностям КПТСР сейчас финансируются, в разработке находятся новые терапевтические подходы. Выделение КПТСР в отдельную клиническую единицу должно привлечь внимание клинициста к особенностям клинической картины, связанным с хронической травмой, поскольку это важный аспект психического здоровья. Мы надеемся, что предложение дифференцировать КПТСР от ПТСР будет способствовать разработке лечебных подходов, ориентированных на конкретные популяции, более эффективных на практике, которые позволят рационально использовать глобальные ресурсы здравоохранения.

## ПРОЛОНГИРОВАННАЯ РЕАКЦИЯ ГОРЯ

В МКБ-11 пролонгированная реакция горя описывается как постоянная тоска по умершему с ощущением сильной эмоциональной боли или эмоционального «онемения», неспособностью испытывать положительные эмоции и участвовать в социальной и другой деятельности, а также комплекс переживаний, при котором человек ощущает, будто «потерял часть себя» и не может принять смерть близкого<sup>14</sup> (Таблица 3). По формальному определению, болезненная реакция горя длится более 6 месяцев после утраты, но сроки могут варьироваться в зависимости от того, как принято переживать утрату в разных социокультурных условиях. Перечисленные симптомы закономерно связаны с нарушением личностного, социального или профессионального функционирования.

### Обоснование необходимости диагноза пролонгированной реакции горя

В течение многих лет накапливались данные, подтверждающие, что пролонгированная реакция горя развивается не у всех, кто пережил утрату, и является самостоятельным клиническим состоянием. Многие исследования с применением факторного анализа продемонстрировали, что сочетание постоянной тоски и эмоциональной боли с другими характерными симптомами выделяется в очерченный клинический синдром, который отличается от симптоматики при депрессии и посттравматическом стрессовом расстройстве<sup>50,51,52</sup>. Кроме того, проводились исследования с использованием сетевого анализа, в которых предполагалось выявить центральные симптомы данного синдрома; они пришли к выводу, что тоска по умершему и связанная с ней эмоциональная боль оказывают на другие симптомы каскадный эффект<sup>53,54</sup>.

Важно отметить, что по результатам исследований природа симптомов пролонгированной реакции горя не отличается от таковой при нормальных реакциях горя<sup>55</sup>. Пролонгированная реакция отличается тем, что симптомы не ослабевают со временем и по-прежнему вызывают дистресс.

Одним из основных доводов в пользу выделения пролонгированной реакции горя в отдельный синдром служил тот факт, что такая стойкая реакция может повлечь за собой

возникновение других физических и психопатологических симптомов, а также привести к нарушению функционирования. В исследованиях пролонгированная реакция горя сопровождалась выраженными нарушениями профессионального и социального функционирования<sup>56</sup>, расстройством сна<sup>57</sup>, повышением уровня заболеваемости раком, сердечно-сосудистыми<sup>58</sup> и другими<sup>59</sup> заболеваниями, а также формированием зависимостей, например употреблением алкоголя и курения<sup>60,61</sup>. Еще больше данных о психических расстройствах, коморбидных пролонгированной реакции горя: такие пациенты часто также страдают депрессией<sup>62,63</sup>, посттравматическим стрессовым расстройством<sup>64</sup>, паническим расстройством<sup>66</sup> и склонностью к суицидальному поведению<sup>64,65</sup>. Важно отметить, что пролонгированной реакции горя соответствовали нарушения функционирования, которые не объяснялись исключительно сопутствующей депрессией или посттравматическим стрессовым расстройством<sup>67</sup>. Все перечисленные факты предполагают, что выделение новой диагностической категории в данном случае оправданно и позволит эффективно организовать помощь соответствующим пациентам.

## Традиционные представления о реакциях горя

Стойкая и болезненная реакция горя – принципиально новая диагностическая категория, но изучение реакций горя в целом имеет давнюю традицию в психиатрии. Среди ученых, которые подчеркивали значимость тяжелой утраты как фактора риска психических расстройств, – Фрейд, Линдемманн, Паркс и Боулби<sup>68</sup>.

Фрейд в классическом тексте «Скорбь и меланхолия»<sup>69</sup> проводит различие между нормальной и патологической реакцией горя, утверждая, что меланхолия (имеющая в определении Фрейда некоторое сходство с пролонгированной реакцией горя в современной формулировке) – это неадекватная форма реакции горя, при которой потеря объекта оказалась для личности настолько серьезной, что человек не способен был в дальнейшем формировать новые отношения.

Более ранние теоретики последовательно проводили тему фрагментированной привязанности. Самое четкое определение этому явлению дал Боулби; в одной из своих работ он утверждал, что приобретенная в раннем возрасте тенденция к формированию ненадежной привязанности предрасполагает к формированию патологической реакции горя после тяжелой утраты в более взрослом возрасте<sup>70</sup>. Боулби указывал, что переживание тоски по умершему как стремление воссоединиться со значимой фигурой является центральным симптомом для данного состояния, что в целом соответствует современным представлениям. Роль фрагментированной привязанности подчеркивают и другие исследователи: неоднократно показано, что с пролонгированной реакцией горя ассоциирован тревожный тип привязанности<sup>71,72</sup>.

Несмотря на многочисленные теоретические разработки, которые легли в основу современной концептуализации пролонгированной реакции горя, эту категорию длительное время не рассматривали как самостоятельный диагноз. В DSM-III и DSM-IV выраженные, но нормальные реакции горя были включены в главу «Другие состояния, являющиеся причинами обращения к специалисту»; в этой главе перечислены состояния, которые нельзя назвать психическими расстройствами, но они могут стать причиной обращения за помощью (например, сюда относятся проблемы в детско-родительских отношениях). Если психопатологические симптомы, возникающие после тяжелой утраты, достигали по своей выраженности уровня психического расстройства, то диагноз выставлялся в соответствии с клинической картиной, а не на основании провоцирующего фак-

тора; например, это мог быть диагноз большого депрессивного эпизода, вне зависимости от того, вызваны соответствующие переживания смертью близкого или разрывом отношений.

Таким образом, качественное отличие от МКБ-11 здесь заключается в том, что в DSM-5 расстройства настроения после тяжелой утраты рассматриваются через призму депрессии, а не исходя из ключевого переживания тоски по умершему. В более ранних версиях DSM считалось, что депрессивные симптомы у переживающих утрату широко распространены и в таких случаях не следует диагностировать собственно депрессию, если симптомы лучше объясняются нормальной реакцией горя<sup>73</sup>.

### Споры, связанные с диагностикой пролонгированной реакции горя

Оптимальные способы классификации психологического дистресса, который может сохраняться длительное время после тяжелой утраты, давно служат предметом споров. Обоснованные предложения ввести этот диагноз высказывались неоднократно, но в более ранних версиях DSM они были отклонены<sup>74,75</sup>. Аргументом для вынесения этого состояния за рамки клинической медицины было стремление избежать «патологизации» достаточно распространенного в обществе опыта. Говорилось, что реакция горя после тяжелой утраты в том или ином виде проявляется у большинства людей, и признание ее психическим расстройством могло бы привести к неоправданному назначению психотропных препаратов таким пациентам<sup>76</sup>. Кроме того, переживание горя часто связано с определенными религиозными и траурными ритуалами, поэтому высказывались опасения, что попытки классифицировать стойкую реакцию горя как расстройство не будут принимать во внимание эти особенности. Чтобы понять, насколько уместны эти аргументы, а также каковы недостатки и преимущества нового диагноза, рассмотрим научные данные по перечисленным вопросам.

Мнение, что введение пролонгированной реакции горя как диагностической категории патологизирует обычную реакцию горя, которое большинство людей испытывают после тяжелой утраты, опровергается тем фактом, что диагностическим критериям пролонгированной реакции соответствует лишь небольшая часть людей, переживших утрату: по оценкам ученых, это 7–10%<sup>77,78</sup>. Распространенность этого состояния невелика даже у тех, кто был свидетелем насильственной смерти родственников; например, исследование на выборке беженцев, спасшихся из зоны боевых действий, показало, что симптомы, соответствующие критериям пролонгированной реакции горя, развились только у 16%<sup>79</sup>. На уровне популяции было показано, что пролонгированная реакция горя встречается у 2–3% людей при практически повсеместном опыте тяжелой утраты<sup>62,77</sup>. Отсюда можно сделать вывод, что новая категория не приведет к чрезмерной патологизации, поскольку соответствующее расстройство развивается лишь у небольшой части переживших утрату.

Аргумент о том, что диагностика пролонгированной реакции горя затруднительна из-за культурных различий, можно рассмотреть с двух сторон. Во-первых, текущая формулировка требует, чтобы наблюдаемая реакция выходила за рамки нормативной для данного культурного контекста, в том числе с точки зрения продолжительности. Во-вторых, диагностические признаки пролонгированного расстройства горя наблюдались в самых разных популяциях: в западных и восточных странах с разными культурными и религиозными особенностями<sup>80,81,82</sup>.

Обсуждения также вызывал вопрос, сколько должно продлиться состояние, чтобы реакция горя могла считаться

продолжительной. Ответ на этот вопрос особенно важен, потому что качественно пролонгированная реакция горя не отличается от нормальной. Точные рекомендации по продолжительности необходимы для того, чтобы предотвратить гипердиагностику. На основании эмпирических исследований можно сказать, что наиболее выраженные нарушения функционирования при последующих обследованиях наблюдались в случаях, когда симптомы реакции горя сохранялись более 6 месяцев<sup>83,84</sup>.

### Обзор доказательств

Исследования по конструктивной валидности и возможности дифференциальной диагностики подтверждают, что введение пролонгированной реакции горя в список диагностических категорий целесообразно. Появляются и новые работы, в которых показано, что для пролонгированной реакции горя центральным является переживание тоски по умершему. Многие факторно-аналитические исследования доказывают, что это расстройство отличается от депрессии и посттравматического стрессового расстройства<sup>50,51,52</sup> и ассоциировано с выраженными нарушениями функционирования, которые нельзя объяснить только последствиями тревоги, депрессии или ПТСР<sup>56,85</sup>. Более того, пролонгированная реакция горя может усугублять тяжесть сопутствующих психических расстройств – для ПТСР<sup>86</sup> и депрессии<sup>87</sup> это отчетливо продемонстрировано.

Также за последние годы появились лонгитюдные исследования с катamnестическими данными о течении пролонгированной реакции горя. Они представляют особый интерес, поскольку именно отсутствие данных по динамике нормальной реакции горя было одним из основных препятствий к внедрению этой диагностической категории в DSM-5. Продольные исследования, в которых переживших утрату обследовали в различные моменты времени с построением смешанных моделей латентного роста для картирования траектории различных симптомов, выделили в этой выборке группу лиц с выраженными симптомами горевания, их состояние с течением времени не улучшалось<sup>88,89,90</sup>. Однако у перечисленных исследований много ограничений: небольшой размер выборки, относительно короткий период катamnестического наблюдения и другие методологические проблемы. Последующие исследования на крупных выборках и с более длительным периодом наблюдения выявили различные траектории развития симптомов; показано, что большинство людей устойчивы к последствиям утраты; у меньшей, но значительной доли выраженность симптомов горевания со временем уменьшается; в еще одной группе симптомы были стойкими, но умеренно выраженными, и в небольшом числе случаев отмечались выраженные симптомы горевания, и со временем состояние не улучшалось (то есть развивалась пролонгированная реакция горя)<sup>91,92</sup>. Представляется, что у пролонгированной реакции горя и депрессии есть как общие черты в динамике симптомов, так и характерные особенности<sup>93</sup>. В еще одном исследовании говорится, что пролонгированная реакция горя в формулировке МКБ-11 лучше описывает наблюдаемые паттерны, чем концепция «стойкого комплексного расстройства, связанного с тяжелой утратой», описанная в приложении к научной версии DSM-5<sup>94</sup>. Продольные исследования также показывают, что люди с длительным расстройством горя испытывают ухудшение функционирования, которое может сохраняться в течение как минимум трех лет после утраты<sup>90</sup>.

Отдельные исследования проливают свет на нейробиологические основы пролонгированной реакции горя, в частности выявлена связь между характерными симптомами расстройства, такими как глубокое чувство тоски, и

особенностями паттерна активации нервной системы в ответ на вознаграждение в сравнении с нормальной реакцией горя<sup>95</sup>. Кроме того, меняется активность миндалевидного тела, орбитофронтальной коры, подколленной области передней поясной извилины, прилежащего ядра и островка<sup>96-101</sup>. Примечательно, что нейробиологические механизмы патологического горя позволяют его дифференцировать также и с посттравматическим стрессовым расстройством, и с депрессией<sup>96</sup>.

Представление о том, что пролонгированная реакция горя может быть связана с нарушением нейробиологии системы вознаграждения, подтверждается и в других экспериментах. Например, в психологическом эксперименте ученые продемонстрировали, что люди, пережившие утрату и патологическое горе, были склонны обесценивать ожидаемое вознаграждение (в частности, отсроченный финансовый стимул) по сравнению с людьми, переживающими нормальную реакцию горя после утраты<sup>102</sup>.

При выполнении поведенческих заданий пациенты с пролонгированной реакцией горя концентрируют внимание на стимулах, которые напоминают им об умерших<sup>103,104</sup>. На этом факте построены теории, подчеркивающие роль условных реакций, связанных с рядом стимулов окружающей среды и вызывающих воспоминания об умершем, – предполагается, что у таких пациентов они угасают медленнее<sup>105</sup>. Другие исследования предполагают, что пациенты с патологическим горем, наоборот, избегают напоминаний об умершем<sup>106,107</sup>. По всей видимости, в таком патологическом состоянии реализуются оба механизма: и легко возникающие воспоминания об умершем, и стремление избегать любых напоминаний с целью минимизировать связанные с этим эмоциональные переживания<sup>108,109</sup>.

Многочисленные работы посвящены роли когнитивных процессов в развитии пролонгированной реакции горя<sup>110,111</sup>. Например, важным аспектом расстройства являются руминации – неотступные размышления о причинах и последствиях смерти близкого человека, которые ухудшают эмоциональное состояние<sup>112,113</sup>. Пациенты, которые склонны к бесплодным размышлениям о том, как ситуация могла бы измениться, если бы они поступили по-другому, также обычно страдают более тяжелыми и длительными формами реакций горя<sup>114</sup>. Роль когнитивных искажений подчеркивает и тот факт, что выработка адаптивных суждений в ходе терапии ассоциирована с более благоприятными результатами<sup>115</sup>. В то же время неадекватные и неадаптивные когнитивные стратегии, включая руминации, ассоциированы с более длительным течением пролонгированной реакции горя<sup>88,116</sup>.

Также активно исследуются механизмы регуляции эмоций при пролонгированной реакции горя. Это расстройство характеризуется, как правило, избеганием эмоций и мыслей, связанных с умершим<sup>117,118</sup>, подавлением нежелательных эмоций или мыслей<sup>117,119</sup>, избеганием внешних стимулов, которые вызывают негативные эмоции<sup>120</sup>, и нарушением эмоциональной гибкости<sup>121</sup>. Имеются также данные о том, что у пациентов с пролонгированной реакцией горя наблюдается отчетливое несоответствие между внутренними переживаниями и выражением эмоций; мимическая выразительность у них обычно снижена по сравнению с участниками контрольной группы<sup>122</sup>, но при этом субъективные переживания они описывают как крайне тягостные.

### **Последствия внедрения диагноза «пролонгированная реакция горя»**

Внедрение диагноза «пролонгированная реакция горя» спровоцировало всплеск интереса к этой теме и помогло

специалистам глубже ее понять. Под явным воздействием этого тренда Американская психиатрическая ассоциация приняла решение перенести категорию «стойкое комплексное расстройство тяжелой утраты» из раздела «Состояния, нуждающиеся в дальнейшем изучении» в статус полноценного расстройства в новой редакции DSM-5-TR<sup>123</sup>. Соответствующая категория DSM-5-TR называется так же, как в МКБ-11, и помещена в главу «Расстройства, связанные с травмой и стрессом». Определение пролонгированной реакции горя в DSM-5-TR такое же, как в МКБ-11, но срок заболевания должен быть больше 12 месяцев, а не больше 6, как в МКБ-11<sup>124</sup>. То, что две основные системы классификации психических расстройств, используемые во всем мире, сходятся в определении этого синдрома, – огромное достижение в исследовании пролонгированной реакции горя. Это поможет стандартизировать диагностику и вести более точную статистику по распространенности данного состояния, чтобы в дальнейшем разработать основанные на доказательствах методы лечения.

Выявление пациентов, которым можно помочь имеющимися в нашем распоряжении доказательными методами, – одна из основных целей внедрения нового диагноза. Суммируя данные нескольких контролируемых исследований, можно сказать, что методом выбора стала психотерапия, ориентированная на переживания горя; большинство пациентов реагируют на это вмешательство положительно<sup>125-128</sup>. Также есть данные, что такого рода лечение более эффективно, чем другие психотерапевтические вмешательства<sup>125</sup>, а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)<sup>129</sup>. Эту гипотезу подтверждает недавний метаанализ длительных катамнестических исследований по лечению пролонгированной реакции горя<sup>130</sup>. Таким образом, стандартизация подхода к диагностике пролонгированной реакции горя может помочь пациентам, облегчив доступ к специализированной помощи.

### **РАССТРОЙСТВО ВСЛЕДСТВИЕ ПРИСТРАСТΙΑ К КОМПЬЮТЕРНЫМ ИГРАМ**

В последние годы видеоигры стали одним из самых популярных и доступных видов досуга во всем мире, на их основе создана многомиллиардная глобальная индустрия. Игровая среда значительно изменилась благодаря развитию киберспорта (многопользовательские видеоигры, в которых также участвуют зрители) и потоковых платформ, что в свою очередь обусловлено развитием портативного и специализированного домашнего игрового оборудования с доступом в Интернет.

Подавляющему большинству потребителей соответствующих продуктов и услуг, даже при относительно высоком уровне вовлеченности (например, когда человек ежедневно проводит за игрой несколько часов или дольше), компьютерные игры приносят скорее выгоды – как личные, так и социальные<sup>131,132</sup>. Исследования демонстрируют, что компьютерные игры – это деятельность, которая может удовлетворять основные психологические потребности, такие как ощущение собственной компетентности, принадлежности к сообществу или, наоборот, автономии<sup>133</sup>, особенно у тех пользователей, которые успешно сочетают свою игровую деятельность с функционированием в других жизненных сферах<sup>134,135,136</sup>.

Отдельные предварительные данные свидетельствуют о том, что участие в игровой деятельности приобретает особое значение в контексте пандемии COVID-19, давая возможности для социальной компенсации и в целом поддерживая психическое благополучие в условиях изоляции и социального дистанцирования<sup>137,138</sup>.

## Обоснование необходимости диагноза «расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм (РПК)»

Чрезмерное увлечение видеоиграми, которое характеризуется потерей контроля над игровым поведением, может привести к функциональным нарушениям и негативным последствиям для физического здоровья, социальной сферы, а также учебной и трудовой деятельности<sup>139,140,141,142,143</sup>. По результатам лонгитюдных исследований, стойкое и проблемное игровое поведение со временем может привести к развитию других психопатологических симптомов (например, тревоги и депрессии) и неблагоприятному функциональному исходу (например, низкой успеваемости в школе)<sup>144,145,146</sup>.

Проблемное игровое поведение признано экспертами Американской психиатрической ассоциации в качестве потенциального психического расстройства и в формулировке «Расстройство, связанное с сетевыми играми» внесено в раздел «Состояния, требующие дальнейшего изучения» DSM-5. В 2019 году, когда была одобрена МКБ-11, РПК официально признано психическим расстройством<sup>14</sup> и включено в новую группу: «Нарушения, вызванные аддитивным поведением». Основные признаки РПК согласно CDDR МКБ-11 представлены в Таблице 4.

Появляется все больше данных о высокой распространенности проблемного игрового поведения среди населения. Недавний метаанализ, основанный на 53 исследованиях, показал, что распространенность РПК во всем мире составляет примерно 1–2%<sup>147</sup>. Большинство клинических исследований на эту тему первоначально основывались на данных по странам Восточной Азии (в частности, Южной Кореи, Японии и Китая), которые первыми начали выявлять это расстройство и принимать меры, но патологическое игровое поведение постепенно получает признание в качестве общемировой проблемы. Специализированные службы помощи при РПК разрабатываются в большинстве стран Америки, Европы и Азии; отсюда можно заключить, что это состояние не обусловлено только специфическими культурными и региональными особенностями (например, коллективистским типом социального устройства в противоположность индивидуалистическому).

Клинические исследования, регистрирующие случаи обращения за медицинской помощью<sup>148,149,150,151,152</sup>, в том числе на больших выборках ( $n > 200$ )<sup>148,150</sup>, показывают, что потребность в помощи по поводу РПК и количество направлений на соответствующее лечение в последние годы возрастают. Исследования по коморбидным РПК состояниям отмечают, что РПК может быть как первичным диагнозом<sup>148,153,154</sup>, так и вторичным – в качестве, например, неадекватной копинг-стратегии или компенсаторного механизма<sup>155</sup>. Службы медицинской помощи и психологического консультирования регистрируют увеличение количества запросов по поводу проблемного игрового поведения, постепенно возрастающее с середины 2000-х годов<sup>156</sup>.

## Стандартные подходы к диагностике и лечению РПК

До публикации рекомендаций CDDR по диагностике РПК в соответствии с МКБ-11 у пациентов, обращавшихся за лечением по поводу проблемного игрового поведения, часто диагностировались альтернативные состояния (например, патологическая склонность к азартным играм, другие аддикции и расстройства влечений, расстройства настроения и тревожные расстройства по МКБ-10). Неоднородность в диагностике влияла на терапевтическую тактику и препятствовала адекватному сбору статистики. Пациентам предлагались самые разные виды лечения, и,

поскольку местным специалистам часто не хватало соответствующего клинического опыта, подход выбирался, исходя из возможностей конкретного учреждения.

За пределами Восточной Азии государственные и негосударственные службы здравоохранения практически не занимались разработкой специфических мер помощи при РПК<sup>139,156,157</sup>, даже в странах, которые больше остальных уделяли внимание проблеме РПК и занимались ею дольше 10 лет<sup>158,159</sup>. Основным препятствием в этой работе служило отсутствие соответствующей категории в МКБ<sup>139,156,160</sup>.

Включение РПК в МКБ-11 стало важным шагом на пути к обеспечению более эффективной, безопасной и клиентоориентированной помощи с использованием своевременных, комплексных и действенных мер<sup>161</sup>. Тем не менее в отношении медицинских работников к проблемному игровому поведению сохраняется некоторая неопределенность. Отдельные программы лечения РПК уже разработаны, но они построены на основе доказательных методов лечения, эффективных при других психических расстройствах и зависимостях; необходимы методологически обоснованные (например, в виде крупномасштабных рандомизированных контролируемых исследований с более длительным периодом наблюдения) исследования подходов, направленных именно на РПК<sup>162</sup>.

Кроме того, для организации комплексной и эффективной помощи необходима система мониторинга РПК на уровне населения (например, сбор информации о распространенности, общий клинический профиль таких пациентов и ассоциации РПК с заболеваемостью и смертностью), а также контроль распределения ресурсов, охвата терапевтических мероприятий, эффективности лечения и качества медицинской помощи в целом<sup>139,163</sup>.

## Споры, связанные с внедрением диагноза РПК в МКБ-11

Дебаты и разногласия, связанные с признанием игрового расстройства психическим расстройством, ведутся десятилетиями, перекликаясь с аналогичными дебатами в области исследования азартных игр<sup>164</sup>.

После включения в проект, а затем в окончательную версию МКБ-11 концепция РПК активно критиковалась<sup>165-167</sup>. Критики обычно выдвигают следующие аргументы: а) доказательств, подтверждающие валидность диагноза, получены в исследованиях, основанных на «подтверждающем» подходе; б) введение категории РПК может привести к излишней патологизации игрового поведения; в) представления о проблемном игровом поведении формируются под воздействием «моральной паники», а не на основе научных данных.

Итак, во-первых, критики РПК утверждают, что доказательная база этого расстройства исходит из «подтверждающих» исследований<sup>165,167</sup>, в которых РПК изначально рассматривается как разновидность аддикции, а исследование подтверждает, что вовлеченность в игру при РПК чрезмерна, и при этом альтернативные версии не рассматриваются<sup>168,169</sup>. Действительно, в исследованиях, использующих «подтверждающий» подход, задействуются уже существующие скрининговые инструменты для работы с зависимостями, просто «зависимость от психоактивных веществ» заменяется на «игровую зависимость»; в таких работах речь идет только об адаптации существующих, а не о создании новых психометрических методик, которые описывали бы патологические последствия игровой зависимости более точно<sup>170</sup>. Адаптированные таким образом инструменты практически никогда специально не валидируются, а участников набирают, исходя не из клинических соображений, а из соображений удобства, что также компрометирует доказательную базу исследований по РПК<sup>171</sup>.

Еще один аргумент против введения категории РПК – неточность диагностической формулировки (в том числе его критерии в разделе DSM-5 среди расстройств, требующих дальнейшего изучения), которая не позволяет достоверно различать нормальное и патологическое игровое поведение<sup>132,172,173</sup>. Использовались общие для всех зависимостей понятия толерантности, тяги и абстиненции, но применительно к РПК их формулировку сочли недостаточно подробной. Например, критерии DSM-5 для расстройства, связанного с сетевыми играми, определяют толерантность как «потребность проводить все больше времени за играми в Интернете»; тягу как поведение, при котором «пациент постоянно думает о предыдущих играх или находится в предвкушении следующей; сетевые игры доминируют в повседневной жизни пациента»; и абстиненцию как «раздражительность, грусть или тревогу в период, когда пациент не имеет возможности вернуться к игре»<sup>15</sup>. Некоторые авторы сообщают, что игроки, у которых нет признаков других психических расстройств и нарушений функционирования, могут удовлетворять этим традиционным для зависимости критериям<sup>174-176</sup>, что ставит под сомнение их диагностическую ценность в случае РПК<sup>172</sup>.

Недавнее международное исследование *Delphi*<sup>177</sup> изучало клиническую валидность, прогностическую ценность и применимость в клинической практике критериев расстройства, связанного с сетевыми играми, по DSM-5 и критериев РПК по МКБ-11. Эксперты сошлись во мнении, что такие критерии, как нарастание толерантности, склонность к обману и дисрегуляция аффекта, не должны использоваться для диагностики РПК, поскольку они не позволяют отличить проблемное игровое поведение от нормального. Относительно достоверности и клинической применимости понятий абстиненции и тяги экспертам не удалось прийти к единому мнению, в анализе рекомендуются дальнейшие исследования. С другой стороны, исследование *Delphi* подтвердило ключевую роль основных диагностических требований РПК, по МКБ-11: потеря контроля (над игровым поведением), настойчивое стремление продолжать, несмотря на негативные последствия, связанные с игровым поведением нарушения функционирования. По итогам исследования эксперты признали, что *CDDR*, по МКБ-11, позволяет адекватно идентифицировать состояние и избежать патологизации массивного, но принципиально нормального игрового поведения.

Некоторые авторы продвигают идею, что к созданию концепции РПК привела «моральная паника», связанная с распространением компьютерных игр, а не накопление научных данных<sup>165,178</sup>. Моральная паника – страх, что некие социальные или технические изменения либо определенная группа людей угрожают общественному благополучию или существующим ценностям. Сторонники этой концепции утверждают, что опасения, связанные с компьютерными играми, не отличаются от страхов, которые в прошлом были связаны с другими технологическими разработками, например радио и телевидением<sup>179</sup>.

Диагноз РПК в таком случае усилит обеспокоенность общества по поводу связанных с компьютерными играми рисков и приведет к стигматизации пользователей, что будет только подкреплять негативное отношение к играм и в целом противоречит данным научной литературы и представлениям ВОЗ. Однако МКБ-11 в *CDDR* четко определяет пороговые показатели, которые позволяют квалифицировать игровое поведение как патологическое (включая значительный дистресс и нарушение функционирования), и не утверждает, что пристрастие к компьютерным играм сопряжено с неотъемлемым риском или вредом для здоровья.

## Обзор доказательств

В нижеприведенном обзоре обобщены все исследования, которые велись после того, как ВОЗ огласила намерение включить в МКБ-11 диагноз РПК (примерно в 2012 г.). К тому моменту уже активно велись эпидемиологические исследования игровой зависимости в достаточно большом количестве, но в последние годы их становилось еще больше, особенно в Европе<sup>180,182</sup> и Азии<sup>183,184</sup>. Доказательная база включает популяционные исследования по общественному здоровью, крупные опросы школьников и целенаправленные нерепрезентативные онлайн-опросы взрослых пользователей компьютерных игр.

Систематические обзоры крупномасштабных исследований<sup>185, 186, 187, 188</sup> оценивают распространенность в 1–3%, несколько выше (4–5%) показатели у подростков. Расстройство в 2–4 раза чаще встречается у мужчин и более распространено в азиатских странах по сравнению с европейскими<sup>188</sup>.

В метаанализе *Stevens* и соавторов<sup>188</sup> также сообщается, что основной переменной, влияющей на показатели распространенности, был выбор психометрической методики для оценки выраженности симптомов РПК. К настоящему времени, по данным более чем 300 исследований, предложено более 30 различных скрининговых инструментов<sup>171</sup>. Подходы, основанные на исследовательских критериях РПК из DSM-5, могут ошибочно квалифицировать как страдающих этим расстройством некоторых чрезмерно вовлеченных пользователей<sup>189</sup>, поскольку отдельные из этих симптомов не имеют диагностической ценности<sup>178</sup>. Исследования более высокого качества (со строгими критериями отбора, перекрестной оценкой симптомов и показателей качества жизни), как правило, сообщают о гораздо более низких показателях распространенности (ниже 1%)<sup>173</sup>.

Лонгитюдные исследования по стабильности диагноза РПК немногочисленны, и результаты их противоречивы<sup>187</sup>, диагностическим требованиям РПК через два года соответствуют, по одним данным, менее 1%<sup>190</sup>, по другим – более 26%<sup>191</sup> подростков. В дальнейшем следовало бы организовать более надежные эпидемиологические исследования, например по течению заболевания в группах высокого риска и на клинических выборках из разных регионов. Кроме того, предстоит выяснить, с какими сложностями подростки с проблемным игровым поведением могут столкнуться во взрослом возрасте, а также изучить конкретные типы игрового поведения, подобные паттернам употребления психоактивных веществ (для подростков, играющих в азартные игры, такая типология уже разработана)<sup>192</sup>.

Исследования на отдельных репрезентативных выборках (например, любители, пользователи игр с признаками РПК и пользователи игр, которые обращаются за помощью) и/или с жестким дизайном (экспериментальные или лонгитюдные исследования) уже позволили получить важные данные о нейробиологических и психологических факторах, связанных с игровым расстройством. Что касается нейробиологических особенностей, Yao и соавт.<sup>193</sup> представили систематический обзор и метаанализ исследований по типу случай–контроль, где сообщалось о структурных и функциональных изменениях нервной системы в лобно-стриарной и лобно-поясной областях мозга у пациентов с РПК. Еще одно недавнее лонгитюдное исследование, выполненное на большой выборке пользователей и с нормальным, и с проблемным игровым поведением, показало, что у пациентов с РПК более выраженные взаимосвязи дорсального полосатого тела с средней лобной извилиной, что указывает на преобладание активности дорсального стриатума по сравнению с вентральным, как это обычно бывает при зависимостях<sup>194</sup>. Еще один признак

нейробиологической общности РПК с аддиктивными расстройствами – более выраженный ответ на стимулы, связанные с игрой, чем на еду, по результатам фМРТ<sup>195</sup>.

Многочисленные исследования посвящены когнитивным коррелятам проблемного игрового поведения (например, особенностям контроля над исполнительными функциями, избирательности внимания, тактики принятия решений)<sup>196</sup>; такие исследования обычно проводятся в лабораторных условиях с использованием нейропсихологических тестов. Имеются убедительные нейропсихологические данные, подтверждаемые различными источниками, что глубинные паттерны проблемного игрового поведения связаны с нарушением тормозного контроля<sup>197</sup>; этот факт подтверждает гипотезу о потере контроля над игровым поведением как ключевой особенности РПК. Наконец, в ряде исследований на пациентах, самостоятельно обратившихся за медицинской помощью, показано, что, по результатам психометрических опросников, игровое расстройство часто сочетается с импульсивностью, аффективной нестабильностью и дисфункциональными личностными чертами<sup>148,198,199</sup>.

Также доступны данные клинических исследованиях, особенно в странах, которые первыми организовали амбулаторные службы для пациентов с проблемным игровым поведением<sup>159,200</sup>; передовыми в этом отношении являются страны Восточной Азии, включая Южную Корею, Японию и Китай<sup>148,201,202</sup>. Есть литература, основанная на опыте сотен участников исследований, одни из них – взрослые, которые обратились за лечением самостоятельно, а другие – родственники подростка, который не может или не хочет участвовать в терапевтических мероприятиях<sup>159,162</sup>. Более того, имеются данные о потоке пациентов в специализированных организациях по охране психического здоровья, что подтверждает наличие спроса на соответствующие услуги.

Медицинский наркологический центр Курихама в Японии сообщает о 200 пролеченных случаях игровой зависимости за 2019 г., во многих случаях это была работа с родителями и другими членами семьи страдающих РПК подростков<sup>157</sup>. В Великобритании специализированная служба по лечению игровой зависимости базируется в Национальном центре поведенческих зависимостей (ее работу финансирует непосредственно Национальная служба здравоохранения); за период с января по май 2021 г. через нее прошли более 50 пациентов<sup>204</sup>. Люди с проблемным игровым поведением нередко обращаются в службы помощи при зависимости от азартных игр<sup>199</sup>, отделения, специализирующиеся на лечении поведенческих зависимостей<sup>151,154</sup>, а также в лечебные учреждения, занимающиеся аддиктивными расстройствами в целом<sup>204</sup>, или в неспециализированные психиатрические учреждения<sup>200</sup>.

Исследования с использованием диагностических интервью для выявления сопутствующих состояний показали, что пациенты с диагнозом РПК сталкивались с его негативными последствиями в самых разных жизненных сферах<sup>199,205,206,207,208,209,210</sup>. Так, у многих подростков, страдающих РПК, из-за чрезмерного увлечения играми был нарушен режим сна и бодрствования, режим питания, они чаще совершали акты физического насилия по отношению к другим людям, били или ломали вещи, когда их просили играть меньше или совсем отказаться от игры; часто они плохо успевали в школе и не справлялись с работой, в том числе из-за пропусков<sup>201</sup>.

Ко и соавт.<sup>207</sup> в исследовании сравнивали пациентов с РПК и пользователей игр без проблемного поведения; они также выявили у пациентов с РПК многочисленные нарушения функционирования: неспособность справляться с работой и учебой, социальную дезадаптацию, проблемы с физическим здоровьем (например, нарушения сна, болевые синдромы, гиподинамию и прибавку в весе, снижение

остроты зрения). Психологические вмешательства, направленные на редукцию симптомов расстройства и сокращение времени в сети, приводили также к улучшению глобальных показателей функционирования<sup>154,204</sup>.

В то же время следует признать, что при резком увеличении количества научных публикаций по РПК возросло и количество исследований низкого качества. В таких исследованиях выборка нередко состояла из участников, которые вызывались сами, а не из целенаправленно отобранных пациентов; не всегда это были постоянные пользователи компьютерных игр и/или пользователи с проблемным игровым поведением, часто использовались невалидизированные методики самооценки низкого психометрического качества, а причинно-следственные суждения высказывались без достаточных оснований<sup>167,169,170</sup>. К этому также апеллируют критики концепции РПК, которые считают доказательства ее валидности ненадежными; иногда они выборочно цитируют исследования низкого качества, чтобы аргументировать свое мнение, особенно в СМИ или социальных сетях.

Чтобы сформировать всеобъемлющее представление о природе РПК, его патологических механизмах, возможном сходстве с пристрастием к азартным играм и зависимостью от психоактивных веществ, долгосрочном течении, лечении и сопутствующих заболеваниях, необходимы дальнейшие исследования. Тем не менее на основании имеющихся доказательств можно с уверенностью сказать, что: а) лица с проблемным игровым поведением – очерченная клиническая популяция, которая заслуживает адекватной медицинской помощи; б) информация об РПК представляет интерес для государств – членов ВОЗ с клинической и социальной точки зрения; в) таким образом, включение данной диагностической категории в МКБ-11 оправданно. С появлением новых данных CDDR для РПК могут быть модифицированы в последующих редакциях МКБ-11, но без фактического включения категории в новую классификацию такие исследования вряд ли появятся.

## Последствия внедрения диагноза РПК

Внедрение диагноза игровой зависимости в МКБ-11 и включение его в исследовательское приложение к DSM-5 стимулировали фундаментальные и прикладные исследования в этой сфере<sup>211,212</sup>. Получено много данных по эпидемиологии, нейробиологии и подходам к лечению РПК; но также возник интерес к проблемам, связанным с другими возможностями всемирной сети (например, порнографии, электронной коммерции и социальных сетей)<sup>213,214</sup>. Преимущества концептуализации РПК в МКБ-11 по сравнению с DSM-5 – точное и всеобъемлющее клиническое описание состояния, а также отказ от некоторых концепций, которые традиционно используются в диагностике зависимостей, но применительно к РПК подвергались критике<sup>140,141,172</sup>. Кроме того, ВОЗ поддержала несколько инициатив, связанных с игровой зависимостью, например разработку новых диагностических и скрининговых инструментов, продвижение стандартизированных подходов к принятию решений в медицине и поддержке систем здравоохранения на международном уровне<sup>215</sup>.

Особенно расширилась с момента внедрения диагноза РПК область исследования психологических вмешательств при проблемном игровом поведении<sup>159,162</sup>. Такие подходы, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), были тщательно изучены и продемонстрировали высокую эффективность в краткосрочном периоде<sup>147</sup>. Недавнее рандомизированное контролируемое исследование, оценивавшее эффективность применения специфического протокола КПТ для игровой зависимости, показало, что у большинства пациентов (69%), прошедших терапию, сформировалась ремиссия; в контрольной группе пациентов, находив-



шихся в списке ожидания, к такому улучшению пришла лишь четверть (24%)<sup>154</sup>. В литературе описаны и другие клинические исследования, с использованием, например, мотивационного консультирования и интервью, семейной терапии и психосоциальной реабилитации<sup>204,216</sup>.

Уровень государственной поддержки таких исследовательских программ и возможности, которые система здравоохранения предлагает пациентам с РПК, разнятся в зависимости от региона<sup>217</sup>. В странах Восточной Азии уже давно предпринимаются скоординированные правительственные усилия по поддержке исследований РПК и соответствующих инициатив в области здравоохранения<sup>149,157</sup>. В западных странах финансирование таких исследований ограничено, и государственная медицина предлагает меньше терапевтических опций<sup>218</sup>. Можно привести конкретные примеры, как внедрение категории РПК повлияло на деятельность систем здравоохранения: в Объединенных Арабских Эмиратах открылась первая амбулаторная клиника для лечения игровых зависимостей; создан Национальный центр поведенческих зависимостей, который занимается лечением зависимости от компьютерных и азартных игр, при поддержке Национальной системы здравоохранения Великобритании. Во многих странах мира все еще предстоит организовать учебные программы для медработников по выявлению и лечению РПК.

Стоит отметить, что игровая индустрия публично выступила против включения игрового расстройства в МКБ-11<sup>218,219</sup>. Лидеры в этой области использовали свои охваты и социальные платформы, чтобы поддержать ученых, которые не признают РПК в качестве поведенческого расстройства, и привлечь внимание общественности к исследованиям, которые подчеркивают позитивные аспекты компьютерных игр. Несмотря на призывы исследователей использовать обширные возможности компьютерной отрасли для выявления уязвимых к расстройству игроков и оказания им помощи, сотрудничество между игровой индустрией и деятелями со стороны общественного здравоохранения остается малопродуктивным. Помимо информирования пользователей, специалисты предлагают лидерам игровой индустрии рассмотреть более этичные стандарты игрового дизайна и методы ведения бизнеса<sup>141</sup>, особенно в отношении игр, предназначенных для детей<sup>220</sup>, и игр с возможностью монетизации (например, запретить «лутбоксы», которые позволяют совершать внутриигровые покупки с использованием виртуальной или реальной валюты)<sup>221</sup>.

## **КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

### **Обоснование необходимости диагноза компульсивного расстройства сексуального поведения**

Компульсивное расстройство сексуального поведения (КРСП) – еще одна новая диагностическая категория в МКБ-11; она включена в группу расстройств контроля побуждений. Основные характеристики этого состояния в *CDDR* представлены в Таблице 5. Диагностическая категория КРСП предназначена для выявления пациентов, которые не способны контролировать свои сексуальные импульсы и нуждаются в связи с этим в медицинской помощи. Включение категории в классификацию отвечает потребностям государств – членов ВОЗ в выявлении этой группы населения и разработке соответствующих клинических подходов и политики субсидирования лечения (государственной или через системы страхования).

Компульсивное расстройство сексуального поведения соответствует категории МКБ-10 «чрезмерное сексуальное влечение», но совершенно иначе определяется и приме-

няется. В *CDDG* по МКБ-10 категория «чрезмерного сексуального влечения» не содержит конкретных диагностических требований, а просто констатирует, что «и мужчины, и женщины могут время от времени жаловаться на чрезмерное половое влечение как на самостоятельную проблему, обычно в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте»<sup>5</sup>. Однако такие жалобы на повышенное половое влечение сами по себе не позволяют идентифицировать клинически значимую проблему, к которой здравоохранение могло бы найти подход<sup>222</sup>. При формулировке определения компульсивного сексуального поведения в МКБ-11 задача состояла в том, чтобы разграничить состояния, когда пациенты нуждаются в лечении по поводу патологических вариантов полового влечения, и состояния, которые по своей природе не являются патологическими и не приносят реального вреда<sup>223,224</sup>.

Очевидно, что описание «чрезмерного сексуального влечения» в МКБ-10 охватывает ряд лиц, чьи сексуальные предпочтения, желания и импульсы не являются патологическими, но могут субъективно восприниматься как чрезмерные, потому что они нежелательны или эгодистонны<sup>225</sup> (в пример можно привести случай женщины, которая считает, что у нее вообще не должно быть сексуальных импульсов; религиозного молодого человека, который считает, что он никогда не должен мастурбировать; людей, которые обеспокоены своими гомосексуальными наклонностями). В МКБ-11 четко указано, что дистресс, связанный с сексуальными импульсами, побуждениями или поведением, не служит достаточным основанием для постановки диагноза КРСП, если он обусловлен моральными суждениями человека (или других людей) или неодобрением со стороны. В разделе дополнительных симптомов КРСП в *CDDR* также указано, что в случаях, когда человек уверен, что он болен, и называет себя «порнозависимым» или «зависимым от секса», следует отнестись к диагностике с особым вниманием и удостовериться, что пациент действительно удовлетворяет критериям расстройства<sup>14</sup>.

### **История диагноза «компульсивное расстройство сексуального поведения»**

Состояние, при котором человек не способен контролировать свои сексуальные импульсы, что приводит к патологическому сексуальному поведению, иногда с достаточно серьезными последствиями, давно описано в клинической литературе. Более 25 лет, еще до предложения включить компульсивное расстройство сексуального поведения в МКБ-11<sup>223,226</sup> изучались<sup>227,228</sup> состояния, в сущности аналогичные КРСП: их симптомы, этиология, сопутствующие заболевания и возможные последствия как для физического здоровья (например, высокий риск заражения инфекциями, передающимися половым путем<sup>229</sup>), так и в контексте судебной медицины (например, в случаях с рецидивирующими эпизодами сексуального насилия<sup>230</sup>).

Следовательно, это не тот случай, когда предлагаемая диагностическая категория – это просто модное нововведение, навеянное использованием цифровых медиа в сексуальных целях (например, в качестве источника порнографических материалов, для поиска случайного или анонимного секса)<sup>231</sup>. Тем не менее следует признать, что сейчас, когда существует возможность реализовать сексуальные потребности через Интернет, даже не выходя из дома, структура сексуального поведения меняется; практически нет препятствий к его компульсивному воспроизведению<sup>232</sup>, и в целом распространенность КРСП, по всей видимости, возрастает.

Рабочие группы МКБ-11 сошлись во мнении, что эта категория клинически релевантна, но оставались вопросы: в

каком разделе поместить это расстройство, как правильно его назвать и сформулировать критерии<sup>226</sup>. Группы самопомощи в США используют термин «сексуальная зависимость»<sup>233</sup>; в исследованиях по распространению вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) (чаще всего в отношении мужчин, имевших половые контакты с мужчинами<sup>234,235,236</sup>) использовался термин «сексуальная компульсивность». Среди симптомов пограничного расстройства личности приводят «сексуальную импульсивность»<sup>237</sup>, а при нейродегенеративных расстройствах (например, деменции<sup>238</sup> или болезни Паркинсона<sup>239</sup>) описана «гиперсексуальность».

Для включения в DSM-5 была предложена категория под названием «гиперсексуальное расстройство»<sup>228</sup>, в определении говорилось, что оно «характеризуется повышенной частотой и интенсивностью сексуальных фантазий, побуждений и действий с выраженным компонентом импульсивности»<sup>228</sup>. Предлагалось включить его в главу о сексуальных дисфункциях, поскольку основным компонентом состояния считалось повышенное влечение или расторможенное сексуальное поведение, хотя отдельные критерии были взяты из определения для химических зависимостей. Это предложение подверглось активной критике: говорили, что гиперсексуальность нельзя признать клинически самостоятельным состоянием, что этот диагноз патологизирует нормальное сексуальное поведение и, с другой стороны, к нему будут апеллировать, чтобы уклониться от ответственности за сексуальные преступления<sup>16,240</sup>. В итоге гиперсексуальное расстройство не было включено даже в раздел «Состояния, требующие дальнейшего изучения», хотя в полевых испытаниях эта концепция дала убедительные результаты<sup>241</sup>.

Хотя между компульсивным расстройством сексуального поведения по МКБ-11 и гиперсексуальным расстройством по DSM-5 существует определенное сходство, это принципиально разные концепции: в МКБ-11 КРСП не считается расстройством половой сферы и основными в его диагностических критериях являются пункты о способности контролировать стойкие и интенсивные сексуальные импульсы или побуждения, что приводит к систематическому патологическому сексуальному поведению с соответствующими негативными последствиями, включая выраженный дистресс и нарушения функционирования. Вопросам, являются ли сексуальные интересы и поведение чрезмерными по интенсивности и частоте и сколько времени они отнимают, уделяется меньше внимания.

В такой формулировке компульсивное расстройство сексуального поведения скорее связано с расстройствами импульс-контроля, хотя отдельные его аспекты аналогичны симптомам зависимости по МКБ-11. В CDDR МКБ-11 прямо указано, что диагноз компульсивного расстройства сексуального поведения не следует ставить людям, которые активно интересуются темой секса и ведут активную половую жизнь (например, из-за высокого полового влечения), но не демонстрируют нарушений контроля над своим поведением. ВОЗ намеренно решила не помещать новую диагностическую категорию в группу расстройств, связанных с аддиктивным поведением (расстройства, связанные с пристрастием к компьютерным или азартным играм), поскольку убедительных доказательств в пользу такой модели не обнаружилось<sup>223,226</sup>. Точно так же ВОЗ намеренно отказалась от использования термина «сексуальная зависимость».

### Споры, связанные с диагностикой компульсивного расстройства сексуального поведения

Споры о природе этого явления и его классификации ведутся с 1990-х годов, особенно в отношении термина «сек-

суальная зависимость» и этиологии КРСП<sup>227</sup>. Более 20 лет назад Голд и Хеффнер<sup>242</sup> проанализировали всю доступную литературу, чтобы сравнить конкурирующие концепции происхождения КРСП: как аддиктивного, обсессивно-компульсивного расстройства или расстройства контроля импульсов. Статья вышла с подзаголовком «Много концепций, мало данных». Противоречия так и не были окончательно разрешены, поэтому КРСП продолжали исследовать в рамках разных состояний, и из-за этого данные часто несопоставимы.

В рамках обсуждения МКБ-11 после опубликования проекта, включавшего КРСП, эти разногласия нашли выход во враждебных комментариях, иногда с переходом на личности<sup>13</sup>. Во-первых, обсуждалось, можно ли с полным правом считать определенные модели сексуального поведения аддиктивными<sup>243,244</sup>. Самая радикальная из высказанных точек зрения состоит в том, что сексуальная зависимость – полностью ложная конструкция, которая основана на моральных и религиозных суждениях, негативно настроенных по отношению к вопросам пола, и продвигается поставщиками непроверенных услуг по их «коррекции». Разногласия по поводу этой диагностической конструкции и отсутствие единого диагностического руководства вызвали дискуссию в СМИ относительно легитимности КРСП как психического расстройства<sup>245</sup> и препятствовали развитию доказательных терапевтических подходов<sup>227</sup>.

Многие пациенты говорят, что испытывают трудности контроля над своим сексуальным поведением, хотя не всегда понятно, что имеется в виду. По результатам опроса, проведенного на репрезентативной выборке взрослых интернет-пользователей США, 1% мужчин и 3% женщин ответили, что в какой-то степени согласны с утверждением: «Я пристрастился к порнографии»<sup>246</sup>. В другом общенациональном исследовании в США 10,3% мужчин и 7,0% женщин подтвердили наличие клинически значимого уровня дистресса и/или нарушений функционирования, связанных с трудностями контроля над сексуальными побуждениями и соответствующим поведением<sup>247</sup>.

Многие разногласия в этой области ВОЗ попыталась обойти, очертив популяцию пациентов, ощущающих, что они не способны контролировать свое сексуальное поведение, и испытывающих в результате серьезный дистресс и негативные последствия в плане общего функционирования. Эксперты сочли, что такие проявления соответствуют определению психического расстройства<sup>223,226</sup> и требуют соответствующей медицинской помощи. В CDDR указано, что термин «компульсивное» используется исключительно из-за сформировавшейся в литературе традиции и не означает, что соответствующее поведение представляет собой истинную компульсию, как при обсессивно-компульсивном расстройстве.

### Обзор доказательств

Данные о распространенности КРСП на уровне общей популяции, которые были бы собраны исходя из определения МКБ-11, пока недоступны. *Castro-Calvo* и соавт.<sup>248</sup> изучали компульсивное расстройство сексуального поведения на двух независимых нерепрезентативных выборках из доступных для исследования респондентов в Испании: одна включала студентов, а в другую вошли все желающие поучаствовать в исследовании своего сексуального поведения. Предполагаемая распространенность расстройства составила 10,1% в выборке студентов и 7,8% в выборке сообщества. Среди соответствовавших критериям участников чаще встречались гетеросексуальные мужчины молодого возраста с более высокой потребностью в сексуальных отношениях, интересом к сексу, повышенной сексуальной активностью, в том числе в Интернете, а также с

более выраженными симптомами тревоги и депрессии и с более низкой самооценкой.

Еще одно исследование, проведенное на выборке студентов из США, показало, что влечение к своему полу значительно коррелирует с компульсивным сексуальным поведением<sup>249</sup>. При этом Gleason и соавт.<sup>250</sup> сообщают, что распространенность клинически значимого компульсивного сексуального поведения среди геев в США (7,9%) не выше, чем в целом по населению<sup>247</sup>.

Согласно исследованиям, положительно на вопросы, связанные с компульсивным сексуальным поведением, чаще отвечали респонденты мужского пола<sup>247,248</sup>, более молодого возраста<sup>246,250</sup>, с религиозным мировоззрением<sup>246,250</sup>, а также опытом аморальных проступков (поведения, не соответствующего их собственным моральным ценностям)<sup>225</sup>. Тем не менее по таким самоотчетам компульсивное расстройство сексуального поведения в соответствии с МКБ-11 диагностировать невозможно. При исследовании мужчин, вступающих в половые контакты с мужчинами, было обнаружено, что выраженность компульсивного сексуального поведения у них коррелирует с депрессией<sup>251</sup>, тревогой<sup>252</sup> и стрессом меньшинств (стресс, связанный со стигматизацией и проявлениями неравенства)<sup>253</sup>, а также связанным с более высоким уровнем рискованного сексуального поведения<sup>254,255</sup>.

В одном шведском исследовании сообщается о высокой потребности в медицинской помощи по поводу компульсивного сексуального поведения<sup>256</sup>. За 7 лет ее работы на горячую линию по вопросам рискованного сексуального поведения обратились 1573 человека, которые идентифицировали у себя компульсивное расстройство сексуального поведения или парафилию, 69% сообщали конкретно о проявлениях КРСП.

В клинических исследованиях часто изучается коморбидность между КРСП и другими психическими расстройствами. В одном из таких исследований на выборке испанских студентов<sup>257</sup> 91,2% участников, страдавших КРСП по определению МКБ-11, на протяжении жизни соответствовали диагностическим критериям по крайней мере еще одного психического расстройства оси I (по результатам Структурированного клинического интервью по DSM-IV-TR) – против 66% среди участников, не страдавших КРСП. У пациентов с компульсивным расстройством сексуального поведения часто встречались расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ (в основном каннабиса и кокаина), большое депрессивное расстройство, нервная булимия и расстройство адаптации.

В другом исследовании изучалась коморбидность игровой зависимости, и 6,5% из таких пациентов сообщали, что испытывают симптомы КРСП<sup>258</sup>. Среди пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством с КРСП на протяжении жизни сталкивались 5,6%<sup>259</sup>. Чаще, чем в общей популяции, КРСП встречается у пациентов с синдромом дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ)<sup>260</sup>, биполярным расстройством<sup>261</sup>, пограничным расстройством личности<sup>257,262</sup>, посттравматическим стрессовым расстройством<sup>263</sup>, парафилиями<sup>264</sup> и эректильной дисфункцией<sup>264,265</sup>. Многие лица с компульсивным сексуальным поведением также сообщают о сексуальном насилии в детстве<sup>266</sup>; у мужчин, по всей видимости, эти факты более отчетливо взаимосвязаны<sup>267</sup>.

Появляются все новые данные о нейробиологических и нейропсихологических механизмах компульсивного сексуального поведения. У пациентов с КРСП по сравнению с группой контроля регистрируется повышенный кровоток в системе вознаграждения мозга в ответ на эротические стимулы<sup>268,269,270</sup>, большая чувствительность и избирательное внимание к эротическим стимулам<sup>271,272,273</sup>, на структурном уровне отмечается увеличение объема серого вещества в

левой миндалине<sup>274</sup> и уменьшение объема правого хвостатого ядра<sup>275</sup>. У мужчин с КРСП также регистрируется более выраженная реакция предвосхищения в ответ на стимулы, предсказывающие эротическое вознаграждение, в вентральном стриатуме и передней орбитофронтальной коре<sup>276</sup>. На основании этих данных можно предположить, что у КРСП могут быть общие нейробиологические механизмы с обсессивно-компульсивным расстройством и с зависимостью от психоактивных веществ, но для подтверждения этих гипотез необходимы дальнейшие исследования<sup>277</sup>.

Еще одна группа исследователей изучала генетические особенности мужчин, сообщающих о проблемах с компульсивным сексуальным поведением. Обнаружено, что у пациентов с КРСП по сравнению с контрольной группой ниже экспрессия гена *MIR4456* (ген *MPHK*); предполагают, что этот ген играет важную роль в сигнальном пути окситоцина, который опосредует соответствующее поведение<sup>278</sup>. Также обнаружили незначительные нарушения в регуляции гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси, связанные с повышением уровня лютеинизирующего гормона в плазме; уровень тестостерона в основной и контрольной группах не отличался<sup>279</sup>.

Есть достижения и в области терапевтических подходов<sup>280,281</sup>. Проводились рандомизированные контролируемые испытания 7-недельной групповой программы КПТ<sup>282</sup>, а также КПТ в онлайн-режиме<sup>283</sup>, в обоих случаях выраженность симптоматики по окончании программы значительно снизилась по сравнению с показателями контрольной группы из пациентов, ожидавших очереди на КПТ. Достаточно эффективными оказались терапия принятия и ответственности<sup>284</sup> и участие в группе самопомощи, организованной на принципах КПТ<sup>285</sup>: по сравнению с контрольной группой участники этих программ чаще сообщали, что сократили потребление порнографического контента. Также исследовались и были признаны эффективными группы самопомощи, основанные на принципах «двенадцати шагов»<sup>286</sup>, вмешательство, основанное на осознанности<sup>287</sup>, интервенции по снижению рискованного сексуального поведения у ВИЧ-позитивных мужчин<sup>288</sup> и подходы для снижения стресса меньшинств<sup>253</sup>.

По фармакологическому лечению проводилось одно исследование по применению налтрексона в дозе 25–50 мг, небольшое и без контрольной группы; в динамическом наблюдении на протяжении 4 недель эта терапия дала результат<sup>289</sup>. Есть одно исследование<sup>291</sup> и несколько клинических случаев<sup>290</sup>, где применялся пароксетин, явных долгосрочных положительных эффектов оно не выявило. Также сообщалось об успешном опыте применения транскраниальной магнитной стимуляции<sup>292,293</sup>.

Подводя итоги, можно сказать, что КРСП – самостоятельная клиническая единица, и решение специально ее обозначить опирается на обширную доказательную базу, хотя существует некоторая неопределенность относительно течения КРСП и его связи с другими расстройствами. На основании доказательств можно говорить о существовании клинической популяции, для которой актуальны жалобы на неспособность контролировать сексуальное поведение, что проявляется достаточно регулярно и на протяжении длительного времени и при этом сопровождается нарушениями функционирования или выраженным дистрессом, который нельзя связать исключительно с моральными убеждениями или неодобрением общества.

КРСП связано с субъективно тяжелыми переживаниями и может оказывать существенное негативное влияние на здоровье и жизнь человека. Таким образом, внедрение этой диагностической категории удовлетворяет интересам служб здравоохранения государств – членов ВОЗ в качестве основы для организации субсидируемой медицинской

помощи и сбора статистической информации. Предполагается, что с официальным признанием КРСП в качестве самостоятельной категории с четкими диагностическими критериями исследовательская и клиническая деятельность будет вестись с опорой на формулировку МКБ-11. Ученые, которые ранее выступали за введение гиперсексуального расстройства в DSM-5, признали, что поддерживают это предположение и предлагают возможные дополнения в CDDR, которые предстоит проверить в будущих исследованиях<sup>294</sup>.

### Последствия внедрения диагноза «компульсивное расстройство сексуального поведения»

С тех пор, как было предложено включить компульсивное расстройство сексуального поведения в МКБ-11, активизировалась исследовательская работа в этой области<sup>227</sup>. Более ранние исследования основывались на концепции «сексуальной зависимости»<sup>242</sup>, которая позже трансформировалась в концепции «компульсивного сексуального поведения», «дисфункционального сексуального поведения»<sup>298</sup> или «дисфункционального потребления порнографического контента»<sup>299</sup>, но они не вполне соответствуют КРСП, согласно МКБ-11<sup>258,259-290,292-297</sup>. Многие исследования все еще опираются на концепцию «гиперсексуальности»<sup>301,302</sup>, но при этом редко имеют в виду «гиперсексуальное расстройство» по DSM-5. Таким образом, проблема сопоставимости исследований до настоящего времени актуальна.

Это не позволяет сформулировать единообразную психометрическую методологию<sup>227</sup>. Наиболее часто используемые шкалы – шкала сексуального компульсивного поведения<sup>234</sup>, новая редакция скринингового теста на сексуальную зависимость<sup>303</sup>, опросник по гиперсексуальному поведению<sup>304</sup> и опросник компульсивного сексуального поведения<sup>235</sup>. Фактически они широко применяются, но методологически строгих исследований, которые подтвердили бы их валидность и надежность, пока мало<sup>305</sup>.

Основываясь на проекте диагностических требований МКБ-11 для компульсивного расстройства сексуального поведения, за прошедшие полгода международная группа исследователей разработала шкалу компульсивного расстройства сексуального поведения-19 (*CSBD-19*) для оценки степени сексуальных побуждений, соответствующих мыслей, поведения и их последствий<sup>306</sup>. Показано, что шкала имеет пятифакторную структуру (импульс-контроль, значимость симптомов, частота рецидивов, субъективный дискомфорт, а также общие и специфические негативные последствия). Пилотные исследования психометрических свойств шкалы проводились в трех странах (Германия, Венгрия и США), результаты исследований положительные. В 2021 г. расширенный консорциум ученых запустил Глобальный опрос по вопросам сексуальности (*International Sex Survey*) – крупномасштабное многоязычное исследование с участием более 40 стран. По завершении проекта предполагается перевести шкалу *CSBD-19* на 30 языков, сделать ее общедоступной для применения в исследованиях и клинической практике.

Также начали появляться информационные ресурсы по диагностике и лечению КРСП для специалистов<sup>231,245</sup>. Международное сексологическое сообщество сейчас занимается формированием группы экспертов, которые готовят теоретическое изложение концепции и будут вести разработку рекомендаций по этой теме. Примечательно, что, хотя концепция КРСП идет вразрез с решением Американской психиатрической ассоциации по поводу включения гиперсексуальности в DSM-5, именно она впервые опубликовала книгу о клинике и лечении КРСП<sup>308</sup>.

Таким образом, решение ВОЗ включить КРСП в МКБ-11 разрешило многие противоречия, препятствовавшие развитию концепции КРСП. В *CDDR* подробно изложено, как

избежать ложноположительных результатов и стигматизации непатологического сексуального поведения. Включенные расстройства в МКБ-11 также помогло организовать помощь таким пациентам и обеспечить основу для разработки и тестирования эмпирически подтвержденных методов лечения. Наше понимание этиологии, вопросов классификации, диагностики и лечения КРСП продолжит развиваться при появлении новых данных. Мы надеемся, что оставшиеся разногласия будут решены в последующие несколько лет, поскольку накапливается клинический и научный опыт в этой сфере.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Предложения добавить новую категорию в МКБ-11 исходят из стремления продемонстрировать значимость и улучшить распознавание психических расстройств, определения которых отдельно не сформулированы в предыдущих изданиях. Наиболее часто дополнение классификаций исходит из соображений: а) сбора статистики заболеваемости о новом, в настоящее время не поддающемся классификации психическом расстройстве, которое имеет важное значение для общественного здоровья; б) качества диагностики клинически значимого, но трудно классифицируемого состояния, что соответствующим образом повысит качество медицинской помощи; в) необходимости исследований по этому вопросу для разработки более эффективных методов лечения.

Обоснование включения в классификацию каждого из четырех расстройств, обсуждаемых в этой статье, иллюстрирует общие принципы внесения новых категорий в МКБ-11, которые мы описали во введении: а) значимость для общественного здравоохранения; б) улучшение качества диагностики клинически значимого, но трудно классифицируемого состояния, что соответствующим образом повысит качество медицинской помощи; в) необходимость исследований для разработки эффективных методов лечения. Систематика и формулировки МКБ-11 отвечают целям статистического учета перечисленных состояний в системе здравоохранения на национальном и глобальном уровнях. Наличие конкретных диагностических требований в противоположность остаточным («другое уточненное» или «неуточненное») облегчает идентификацию этих состояний. Наблюдается всплеск исследовательской и организационной активности, направленной на разработку и предоставление адекватных методов лечения.

Доступна обширная исследовательская литература по этим расстройствам. Растущий интерес к этим категориям наблюдался и до внесения их в проект МКБ-11, но официальное признание облегчило работу специалистам, предоставив ученым стандартизированные определения и диагностические требования, которые можно использовать в качестве основы для разработки психометрических методик и с помощью которых легче аргументировать необходимость финансирования соответствующих исследований.

Как уже говорилось, позиция ВОЗ относительно перечисленных категорий отличается от позиции Американской психиатрической ассоциации, отраженной в DSM-5. В случае комплексного посттравматического стрессового расстройства рабочая группа DSM-5 решила расширить критерии посттравматического стрессового расстройства, включив в него элементы DESNOS, как более ранней и знакомой по DSM-IV версии КПТСР, а не добавлять новую диагностическую категорию. В связи с этим диагностировать КПТСР на основании DSM-5 стало сложнее, чем было в период использования DSM-IV<sup>309</sup>. С тех пор многочисленные исследования на различных популяциях продемонстрировали обоснованность подхода МКБ-11<sup>31,32</sup>. Тем не менее, пока системы здравоохранения адаптируются к

МКБ-11, предстоит изучить, насколько фактически идентифицируются посттравматическое стрессовое расстройство по DSM-5 и ПТСР плюс КППТСР по МКБ-11, не приведет ли внедрение новой МКБ к трудностям в диагностике и предоставлении помощи пациентам. Эксперты высказывали соответствующие опасения<sup>310</sup>, но, по имеющимся у нас данным, критерии DSM-5 идентифицируют меньше случаев КППТСР, чем МКБ-11 или DSM-IV<sup>311</sup>.

В отличие от ситуации с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством, аналоги концепции пролонгированной реакции горя и расстройства вследствие пристрастия к компьютерным играм под несколько иными названиями уже были включены в исследовательское приложение DSM-5. В качестве кандидатов на включение в DSM-5 эти состояния вызвали в свое время значительный интерес, но одновременно это означало, что на момент создания классификации предложенные наборы критериев не имели достаточной базы для включения в основной раздел. Были случаи, когда отдельные категории перемещались из исследовательского в основной раздел, но это происходило не всегда. В МКБ нет аналога научного приложения: категория либо включена в классификацию, либо нет. В некоторых случаях рассматриваемое состояние может быть оформлено как дополнительный термин к остаточной категории «другое уточненное», чтобы отметить перспективные категории МКБ-11, но специальные «исследовательские» определения не предусмотрены. В то же время ВОЗ должна учитывать потребности государств-членов, которые входят в правление. На уровне национальных систем здравоохранения регулярные упоминания о состоянии в клинической практике и запрос на организацию помощи при таких состояниях требуют действий со стороны политиков, которые будут настаивать на включении этих состояний в классификацию.

Описание «стойкого комплексного расстройства тяжелой утраты» в исследовательском приложении к DSM-5 можно рассматривать как попытку совместить две принципиально разные концепции<sup>312</sup>. На основании полученных за последнее время данных разработчики приняли решение внести эту концепцию в DSM-5-TR под тем же названием, что и в МКБ-11, и со схожими критериями<sup>124</sup>. «Расстройство, связанное с сетевыми играми», описанное в исследовательском приложении к DSM-5, формулировалось, исходя из диагностических критериев зависимостей, в то время как МКБ-11 выделяет в качестве основного симптома потерю контроля над игровым поведением. Тем не менее очевидно, что обе эти концепции описывают одну и ту же клиническую группу. Диагноз «гиперсексуальное расстройство» принципиально не был включен в DSM-5 (в отличие от предыдущих редакций DSM, в которых схожие расстройства входят в исследовательское приложение или перечислены в качестве примера в остаточных категориях расстройств, связанных с сексуальным поведением) в связи убеждениями, что этой категорией будут злоупотреблять в судебно-медицинской практике, а в целом оснований для выделения ее в самостоятельную единицу недостаточно (хотя члены рабочей группы считают, что при разработке раздела эти сомнения учитывались)<sup>240</sup>. Рабочие группы МКБ-11 попытались обойти сомнительные аспекты категории «гиперсексуального расстройства», в частности поместив КРСП в раздел нарушений импульс-контроля, а не расстройств сексуальной сферы. Грядущие исследования с опорой на этот принцип будут полезны в том числе и экспертам, которые станут решать вопрос о включении соответствующей категории в новую редакцию DSM.

Из 21 категории, перечисленной в Таблице 1, 11 либо уже присутствовали в DSM-IV, либо впоследствии были добавлены в DSM-5; таким образом, с их введением в МКБ-11 повысилась совместимость классификаций. Оста-

ется несколько категорий МКБ-11 из раздела дополнительных синдромов, вызванных употреблением психоактивных веществ и лекарственных препаратов или заболеваниями, классифицированными в других рубриках, которые отсутствуют в DSM-5<sup>17</sup>. Таким образом, помимо рассмотренных в этой статье есть еще три диагноза, которые по-разному выглядят в МКБ-11 и DSM-5. «Обонятельное расстройство» упоминается в DSM-5 как пример «других уточненных обсессивно-компульсивных и родственных им расстройств». «Дисфория целостности восприятия тела» (выраженное и постоянное желание стать физически неполноценным, вследствие, например, ампутации или паралича конечностей, слепоты) – очень редкое, но серьезное и весьма специфическое состояние, для которого, по всей вероятности, в принципе не удастся собрать обширную доказательную базу, что обычно требуется для включения расстройства в DSM. «Парциальное диссоциативное расстройство личности» схоже с категорией DSM-5 «хронические и рецидивирующие синдромы смешанных диссоциативных симптомов», которая приведена среди примеров «других уточненных диссоциативных расстройств». Однако эти категории вряд ли вызовут активное обсуждение и многочисленные разногласия, в отличие от рассмотренных в данной статье.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Четыре новых расстройства по МКБ-11, которые обсуждались в этой статье (комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, пролонгированная реакция горя, расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм и компульсивное расстройство сексуального поведения), описывают очерченные клинические популяции, не учтенные в более ранних версиях МКБ. Пациенты с такими состояниями требуют особого подхода, но их проблемы могли бы остаться вне поля зрения специалистов, если бы не включение в новую классификацию. В целом последствия внедрения новых категорий можно расценить как положительные с точки зрения медицинской статистики и отчетности, выявления соответствующих пациентов, а также разработки и тестирования различных методов лечения. Очевидно, что сохраняется потребность в целенаправленных исследованиях по каждому из перечисленных расстройств. Тем не менее на данный момент решение ВОЗ о включении этих категорий в МКБ-11 помогло найти баланс между потребностями государств – членов ВОЗ в исследовательской и статистической информации и потребностями пациентов.

В то же время на основании имеющихся данных нельзя считать обоснованными аргументы против официального признания новых категорий (например, возможность стигматизации непатологического игрового или сексуального поведения). Возможно, по мере внедрения МКБ-11 в общемировую практику мы обнаружим неочевидные на данный момент недостатки. Планируется регулярно обновлять МКБ-11 (каждые два года), и вполне вероятно, что на основе уже практического опыта на ранних этапах внедрения будет сделано еще много корректировок, поскольку именно ориентация на практику – важнейший механизм совершенствования представлений о диагностических категориях.

## БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы данной статьи участвовали в разработке классификации психических, поведенческих расстройств и нарушений развития нервной системы МКБ-11 в качестве членов рабочих групп или консультантов. G.M. Reed был членом Секретариата ВОЗ, Департамента психиатрии и наркологии. Если не указано иное, взгляды, изложенные в этой статье, принадлежат авторам и не отражают официальную политику или позицию ВОЗ.

## Библиография

1. World Health Organization. World Health Assembly Update, 25 May 2019. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения: 4.11.22).
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения: 4.11.22).
3. International Advisory Group for the Revision of ICD10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011; 10:86–92.
4. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E. et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2015; 14:82–90.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
6. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019; 18:3–19.
7. Mathews C.A. Hoarding disorder: more than just a problem of too much stuff. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:893–4.
8. Stein D.J., Kogan C.S., Atmaca M. et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016; 190:663–74.
9. Claudino A.M., Pike K.M., Hay P. et al. The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Med* 2019; 17:93.
10. van Hoeken D., Hoek H.W. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Curr Opin Psychiatry* 2020; 33:521–7.
11. Kessler R.C., Berglund P.A., Chiu W.T. et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73:904–14.
12. Hilbert A., Petroff D., Herpertz S. et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87:91–105.
13. Fuss J., Lemay K., Stein D.J. et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2018; 18:233–5.
14. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). Режим доступа: <https://icd.who.int> (дата обращения: 4.11.22).
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
16. Reid R.C., Kafka M.P. Controversies about hypersexuality and the DSM-5. *Curr Sex Health Rep* 2014; 6:259–64.
17. First M.B., Gaebel W., Maj M. et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry* 2021; 20:34–51.
18. Herman J.L. Trauma and recovery: the aftermath of violence from domestic violence to political terrorism. New York: Guilford, 1992.
19. Cloitre M., Courtois C.C., Charuvastra A. et al. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011; 24:616–27.
20. Reed G.M., Correia J.M., Esparza P. et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011; 10:118–31.
21. Evans S.C., Reed G.M., Roberts M.C. et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey. *Int J Psychol* 2013; 48:177–93.
22. Robles R., Fresán A., Evans S.C. et al. Problematic, absent and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: results from the WHO-WPA and WHO-IUPsyS Global Surveys. *Int J Clin Health Psychol* 2014; 14:165–77.
23. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A. et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013; 12:198–206.
24. Beltran R.O., Silove D. Expert opinions about the ICD-10 category of enduring personality change after catastrophic experience. *Compr Psychiatry* 1999; 40:396–403.
25. Beltran R.O., Silove D., Llewellyn G.M. Comparison of ICD-10 diagnostic guidelines and research criteria for enduring personality change after catastrophic experience. *Psychopathology* 2009; 42:113–8.
26. van der Kolk B.A., Roth S., Pelcovitz D. et al. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18:389–99.
27. Roth S., Newman E., Pelcovitz D. et al. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1997; 10:539–55.
28. Weiss D.S. Introduction to the special feature on complex PTSD. *J Trauma Stress* 2019; 25:239–40.
29. Resick P.A., Bovin M.J., Calloway A.L. et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *J Trauma Stress* 2012; 25:241–51.
30. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C.R. et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138:536–46.
31. Roberts N.P., Cloitre M., Bisson J. et al. International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD (Test Version 3.1). Unpublished paper, 2018.
32. Brewin C.R., Cloitre M., Hyland P. et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017; 58:1–15.
33. Cloitre M., Brewin C.R., Bisson J.J. et al. Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al. (2019) and Ford (2020). *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11:1739873.
34. Hyland P., Karatzias T., Shevlin M. et al. Examining the discriminant validity of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms: results from a United Kingdom population sample. *J Trauma Stress* 2019; 32:855–63.
35. Frost R., Murphy J., Hyland P. et al. Revealing what is distinct by recognising what is common: distinguishing between complex PTSD and Borderline Personality Disorder symptoms using bifactor modelling. *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11:1836864.
36. Cloitre M., Garvert D.W., Brewin C.R. et al. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2013; 4:20706.
37. Zerach G., Shevlin M., Cloitre M. et al. Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) following captivity: a 24-year longitudinal study. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 10:1616488.
38. Bryant R.A., Felmingham K.L., Malhi G. et al. The distinctive neural circuitry of complex posttraumatic stress disorder during threat processing. *Psychol Med* 2021; 51:1121–8.
39. Herzog J.I., Niedtfeld I., Rausch S. et al. Increased recruitment of cognitive control in the presence of traumatic stimuli in complex PTSD. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 269:147–59.
40. Thomaes K., Dorrepaal E., Draijer N. et al. Reduced anterior cingulate and orbitofrontal volumes in child abuse-related complex PTSD. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1636–44.
41. Keeley J.W., Reed G.M., Roberts M.C. et al. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2016; 16:109–27.
42. Redican E., Nolan E., Hyland P. et al. A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *J Anxiety Disord* 2021; doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102381. [CrossRef]
43. Tay A.K., Mohsin M., Rees S. et al. Factor structures of complex posttraumatic stress disorder and PTSD in a community sample of refugees from West Papua. *Compr Psychiatry* 2018; 85:15–22.
44. Knefel M., Karatzias T., Ben-Ezra M. et al. The replicability of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder symptom networks in adults. *Br J Psychiatry* 2019; 214:361–8.
45. Herman J. CPTSD is a distinct entity: comment on Resick et al. (2012). *J Trauma Stress* 2012; 25:256–7.
46. Karatzias T., Murphy P., Cloitre M. et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019; 49:1761–75.
47. Karatzias T., Shevlin M., Hyland P. et al. The network structure of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder across different traumatic life events. *World Psychiatry* 2020; 19:400–1.
48. Sachser C., Keller F., Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to trauma-focused cognitive behavioral therapy. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58:160–8.

49. Brewin C.R., Miller J.K., Soffia M. et al. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in UK police officers. *Psychol Med* 2020; doi: 10.1017/S0033291720003025. [CrossRef]
50. Prigerson H.G., Frank E., Kasl S.V. et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 1995; 152:22–30.
51. Boelen P.A., van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2175–7.
52. Golden A.-M., Dalgleish T. Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Res* 2010; 178:336–41.
53. Robinaugh D.J., LeBlanc N.J., Vuletich H.A. et al. Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *J Abnorm Psychol* 2014; 123:510–22.
54. Malgaroli M., Maccallum F., Bonanno G.A. Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: a network analysis. *Psychol Med* 2018; 48:2439–48.
55. Holland J.M., Neimeyer R.A., Boelen P.A. et al. The underlying structure of grief: a taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *J Psychopath Behav Assess* 2009; 31:190–201.
56. Boelen P.A., Prigerson H.G. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:444–52.
57. Germain A., Caroff K., Buysse D.J. et al. Sleep quality in complicated grief. *J Trauma Stress* 2005; 18:343–6.
58. Buckley T., Sunari D., Marshall A. et al. Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14:129–39.
59. Robbins-Welty G., Stahl S., Zhang J. et al. Medical comorbidity in complicated grief: results from the HEAL collaborative trial. *J Psychiatr Res* 2018; 96:94–9.
60. Neria Y., Gross R., Litz B. et al. Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress* 2007; 20:251–62.
61. Sung S.C., Dryman M.T., Marks E. et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *J Affect Disord* 2011; 134:453–58.
62. He L., Tang S., Yu W. et al. The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Res* 2014; 219:347–52.
63. Simon N.M., Shear K.M., Thompson E.H. et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 2007; 48:395–9.
64. Latham A.E., Prigerson H.G. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34:350–62.
65. Prigerson H.G., Bridge J., Maciejewski P.K. et al. Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1994–5.
66. Bui E., Horenstein A., Shah R. et al. Grief-related panic symptoms in complicated grief. *J Affect Disord* 2015; 170:213–6.
67. Bonanno G.A., Neria Y., Mancini A. et al. Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *J Abnorm Psychol* 2007; 116:342–51.
68. Prigerson H.G., Kakarala S., Gang J. et al. History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol* 2021; 17:109–26.
69. Freud S. Mourning and melancholia. In: Strachey J (ed). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 1. London: Hogarth, 1953:124–40.
70. Bowlby J. *Attachment and loss*, Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books, 1969.
71. Boelen P.A., Klugkist I. Cognitive behavioral variables mediate the associations of neuroticism and attachment insecurity with prolonged grief disorder severity. *Anxiety Stress Coping* 2011; 24:291–307.
72. Currier J.M., Irish J.E., Neimeyer R.A. et al. Attachment, continuing bonds, and complicated grief following violent loss: testing a moderated model. *Death Stud* 2015; 39:201–10.
73. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 1994.
74. Horowitz M.J., Siegel B., Holen A. et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:904–10.
75. Bryant R.A. Grief as a psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 2012; 201:9–10.
76. Bandini J. The medicalization of bereavement: (ab)normal grief in the DSM-5. *Death Stud* 2015; 39:347–52.
77. Kersting A., Brähler E., Glaesmer H. et al. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 2011; 131:339–43.
78. Lundorff M., Holmgren H., Zachariae R. et al. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 212:138–49.
79. Bryant R.A., Bawaneh A., Giardinelli L. et al. A prevalence assessment of prolonged grief disorder in Syrian refugees. *World Psychiatry* 2021; 20:302–3.
80. Xiu D., Maercker A., Woynar S. et al. Features of prolonged grief symptoms in Chinese and Swiss bereaved parents. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204:693–701.
81. Prigerson H., Ahmed I., Silverman G.K. et al. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Stud* 2002; 26:781–92.
82. Schaal S., Elbert T., Neuner F. Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide. *Omega* 2009; 59:203–19.
83. Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C. et al. Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174:67–73.
84. Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C. et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009; 6:e1000121.
85. Silverman G.K., Jacobs S.C., Kasl S.V. et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychol Med* 2000; 30:857–62.
86. Simon N.M., Hoepfner S.S., Lubin R.E. et al. Understanding the impact of complicated grief on combat related posttraumatic stress disorder, guilt, suicide, and functional impairment in a clinical trial of post-9/11 service members and veterans. *Depress Anxiety* 2020; 37:63–72.
87. Zisook S., Mohamad S., Johnson G. et al. Clinical implications of co-occurring prolonged grief disorder in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *World Psychiatry* 2021; 20:303–4.
88. Smith K.V., Ehlers A. Cognitive predictors of grief trajectories in the first months of loss: a latent growth mixture model. *J Consult Clin Psychol* 2020; 88:93–105.
89. Lenferink L.I.M., Nickerson A., de Keijser J. et al. Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depress Anxiety* 2020; 37:35–44.
90. Nielsen M.K., Christensen K.S., Neergaard M.A. et al. Exploring functional impairment in light of prolonged grief disorder: a prospective, population-based cohort study. *Front Psychiatry* 2020; 11:537674.
91. Lundorff M., Bonanno G.A., Johannsen M. et al. Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *J Psychiatr Res* 2020; 129:168–75.
92. Nielsen M.K., Carlsen A.H., Neergaard M.A. et al. Looking beyond the mean in grief trajectories: a prospective, population-based cohort study. *Soc Sci Med* 2019; 232:460–9.
93. Wen F.H., Chou W.C., Shen W.C. et al. Distinctiveness of prolonged-grief-disorder and depressive-symptom trajectories in the first 2 years of bereavement for family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2020; 29:1524–32.
94. Bonanno G.A., Malgaroli M. Trajectories of grief: comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depress Anxiety* 2020; 37:17–25.
95. Kakarala S.E., Roberts K.E., Rogers M. et al. The neurobiological reward system in prolonged grief disorder (PGD): a systematic review. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2020; 303:111135.
96. Bryant R.A., Andrew E., Korgaonkar M.S. Distinct neural mechanisms of emotional processing in prolonged grief disorder. *Psychol Med* 2021; 51:587–95.
97. O'Connor M.F., Wellisch D.K., Stanton A.L. et al. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage* 2008; 42:969–72.
98. Gundel H., O'Connor M.F., Littrell L. et al. Functional neuroanatomy of grief: an fMRI study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1946–53.
99. McConnell M.H., Killgore W.D.S., O'Connor M.F. Yearning predicts subgenual anterior cingulate activity in bereaved individuals. *Heliyon* 2018; 4:e00852.

100. Fernandez-Alcantara M., Verdejo-Roman J., Cruz-Quintana F. et al. Increased amygdala activations during the emotional experience of death-related pictures in complicated grief: an fMRI study. *J Clin Med* 2020; 3:851.
101. Arizmendi B., Kaszniak A.W., O'Connor MF. Disrupted prefrontal activity during emotion processing in complicated grief: an fMRI investigation. *Neuroimage* 2016; 124:968–76.
102. Maccallum F., Bonanno G.A. The economics of losing a loved one: delayed reward discounting in prolonged grief. *Clin Psychol Sci* 2016; 4:683–90.
103. Maccallum F., Bryant R.A. Attentional bias in complicated grief. *J Affect Disord* 2010; 125:316–22.
104. Maccallum F., Bryant R.A. An investigation of approach behaviour in prolonged grief. *Behav Res Ther* 2019; 119:103405.
105. Boddez Y. The presence of your absence: a conditioning theory of grief. *Behav Res Ther* 2018; 106:18–27.
106. Bullock A.B., Bonanno G.A. Attentional bias and complicated grief: a primed dot-probe task with emotional faces. *J Exp Psychopathol* 2013; 4:194–207.
107. Yu M., Tang S., Wang C. et al. Avoidance of bereavement-related stimuli in Chinese individuals experiencing prolonged grief: evidence from a dot-probe task. *Front Psychol* 2017; 8:1201.
108. Maccallum F., Sawday S., Rinck M. et al. The push and pull of grief: approach and avoidance in bereavement. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; 48:105–9.
109. Schneck N., Tu T., Michel C.A. et al. Attentional bias to reminders of the deceased as compared to a living attachment in grieving. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2018; 3:107–15.
110. Boelen P.A., van den Bout J., van den Hout M.A. Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: a prospective study. *Behav Res Ther* 2006; 44:1657–72.
111. Boelen P.A., de Keijser J., Smid G. Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychol Trauma* 2015; 7:382–90.
112. Boelen P.A. Variables mediating the linkage between loss centrality and postloss psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200:801–6.
113. Boelen P.A., Reijntjes A., Smid G.E. Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *J Anxiety Disord* 2016; 41:65–72.
114. Eisma M.C., Epstude K., Schut H.A.W. et al. Upward and downward counterfactual thought after loss: a multiwave controlled longitudinal study. *Behav Ther* 2021; 52:577–93.
115. Lechner-Meichsner F, Mauro C, Skritskaya NA et al. Change in avoidance and negative grief-related cognitions mediates treatment outcome in older adults with prolonged grief disorder. *Psychother Res* 2022; 32:91–103.
116. Maccallum F., Bryant R.A. A cognitive attachment model of prolonged grief: integrating attachments, memory, and identity. *Clin Psychol Rev* 2013; 33:713–27.
117. Eisma M.C., Stroebe M.S., Schut H.A.W. et al. Avoidance processes mediate the relationship between rumination and symptoms of complicated grief and depression following loss. *J Abnorm Psychol* 2013; 122; 961–70.
118. Morina N. Rumination and avoidance as predictors of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in female widowed survivors of war. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199:921–7.
119. Harper M., O'Connor R.C., O'Carroll R.E. Factors associated with grief and depression following the loss of a child: a multivariate analysis. *Psychol Health Med* 2014; 19:247–52.
120. Meert K.L., Shear K., Newth C.J.L. et al. Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child's death in the pediatric intensive care unit. *J Palliat Med* 2011; 14:207–14.
121. Gupta S., Bonanno G.A. Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *J Abnorm Psychol* 2011; 120:635–43.
122. Diminich E.D., Bonanno G.A. Faces, feelings, words: divergence across channels of emotional responding in complicated grief. *J Abnorm Psychol* 2014; 123:350–61.
123. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Text Revision*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2021.
124. Prigerson H.G., Boelen P.A., Xu J et al. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry* 2021; 20:96–106.
125. Shear K., Frank E., Houck P.R. et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293:2601–8.
126. Shear M.K., Wang Y., Skritskaya N. et al. Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:1287–95.
127. Bryant R.A., Kenny L., Joscelyne A. et al. Treating prolonged grief disorder: a randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:1332–9.
128. Boelen P.A., Lenferink L.I.M., Spuij M. CBT for prolonged grief in children and adolescents: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2021; 178:294–304.
129. Shear M.K., Reynolds C.F., Simon N.M. et al. Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:685–94.
130. Johannsen M., Damholdt M.F., Zachariae R. et al. Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2019; 253:69–86.
131. Snodgrass J.G., Dengah H.J.F., Lacy M.G. et al. Online gaming involvement and its positive and negative consequences: a cognitive-anthropological “cultural consensus” approach to psychiatric measurement and assessment. *Comput Hum Behav* 2017; 66:291–302.
132. Snodgrass J.G., Dengah H.J.F., Polzer E. et al. Intensive online videogame involvement: a new global idiom of wellness and distress. *Transcult Psychiatry* 2019; 56:748–74.
133. Ryan R.M., Rigby C.S., Przybylski A. The motivational pull of video games: a self-determination theory approach. *Motiv Emot* 2006; 30:344–60.
134. Przybylski A.K., Weinstein N., Ryan R.M. et al. Having to versus wanting to play: background and consequences of harmonious versus obsessive engagement in video games. *Cyberpsychol Behav* 2009; 12:485–92.
135. Przybylski A.K., Rigby C.S., Ryan R.M. A motivational model of video game engagement. *Rev Gen Psychol* 2010; 14:154–66.
136. Tóth-Király I., Bóthe B., Márki A.N. et al. Two sides of the same coin: the differentiating role of need satisfaction and frustration in passion for screen-based activities. *Eur J Soc Psychol* 2019; 49:1190–205.
137. Barr M., Copeland-Stewart A. Playing video games during the COVID-19 pandemic and effects on players' well-being. *Games Cult* 2022; 17:122–39.
138. Giardina A., Di Blasi M.D.B., Schimmenti A. et al. Online gaming and prolonged self-isolation: evidence from Italian gamers during the COVID-19 outbreak. *Clin Neuropsychiatry* 2021; 18:65–74.
139. Rumpf H.-J., Achab S., Billieux J. et al. Including gaming disorder in the ICD-11 : the need to do so from a clinical and public health perspective. *J Behav Addict* 2018; 7:556–61.
140. Saunders J.B., Hao W., Long J. et al. Gaming disorder: its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *J Behav Addict* 2017; 6:271–9.
141. Billieux J., Stein D.J., Castro-Calvo J et al. Rationale for and usefulness of the inclusion of gaming disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 2021; 20:198–9.
142. Billieux J., King D.L., Higuchi S. et al. Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder. *J Behav Addict* 2017; 6:285–9.
143. Borges G., Orozco R., Benjet C. et al. DSM-5 Internet gaming disorder among a sample of Mexican first-year college students. *J Behav Addict* 2019; 8:714–24.
144. Gentile D.A., Choo H., Liau A. et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics* 2011; 127:e319–29.
145. Teng Z., Pontes H.M., Nie Q. et al. Internet gaming disorder and psychosocial well-being: a longitudinal study of older-aged adolescents and emerging adults. *Addict Behav* 2020; 110:106530.
146. Wartberg L., Kriston L., Ziegelmeier M. et al. A longitudinal study on psychosocial causes and consequences of internet gaming disorder in adolescence. *Psychol Med* 2019; 49:287–94.
147. Stevens M.W.R., King D.L., Dorstyn D. et al. Cognitive-behavioral therapy for internet gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 2019; 26:191–203.
148. Han D.H., Yoo M., Renshaw P.F. et al. A cohort study of patients seeking internet gaming disorder treatment. *J Behav Addict* 2018; 7:930–8.
149. Ko C.-H., Yen J.-Y., Chen S.-H. et al. Evaluation of the diagnostic criteria of internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *J Psychiatr Res* 2018; 53:103–10.



150. Müller K.W., Dreier M., Duven E. et al. Adding clinical validity to the statistical power of large-scale epidemiological surveys on internet addiction in adolescence: a combined approach to investigate psychopathology and development-specific personality traits associated with internet addiction. *J Clin Psychiatry* 2017; 78:e244–51.
151. Thorens G., Achab S., Billieux J. et al. Characteristics and treatment response of self-identified problematic internet users in a behavioral addiction outpatient clinic. *J Behav Addict* 2014; 3:78–81.
152. van Rooij A.J., Schoenmakers T.M., van de Mheen D.. Clinical validation of the C-VAT 2.0 assessment tool for gaming disorder: a sensitivity analysis of the proposed DSM-5 criteria and the clinical characteristics of young patients with ‘video game addiction’. *Addict Behav* 2017; 64:269–74.
153. Han D.H., Hwang J.W., Renshaw P.F. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Exp Clin Psychopharmacol* 2010; 18:297–304.
154. Wöfling K., Müller K.W., Dreier M. et al. Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2019; 76:1018–25.
155. Kardefelt-Winther D. A conceptual and methodological critique of internet addiction research: towards a model of compensatory internet use. *Comp Hum Behav* 2014; 31:351–4.
156. World Health Organization. Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: Meeting report. Geneva: World Health Organization, 2015.
157. Humphreys G. Sharpening the focus on gaming disorder. *Bull World Health Organ* 2019; 97:382–3.
158. Achab S. Internet patterns of use and which health promotion in Switzerland? *Rev Med Suisse* 2021; 17:1118–21.
159. Zajac K., Ginley M.K., Chang R. Treatments of internet gaming disorder: a systematic review of the evidence. *Expert Rev Neurother* 2020; 20:85–93.
160. Higuchi S., Nakayama H., Mihara S. et al. Inclusion of gaming disorder criteria in ICD-11 : a clinical perspective in favor. *J Behav Addict* 2017; 6:293–5.
161. Park J.J., Wilkinson-Meyers L., King D.L. et al. Person-centred interventions for problem gaming: a stepped care approach. *BMC Public Health* 2021; 21:872.
162. King D.L., Delfabbro P.H., Wu A.M.S. et al. Treatment of Internet gaming disorder: an international systematic review and CONSORT evaluation. *Clin Psychol Rev* 2017; 54:123–33.
163. Wegmann E., Brand M. The imperative of integrating empirical and theoretical considerations when developing policy responses to internet-gaming disorder. *J Behav Addict* 2018; 7:531–5.
164. Hunt C.J., Blaszczynski A. Gambling disorder as a clinical phenomenon. In: Heinz A., Romanczuk-Seiferth N., Potenza M.N. (eds). *Gambling disorder*. Cham: Springer, 2019:15–27.
165. Aarseth E., Bean A.M., Boonen H. et al. Scholars’ open debate paper on the World Health Organization ICD-11 gaming disorder proposal. *J Behav Addict* 2017; 6:267–70.
166. Bean A.M., Nielsen R.K.L., van Rooij A.J. et al. Video game addiction: the push to pathologize video games. *Prof Psychol Res Pr* 2017; 48:378–89.
167. van Rooij A.J., Ferguson C.J., Colder Carras M. et al. A weak scientific basis for gaming disorder: let us err on the side of caution. *J Behav Addict* 2018; 7:1–9.
168. Billieux J., Schimmenti A., Khazaal Y. Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J Behav Addict* 2015; 4:119–23.
169. Kardefelt-Winther D., Heeren A., Schimmenti A. et al. How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction* 2017; 112:1709–15.
170. King D.L., Billieux J., Carragher N. et al. Face validity evaluation of screening tools for gaming disorder: scope, language, and overpathologizing issues. *J Behav Addict* 2020; 9:1–13.
171. King D.L., Chamberlain S.R., Carragher N. et al. Screening and assessment tools for gaming disorder: a comprehensive systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020; 77:101831.
172. Billieux J., Flayelle M., Rumpf H.-J. et al. High involvement versus pathological involvement in video games: a crucial distinction for ensuring the validity and utility of gaming disorder. *Curr Addict Rep* 2019; 6:323–30.
173. Przybylski A.K., Weinstein N., Murayama K. Internet gaming disorder: investigating the clinical relevance of a new phenomenon. *Am J Psychiatry* 2017; 174:230–6.
174. Brunborg G.S., Mentzoni R.A., Melkevik O.R. et al. Gaming addiction, gaming engagement, and psychological health complaints among Norwegian adolescents. *Media Psychol* 2013; 16:115–28.
175. Charlton J.P., Danforth I.D.W. Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing. *Comput Hum Behav* 2007; 23:1531–48.
176. Deleuze J., Nuyens F., Rochat L. et al. Established risk factors for addiction fail to discriminate between healthy gamers and gamers endorsing DSM-5 internet gaming disorder. *J Behav Addict* 2017; 6:516–24.
177. Castro-Calvo J., King D.L., Stein D.J. et al. Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: an international Delphi study. *Addiction* 2021; 116:2463–75.
178. Markey P.M., Ferguson C.J. Internet gaming addiction: disorder or moral panic? *Am J Psychiatry* 2017; 174:195–6.
179. Orben A. The Sisyphus cycle of technology panics. *Perspect Psychol Sci* 2020; 15:1143–57.
180. Wartberg L., Kriston L., Thomasius R. The prevalence and psychosocial correlates of internet gaming disorder. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114:419–24.
181. Kewitz S., Vonderlin E., Wartberg L. et al. Estimated prevalence of unreported IGD cases in routine outpatient children and adolescent psychotherapy. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:6787.
182. Rehbein F., Kliem S., Baier D. et al. Prevalence of Internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction* 2015; 110:842–51.
183. Long J., Liu T., Liu Y. et al. Prevalence and correlates of problematic online gaming: a systematic review of the evidence published in Chinese. *Curr Addict Rep* 2018; 5:359–71.
184. Wu A.M., Chen J.H., Tong K.K. et al. Prevalence and associated factors of Internet gaming disorder among community dwelling adults in Macao, China. *J Behav Addict* 2018; 7:62–9.
185. Fam J.Y. Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: a meta-analysis across three decades. *Scand J Psychol* 2018; 59:524–31.
186. Feng W., Ramo D.E., Chan S.R. et al. Internet gaming disorder: trends in prevalence 1998–2016. *Addict Behav* 2017; 75:17–24.
187. Mihara S., Higuchi S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017; 71:425–44.
188. Stevens M.W., Dorstyn D., Delfabbro P.H. et al. Global prevalence of gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2021; 55:553–68.
189. Colder Carras M., Kardefelt-Winther D. When addiction symptoms and life problems diverge: a latent class analysis of problematic gaming in a representative multinational sample of European adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27:513–25.
190. Strittmatter E., Parzer P., Brunner R. et al. A 2-year longitudinal study of prospective predictors of pathological Internet use in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25:725–34.
191. Scharkow M., Festl R., Quandt T. Longitudinal patterns of problematic computer game use among adolescents and adults – a 2-year panel study. *Addiction* 2014; 109:1910–7.
192. Carbonneau R., Vitaro F., Brendgen M. et al. Variety of gambling activities from adolescence to age 30 and association with gambling problems: a 15-year longitudinal study of a general population sample. *Addiction* 2015; 110:1985–93.
193. Yao Y.W., Liu L., Ma S.S. et al. Functional and structural neural alterations in Internet gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 83:313–24.
194. Dong G.H., Dong H., Wang M. et al. Dorsal and ventral striatal functional connectivity shifts play a potential role in internet gaming disorder. *Commun Biol* 2021; 4:866.
195. Zhou W.R., Wang M., Dong H.H. et al. Imbalanced sensitivities to primary and secondary rewards in internet gaming disorder. *J Behav Addict* 2021; doi: 10.1556/2006.2021.00072. [CrossRef]
196. Billieux J., Potenza M.N., Maurage P. et al. Cognitive factors associated with gaming disorder. In: Verdejo-Garcia A. (ed). *Cognition and addiction*. Cambridge: Academic Press, 2020:221–30.

197. Argyriou E., Davison C.B., Lee T.T.C. Response inhibition and Internet gaming disorder: a meta-analysis. *Addict Behav* 2017; 71:54–60.
198. Cabelguyen C., Rocher B., Leboucher J. et al. Attention deficit hyperactivity disorder and gaming disorder: frequency and associated factors in a clinical sample of patients with gaming disorder. *J Behav Addict* 2021; 10:1061–7.
199. Granero R., Fernández-Aranda F., Castro-Calvo J. et al. Subtyping treatment-seeking gaming disorder patients. *Addict Behav* 2021; 123:107086.
200. King D.L., Delfabbro P.H., Doh Y.Y. et al. Policy and prevention approaches for disordered and hazardous gaming and Internet use: an international perspective. *Prev Sci* 2018; 19:233–49.
201. Higuchi S., Nakayama H., Matsuzaki T. et al. Application of the eleventh revision of the International Classification of Diseases gaming disorder criteria to treatment-seeking patients: comparison with the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Internet gaming disorder criteria. *J Behav Addict* 2021; 10:149–58.
202. Shao T., Chen X., Huang S. et al. The recognition of gaming disorder in China: a case series of 223 patients. *PeerJ* 2021; 9:e10827.
203. Thomas T. Referrals to UK gaming addiction clinic triple in year of lockdowns. *The Guardian*, June 20, 2021.
204. Nielsen P., Christensen M., Henderson C. et al. Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: a randomised controlled trial. *J Behav Addict* 2021; 10:234–43.
205. Du Y.S., Jiang W., Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44:129–34.
206. González-Bueso V., Santamaría J.J., Fernández D. et al. Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: a comprehensive review. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15:668.
207. Ko C.H., Lin H.C., Lin P.C. et al. Validity, functional impairment and complications related to Internet gaming disorder in the DSM-5 and gaming disorder in the ICD-11. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54:707–18.
208. Müller K.W., Beutel M.E., Wölfling K. Decreased occupational functioning and increased physical health complaints in treatment seekers with internet-related disorders: compared to patients with gambling disorder. *Eur Addict Res* 2019; 25:229–37.
209. Starcevic V., Choi T.Y., Kim T.H. et al. Internet gaming disorder and gaming disorder in the context of seeking and not seeking treatment for video-gaming. *J Psychiatr Res* 2020; 129:31–9.
210. Stockdale L., Coyne S.M. Video game addiction in emerging adulthood: cross-sectional evidence of pathology in video game addicts as compared to matched healthy controls. *J Affect Disord* 2018; 225:265–72.
211. Brand M., Rumpf H.-J., Demetrovics Z. et al. Gaming disorder is a disorder due to addictive behaviors: evidence from behavioral and neuroscientific studies addressing cue reactivity and craving, executive functions, and decision-making. *Curr Addict Rep* 2019; 6:296–302.
212. Stein D.J., Billieux J., Bowden-Jones H. et al. Balancing validity, utility and public health considerations in disorders due to addictive behaviours. *World Psychiatry* 2018; 17:363–4.
213. Brand M., Rumpf H.-J., Demetrovics Z. et al. Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of “other specified disorders due to addictive behaviors”? *J Behav Addict* 2020; doi: 10.1556/2006.2020.00035. [CrossRef]
214. Torous J., Bucci S., Bell I.H. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry* 2021; 20:318–35.
215. Carragher N., Billieux J., Bowden-Jones H. et al. Brief overview of the WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder. *Addiction* 2021; doi: 10.1111/add.15780. [CrossRef]
216. Männikkö N., Mustonen T., Tanner N. et al. Effectiveness of a brief group intervention program for young adults with gaming-related problems. *Int J Ment Health Addict* 2021; doi: 10.1007/s11469-021-00559-2. [CrossRef]
217. Long J., Bhad R., Potenza M.N. et al. Public health approaches and policy changes after the inclusion of gaming disorder in ICD-11: global perspectives, actions and needs towards preparedness of health professionals for gaming disorder’s management. *BJPsych Int* 2021; doi: 10.1192/bji.2021.57. [CrossRef]
218. King D.L., Gaming Industry Response Consortium. Comment on the global gaming industry’s statement on ICD-11 gaming disorder: a corporate strategy to disregard harm and deflect social responsibility? *Addiction* 2018; 113:2145–6.
219. European Games Developer Foundation. Statement on WHO ICD-11 list and the inclusion of gaming. Режим доступа: <http://www.egdf.eu> (дата обращения: 4.11.2022).
220. United Nations International Children’s Fund (UNICEF). Recommendations for the online gaming industry on assessing impact on children. Режим доступа: <https://sites.unicef.org> (дата обращения: 4.11.2022).
221. King D.L., Delfabbro P.H. Video game monetization (e.g., ‘loot boxes’): a blueprint for practical social responsibility measures. *Int J Ment Health Addict* 2019; 17:166–79.
222. Štulhofer A., Jurin T., Briken P. Is high sexual desire a facet of male hypersexuality? Results from an online study. *J Sex Marital Ther* 2016; 42:665–80.
223. Kraus S.W., Krueger R.B., Briken P. et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 2018; 17:109–10.
224. Reed G.M., Drescher J., Krueger R. et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016; 15:205–21.
225. Grubbs J.B., Kraus S.W., Perry S.L. et al. Moral incongruence and compulsive sexual behavior: results from cross-sectional interactions and parallel growth curve analyses. *J Abnorm Psychol* 2020; 129:266–78.
226. Grant J.E., Atmaca M., Fineberg N.A. et al. Impulse control disorders and “behavioural addictions» in the ICD-11. *World Psychiatry* 2014; 13:125–7.
227. Grubbs J.B., Hoagland K.C., Lee B.N. et al. Sexual addiction 25 years on: a systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clin Psychol Rev* 2020; 82:101925.
228. Kafka M.P. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav* 2010; 39:377–400.
229. Yoon I.S., Houang S.T., Hirshfield S. et al. Compulsive sexual behavior and HIV/STI risk: a review of current literature. *Curr Addict Rep* 2016; 3:387–99.
230. Booth B.D., Kingston D.A., Watts J. Forensic aspects of hypersexuality. In: Balon R., Briken P. (eds). *Compulsive sexual behavior disorder: understanding, assessment, and treatment*. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2021:143–66.
231. Briken P. An integrated model to assess and treat compulsive sexual behavior disorder. *Nat Rev Urol* 2020; 17:391–406.
232. Park B.Y., Wilson G., Berger J. et al. Is internet pornography causing sexual dysfunctions? A review with clinical reports. *Behav Sci* 2016; 6:17.
233. Carnes P. *Out of the shadows: understanding sexual addiction*. Minneapolis: CompCare Publications, 1983.
234. Kalichman S.C., Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess* 1995; 65:586–601.
235. Coleman E., Miner M., Ohlerking F. et al. Compulsive sexual behavior inventory: a preliminary study of reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2001; 27:325–32.
236. Muench F., Parsons J.T. Sexual compulsivity and HIV: identification and treatment. *Focus* 2004; 19:1–5.
237. Sansone R.A., Sansone L.A. Sexual behavior in borderline personality: a review. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8:14–8.
238. Tucker I. Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22:683–92.
239. Weintraub D., Hoops S., Shea J.A. et al. Validation of the questionnaire for impulsive-compulsive disorders in Parkinson’s disease. *Mov Disord* 2009; 24:1461–7.
240. Kafka M.P. What happened to hypersexual disorder? *Arch Sex Behav* 2014; 43:1259–61.
241. Reid R.C., Carpenter B.N., Hook J.N. et al. Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *J Sex Med* 2012; 9:2868–77.
242. Gold S.N., Heffner C.L. Sexual addiction: many conceptions, minimal data. *Clin Psychol Rev* 1998; 18:367–81.
243. Humphreys K. Of moral judgments and sexual addictions. *Addiction* 2018; 113:387–8.
244. Kraus S.W., Voon V., Potenza M.N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction* 2016; 111:2097–106.

245. Griffin K.R., Way B.M., Kraus S.W. Controversies and clinical recommendations for the treatment of compulsive sexual behavior disorder. *Curr Addict Rep* 2021; 8:546–55.
246. Grubbs J.B., Kraus S.W., Perry S.L. Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: the roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. *J Behav Addict* 2019; 8:88–93.
247. Dickenson J.A., Gleason N., Coleman E. et al. Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. *JAMA Netw Open* 2018; 1:e184468.
248. Castro-Calvo J., Gil-Llario M.D., Giménez-García C. et al. Occurrence and clinical characteristics of compulsive sexual behavior disorder (CSBD): a cluster analysis in two independent community samples. *J Behav Addict* 2020; 9:446–8.
249. Blum A.W., Lust K., Christenson G. et al. Links between sexuality, impulsivity, compulsivity, and addiction in a large sample of university students. *CNS Spectr* 2020; 25:9–15.
250. Gleason N., Finotelli I. Jr., Miner M.H. et al. Estimated prevalence and demographic correlates of compulsive sexual behavior among gay men in the United States. *J Sex Med* 2021; 18:1545–54.
251. Storholm E.D., Sattre D.D., Kapadia F. et al. Depression, compulsive sexual behavior, and sexual risk-taking among urban young gay and bisexual men: the P18 Cohort Study. *Arch Sex Behav* 2016; 45:1431–41.
252. Rooney B.M., Tulloch T.G., Blashill A.J. Psychosocial syndemic correlates of sexual compulsivity among men who have sex with men: a meta-analysis. *Arch Sex Behav* 2018; 47:75–93.
253. Pachankis J.E., Hatzenbuehler M.L., Rendina H.J. et al. LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: a randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83:875–89.
254. Xu W., Zheng L., Liu Y. et al. Sexual sensation seeking, sexual compulsivity, and high-risk sexual behaviours among gay/bisexual men in Southwest China. *AIDS Care* 2016; 28:1138–44.
255. Wang X., Wang Z., Jiang X. et al. A cross-sectional study of the relationship between sexual compulsivity and unprotected anal intercourse among men who have sex with men in Shanghai, China. *BMC Infect Dis* 2018; 18:465.
256. Adebahr R., Söderström E.Z., Arver S. et al. Reaching men and women at risk of committing sexual offences – findings from the national Swedish telephone helpline PrevenTell. *J Sex Med* 2021; 18:1571–81.
257. Ballester-Arnal R., Castro-Calvo J., Giménez-García C. et al. Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addict Behav* 2020; 107:106384.
258. Cowie M.E., Kim H.S., Hodgins D.C. et al. Demographic and psychiatric correlates of compulsive sexual behaviors in gambling disorder. *J Behav Addict* 2019; 8:451–62.
259. Fuss J., Briken P., Stein D.J. et al. Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: prevalence and associated comorbidity. *J Behav Addict* 2019; 8:242–8.
260. Bóthe B., Koós M., Tóth-Király I. et al. Investigating the associations of adult ADHD symptoms, hypersexuality, and problematic pornography use among men and women on a largescale, non-clinical sample. *J Sex Med* 2019; 16:489–99.
261. Varo C., Murru A., Salagre E. et al. Behavioral addictions in bipolar disorders: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019; 29:76–97.
262. Elmquist J., Shorey R.C., Anderson S. et al. Are borderline personality symptoms associated with compulsive sexual behaviors among women in treatment for substance use disorders? An exploratory study. *J Clin Psychol* 2016; 72:1077–87.
263. Smith P.H., Potenza M.N., Mazure C.M. et al. Compulsive sexual behavior among male military veterans: prevalence and associated clinical factors. *J Behav Addict* 2014; 3:214–22.
264. Castellini G., Rellini A.H., Appignanesi C. et al. Deviance or normalcy? The relationship among paraphilic thoughts and behaviors, hypersexuality, and psychopathology in a sample of university students. *J Sex Med* 2018; 15:1322–35.
265. Grubbs J.B., Gola M. Is pornography use related to erectile functioning? Results from cross-sectional and latent growth curve analyses. *J Sex Med* 2019; 16:111–25.
266. Slavin M.N., Scoglio A.A.J., Blycker G.R. et al. Child sexual abuse and compulsive sexual behavior: a systematic literature review. *Curr Addict Rep* 2020; 7:76–88.
267. Slavin M.N., Blycker G.R., Potenza M.N. et al. Gender-related differences in associations between sexual abuse and hypersexuality. *J Sex Med* 2020; 17:2029–38.
268. Klucken T., Wehrum-Osinsky S., Schweckendiek J. et al. Altered appetitive conditioning and neural connectivity in subjects with compulsive sexual behavior. *J Sex Med* 2016; 13:627–36.
269. Seok J.W., Sohn J.H. Neural substrates of sexual desire in individuals with problematic hypersexual behavior. *Front Behav Neurosci* 2015; 9:321.
270. Voon V., Mole T.B., Banca P. et al. Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLoS One* 2014; 9:e102419.
271. Banca P., Morris L.S., Mitchell S. et al. Novelty, conditioning and attentional bias to sexual rewards. *J Psychiatr Res* 2016; 72:91–101.
272. Gola M., Wordecha M., Sescousse G. et al. Can pornography be addictive? An fMRI study of men seeking treatment for problematic pornography use. *Neuropsychopharmacology* 2017; 42:2021–31.
273. Sinke C., Engel J., Veit M. et al. Sexual cues alter working memory performance and brain processing in men with compulsive sexual behavior. *Neuroimage Clin* 2020; 27:102308.
274. Schmidt C., Morris L.S., Kvamme T.L. et al. Compulsive sexual behavior: prefrontal and limbic volume and interactions. *Hum Brain Mapp* 2017; 38:1182–90.
275. Kühn S., Gallinat J. Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption: the brain on porn. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:827–34.
276. Golec K., Draps M., Stark R. et al. Aberrant orbitofrontal cortex reactivity to erotic cues in compulsive sexual behavior disorder. *J Behav Addict* 2021; 10:646–56.
277. Draps M., Sescousse G., Potenza M.N. et al. Gray matter volume differences in impulse control and addictive disorders – an evidence from a sample of heterosexual males. *J Sex Med* 2020; 17:1761–9.
278. Boström A.E., Chatzittofis A., Ciuculete D.M. et al. Hypermethylation-associated downregulation of microRNA-4456 in hypersexual disorder with putative influence on oxytocin signalling: a DNA methylation analysis of miRNA genes. *Epigenetics* 2020; 15:145–60.
279. Chatzittofis A., Boström A.E., Öberg K.G. et al. Normal testosterone but higher luteinizing hormone plasma levels in men with hypersexual disorder. *Sex Med* 2020; 8:243–50.
280. Hook J.N., Reid R.C., Penberthy J.K. et al. Methodological review of treatments for nonparaphilic hypersexual behavior. *J Sex Marital Ther* 2014; 40:294–308.
281. Von Franqué F., Klein V., Briken P. Which techniques are used in psychotherapeutic interventions for nonparaphilic hypersexual behavior? *Sex Med Rev* 2015; 3:3–10.
282. Hallberg J., Kaldo V., Arver S. et al. A randomized controlled study of group-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder in men. *J Sex Med* 2019; 16:733–45.
283. Hallberg J., Kaldo V., Arver S. et al. Internet-administered cognitive behavioral therapy for hypersexual disorder, with or without paraphilia(s) or paraphilic disorder(s) in men: a pilot study. *J Sex Med* 2020; 17:2039–54.
284. Crosby J.M., Twohig M.P. Acceptance and commitment therapy for problematic internet pornography use: a randomized trial. *Behav Ther* 2016; 47:355–66.
285. Bóthe B., Baumgartner C., Schaub M.P. et al. Hands-off: feasibility and preliminary results of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. *J Behav Addict* 2021; 10:1015–35.
286. Efrati Y., Gola M. Compulsive sexual behavior: a twelve-step therapeutic approach. *J Behav Addict* 2018; 7:445–53.
287. Holas P., Draps M., Kowalewska E. et al. A pilot study of mindfulness-based relapse prevention for compulsive sexual behaviour disorder. *J Behav Addict* 2020; 9:1088–92.
288. Parsons J.T., Rendina H.J., Moody R.L. et al. Feasibility of an emotion regulation intervention to improve mental health and reduce HIV transmission risk behaviors for HIV-positive gay and bisexual men with sexual compulsivity. *AIDS Behav* 2017; 21:1540–9.
289. Savard J., Öberg K.G., Chatzittofis A. et al. Naltrexone in compulsive sexual behavior disorder: a feasibility study of twenty men. *J Sex Med* 2020; 17:1544–52.
290. Gola M., Potenza M.N. Paroxetine treatment of problematic pornography use: a case series. *J Behav Addict* 2016; 5:529–32.

291. Wainberg M.L., Muench F., Morgenstern J. et al. A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1968–73.
292. Tripathi A., Singh A., Singh H. et al. Successful use of transcranial magnetic stimulation in difficult to treat hypersexual disorder. *J Hum Reprod Sci* 2016; 9:207–9.
293. Blum A.W., Grant J.E. Positive response of compulsive sexual behavior to transcranial magnetic stimulation. *Prim Care Companion CNS Disord* 2020; 22:19102469.
294. Gola M., Lewczuk K., Potenza M.N. et al. What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? *J Behav Addict* 2020; doi: 10.1556/2006.2020.00090. [CrossRef]
295. Klein V., Briken P., Schröder J. et al. Mental health professionals' pathologization of compulsive sexual behavior: does clients' gender and sexual orientation matter? *J Abnorm Psychol* 2019; 128:465–72.
296. Efrati Y., Gola M. The effect of early life trauma on compulsive sexual behavior among members of a 12-step group. *J Sex Med* 2019; 16:803–11.
297. Lew-Starowicz M., Lewczuk K., Nowakowska I. et al. Compulsive sexual behavior and dysregulation of emotion. *Sex Med Rev* 2020; 8:191–205.
298. Bóthe B., Tóth-Király I., Potenza M.N. et al. Revisiting the role of impulsivity and compulsivity in problematic sexual behaviors. *J Sex Res* 2019; 56:166–79.
299. Markert C., Klein S., Strahler J. et al. Sexual incentive delay in the scanner: sexual cue and reward processing, and links to problematic porn consumption and sexual motivation. *J Behav Addict* 2021; 10:65–76.
300. Bóthe B., Bartók R., Tóth-Király I. et al. Hypersexuality, gender, and sexual orientation: a large-scale psychometric survey study. *Arch Sex Behav* 2018; 47:2265–76.
301. de Oliveira L., Carvalho J. The link between boredom and hypersexuality: a systematic review. *J Sex Med* 2020; 17:994–1004.
302. Engel J., Kessler A., Veit M. et al. Hypersexual behavior in a large online sample: individual characteristics and signs of coercive sexual behavior. *J Behav Addict* 2019; 8:213–22.
303. Carnes P.J., Hopkins T.A., Green B.A. Clinical relevance of the proposed sexual addiction diagnostic criteria: relation to the Sexual Addiction Screening Test-Revised. *J Addict Med* 2014; 8:450–61.
304. Reid R.C., Garos S., Carpenter B.N. Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sex Addict Compulsivity* 2011; 18:30–51.
305. Montgomery-Graham S. Conceptualization and assessment of hypersexual disorder: a systematic review of the literature. *Sex Med Rev* 2017; 5:146–62.
306. Bóthe B., Potenza M.N., Griffiths M.D. et al. The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): an ICD-11 based screening measure across three languages. *J Behav Addict* 2020; 9:247–58.
307. Bóthe B., Koós M., Nagy L. et al. International Sex Survey: study protocol of a large, cross-cultural collaborative study in 45 countries. *J Behav Addict* 2021; 10:632–45.
308. Balon R., Briken P. (eds). *Compulsive sexual behavior disorder: understanding, assessment, and treatment*. Washington: American Psychiatric Association Publishing, 2021.
309. Galatzer-Levy I.R., Bryant R.A. 636, 120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspect Psychol Sci* 2013; 8:651–62.
310. Wolf E.J., Miller M.W., Kilpatrick D. et al. ICD-11 Complex PTSD in US national and veteran samples: prevalence and structural associations with PTSD. *Clin Psychol Sci* 2015; 3:215–29.
311. Stein D.J., McLaughlin K.A., Koenen K.C. et al. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depress Anxiety* 2014; 31:494–505.
312. Maciejewski P.K., Maercker A., Boelen P.A. et al. “Prolonged grief disorder» and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry* 2016; 15:266–75.

DOI:10.1002/wps.20960

# От межмозговых связей к межличностной психиатрии

Dumas G. From inter-brain connectivity to inter-personal psychiatry. *World Psychiatry*. 2022;21(2):214-215. doi:10.1002/wps.20987

Когда речь идет о возникновении симптомов и лечении расстройств, психиатрия и нейронаука не всегда находят общий язык. С одной стороны, исследования в области нейронаук рассматривают психические расстройства через их биологические корреляты, используя записи активности мозга; с другой стороны, клиническая психиатрия опирается на показатели самоотчета, собранные во время личных интервью. Таким образом, учет как нейронных, так и эмпирических аспектов представляется одной из ключевых задач интеграции нейронауки и психиатрии.

Один из аспектов, в котором нейронаука и психиатрия действительно сходятся, – ограниченный учет межличностной динамики. В психиатрии основное внимание уделяется обследованию психического состояния пациента, хотя большинство психических расстройств сильно затрагивают межличностные аспекты и подвержены влиянию социальной динамики. Аналогичным образом, в нейронауке «социальный мозг» парадоксальным образом изучают в изолированных контекстах, делая вывод, что просто пассивное социальное восприятие и активное социальное взаимодействие одинаково кодируются на уровне мозга. Тем не менее исследования широко показали, что развитие социальных способностей детей требует тонких социальных взаимодействий с родителями, включающих активную и взаимную регуляцию обменов. Последние достижения в области социальной нейронауки позволяют предположить, что связь между мозгом и социальной динамикой может предоставить уникальную возможность для интеграции нейронауки и психиатрии, и признают при этом социальность психических расстройств.

В 2002 г. в новаторском исследовании функциональной магнитно-резонансной томографии (fMRI) была представлена методика, названная гиперсканированием<sup>1</sup>, в которой авторы одновременно сканировали мозг нескольких участников во время их взаимодействия в экономической игре. Это исследование открыло путь к разработке реалистичных экспериментальных протоколов, способных отразить важнейшие характеристики социальности, то есть динамичность и взаимность, для изучения нейронных механизмов, поддерживающих социальное познание и поведение.

Эта идея быстро распространилась на другие методы регистрации мозга, такие как электроэнцефалография (EEG) и функциональная спектроскопия в ближней инфракрасной области (fNIRS), которые дешевле и более гибки для социальных задач, требующих непосредственного взаимодействия лицом к лицу. Это привело к открытию специфических нейронных схем, поддерживающих социальное взаимодействие и отличающихся от тех, которые позволяют воспринимать только социальные стимулы. Например, одновременно задействованы зеркальные и ментализирующие сети с тонкой модуляцией общих представлений и поддержанием различий между собой и другим.

Помимо лучшего понимания внутримозгового уровня, развитие гиперсканирования также вдохновило несколько групп исследователей на изучение межмозгового уровня, то есть активности мозга между участниками. Основная гипотеза заключалась в том, что передача информации между мозгами различных индивидов может следовать тем же принципам, которые управляют передачей информации внутри мозга. Таким образом, ожидалось обнаружить согласованную активность между одним регионом и другим, распространяющуюся на двух или более индивидов. Этот новый межличност-

ный и динамический взгляд на социальное познание был тесно связан с развитием 4E познания, утверждающего, что разум находится не только в голове: он воплощен, встроен, задействован и расширен и во многих других структурах.

Благодаря гиперсканирующим записям выявлен новый тип нейронных коррелятов: межмозговые связи (IBC)<sup>2</sup>. Их можно определить как синхронизированную активность мозга двух или более людей, вовлеченных в социальный сценарий. Данная активность может быть обусловлена их взаимодействием, а не общей внешней средой. Для выявления IBC можно использовать все распространенные методы нейровизуализации: от fMRI и fNIRS, которые позволяют измерить амплитудную корреляцию (когда мозг активирует области в одно и то же время), до ЭЭГ (EEG) и магнитоэнцефалографии, которые обеспечивают достаточное временное разрешение для наблюдения фазовой синхронизации (когда мозг представляет когерентную осцилляторную активность во времени).

За последние два десятилетия наблюдение за IBC выросло из нескольких единичных исследований в совершенно новую область, охватывающую невербальные и вербальные обмены в диадических и групповых контекстах, взаимодействие между матерью и младенцем, романтическими партнерами, друзьями, а также совершенно незнакомыми людьми. Эти эксперименты выявили множество коррелятов IBC: от поведенческой синхронизации и имитации движений до языкового знакомства, эмпатической связи и даже человеческой привязанности. Этот массивный рост недавно позволил провести первые метаанализы и инициировал разработку стандартизированных инструментов IBC, закрепляя как научный прогресс, так и воспроизводимость в зарождающихся мультимозговых нейронаучных исследованиях.

Но как психиатрия может использовать эту новую форму мультимозговых измерений? Что способна привнести МКБ в понимание психиатрических заболеваний и как она может в конечном итоге помочь в повседневной практике клиницистов?

Во-первых, IBC способна служить нейронным коррелятом для основных клинических характеристик психических расстройств. Например, изменение интерактивного социального познания может быть более специфичным, чем изменение перцептивного социального познания<sup>3</sup>. Так, при расстройстве аутистического спектра пациенты редко упоминают о непонимании сложных социальных сюжетов в фильмах; они чаще жалуются на свои трудности с импровизацией в социальном взаимодействии в реальном времени в повседневной жизни. Таким образом, записи гиперсканирования могут помочь в дальнейшем изучении механизмов и проявлений психиатрических заболеваний с выраженным социальным компонентом<sup>4</sup>.

Таким образом, IBC обещает лучше отразить основные биологические факторы, влияющие на психиатрические проявления и лечение, не сводя их только к внутриличностным процессам.

Помимо этих последних достижений, мы также можем задаться вопросом о том, каковы следующие шаги мультимозговой нейронауки, и особенно о том, какие потенциальные пути она может открыть для психиатрических исследований и клинической практики.

Во-первых, если ранние работы проводились с участием людей, то недавний повышенный интерес к IBC возник бла-

годаря многочисленным исследованиям, проведенным на животных моделях<sup>7</sup>. Эти исследования не только воспроизвели ранние наблюдения межмозговых коррелятов у людей, но и впервые раскрыли клеточные механизмы. Этот переход от мезоскопического к микроскопическому уровню открывает возможности для расшифровки того, на какие биологические механизмы можно воздействовать фармакологически, чтобы потенциально улучшить *IBC*, а вместе с ней и нейроповеденческую межличностную динамику.

Во-вторых, еще одной недавней тенденцией стал переход от мультимозговой регистрации к мультимозговой стимуляции. Таким образом, развивающаяся область гиперстимуляции<sup>8</sup> может представлять собой следующий технологический шаг, позволяющий перейти от межмозговых корреляционных измерений к прямым причинно-следственным манипуляциям. Предварительные результаты уже демонстрируют, что индукция межмозговой синхронизации нейронных процессов формирует социальное взаимодействие в группах мышей и облегчает моторную координацию у людей. Если мультимозговая электромагнитная стимуляция даст представление о причинных факторах, модулирующих *IBC*, и в конечном итоге прольет свет на биологические механизмы, долгосрочная задача исследователей будет заключаться в том, чтобы выйти за рамки традиционных дебатов «корреляция против причинности» и дать интегративное объяснение феномену *IBC*<sup>9</sup>. Межличностная нейромодуляция с помощью фармакологических соединений, электромагнитной стимуляции и даже обоих способов может открыть путь к новым формам терапии в психиатрии.

Мы видели, как зарождающаяся мультимозговая нейронаука может привести к трансформационным приложе-

ниям в психиатрии: от межмозговых измерений для клинической характеристики до межмозговой нейромодуляции для лечения. Интересно, что эта межличностная психиатрия поможет так же серьезно относиться к нашим биологическим основам, как и к нашим социальным устоям.

### Guillaume Dumas

Department of Psychiatry and Addiction, University of Montreal, Montreal, QC Canada

Перевод: Малышко Л.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

### Библиография

1. Montague P.R., Berns G.S., Cohen J.D. et al. *NeuroImage* 2002;16:1159–64. [PubMed] [Google Scholar]
2. Dumas G., Nadel J., Soussignan R. et al. *PLoS One* 2010; 5:e12166. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. Schilbach L. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* 2016; 371:20150081. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
4. Bilek E., Stöbel G., Schäfer A. et al. *JAMA Psychiatry* 2017; 74:949–57. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5. Goldstein P., Weissman-Fogel I., Dumas G. et al. *Proc Natl Acad Sci USA*: 2018:115:E2528–37. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
6. Ellingsen D.M., Isenburg K., Jung C. et al. *Sci Adv* 2020; 6:eabc1304. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
7. Sliwa J. *Science* 2021; 374:397–8. [PubMed] [Google Scholar]
8. Yang Y., Wu M., Vázquez-Guardado A. et al. *Nat Neurosci* 2021; 24:1035–45. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
9. Moreau Q., Dumas G. *Trends Cogn Sci* 2021; 25:542–3. [PubMed] [Google Scholar]

.DOI:10.1002/wps.20987

## Непрерывное измерение результатов в современной психотерапии, основанной на клинических данных

Lutz W, Rubel J, Deisenhofer AK, Moggia D. Continuous outcome measurement in modern data-informed psychotherapies. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):215–216. doi:10.1002/wps.20988

Непрерывное измерение результатов в психотерапии стало центральной темой исследований только в последние два десятилетия<sup>1</sup>. Здесь мы даем краткое введение в соответствующие концепции и обсуждаем возможности и проблемы их внедрения в клинической практике.

Большинство систем непрерывного измерения результатов включают в себя короткие опросники для самоотчета, которые оценивают прогресс пациента от сеанса к сеансу. Получение этой психометрической информации позволяет терапевту оценить, является ли текущий подход успешным или необходима его адаптация. Для того чтобы помочь врачам понять, улучшается ли состояние конкретного пациента или он находится в группе риска по преждевременному прерыванию лечения, многие системы рутинного мониторинга результатов (ROM) включают обратную связь и эмпирически обоснованные правила принятия решений.

Правила принятия решений генерируются на основе данных из клинической практики<sup>1</sup>. С помощью больших наборов архивных данных можно оценить кривые ожидаемого восстановления и использовать их для построения пороговых значений, указывающих на то, какие показатели отражают повышенный риск неудачного лечения. Определив, что пациент находится в группе риска, некоторые ROM/системы обратной связи предоставляют терапевтам дополнительные инструменты клинической поддержки<sup>2</sup>. Эти вспомогательные инструменты включают в себя показатели процесса, разработанные для оценки конкретных факторов изменения в рамках и вне лечения, которые влияют на результат.

Первоначально эти инструменты включали два элемента, чтобы помочь терапевтам адаптировать лечение специально для пациентов, подверженных риску прерывания терапии: а) дополнительную оценку потенциальных проблемных областей (суицидальные мысли, мотивация) для прояснения индивидуального профиля риска пациента и б) дерево решений, помогающее терапевтам выбрать конкретные вмешательства в зависимости от полученного профиля риска.

Новые разработки основываются на этих идеях и включают мультимедийные обучающие материалы и прогнозирующие модели машинного обучения, чтобы помочь терапевтам проводить конкретные вмешательства, наиболее перспективные для конкретного пациента<sup>3</sup>.

Более 40 рандомизированных клинических исследований (РКИ) и несколько метаанализов предоставляют убедительную доказательную базу в пользу ROM и обратной связи. Показано, что лечение с учетом обратной связи приводит к улучшению результатов, снижению прерывания терапии при более высокой эффективности, чем стандартные методы лечения, основанные на доказательствах<sup>2,4</sup>. Самый последний всеобъемлющий метаанализ показал значительный эффект ( $d=0,15$ ) для обратной связи по сравнению с обычным лечением<sup>4</sup>. Этот эффект был немного выше для подгруппы пациентов, не ответивших на первоначальное лечение ( $d=0,17$ ).

Оценивая размер этих эффектов, важно помнить о двух моментах. Во-первых, эти эффекты накладываются на таковые от других методов лечения, основанных на доказательствах. Во-вторых, обратная связь – это дешевое техни-

ческое вмешательство, которое не создает значительных проблем ни для пациентов, ни для терапевтов. Соответственно, крупнейшее на сегодняшний день РКИ ( $n=2233$ ) продемонстрировало экономическую целесообразность добавления к терапии подхода *ROM* и формирования обратной связи в рамках системы улучшения доступа к системе психологической терапии Великобритании (*IAPT*). Хотя обратная связь была сопряжена с незначительным увеличением затрат на один случай (£15,17), она помогла значительно (на 8,01%) большему количеству терапевтов получить достоверное улучшение по окончании лечения<sup>5</sup>. Дальнейшее усиление обратной связи эффектов было неоднократно задокументировано для дополнительных клинических вспомогательных инструментов<sup>2,4</sup>.

Однако не все терапевты демонстрируют улучшение результатов лечения при использовании психометрической обратной связи. Основной причиной этого, по-видимому, является различная степень использования терапевтами информации, предоставляемой системами обратной связи. Подходы к оценке данной информации и определяют степень полезности обратной связи<sup>3,4</sup>.

В результате упомянутых исследований использование обратной связи о прогрессе и правилах принятия решений на основе эмпирических данных считается важной клинической компетенцией и значимым компонентом обучения терапевтов. Таким образом, текущие проблемы и исследовательские вопросы в этой области связаны с внедрением систем обратной связи с целью дальнейшего повышения уровня их использования специалистами в области психического здоровья.

Недавние дебаты о разработке и внедрении персонализированной, или «точной», психиатрической помощи также повлияли на исследования, основанные на измерениях и данных в области психотерапии<sup>6,7</sup>. Это развитие включает в себя основанные на данных рекомендации и правил принятия решений для выбора лечения, полученных на основе статистических алгоритмов и/или алгоритмов машинного обучения<sup>7</sup>. Цель этих подходов – предсказать оптимальный комплекс лечения, модуля или стратегии с учетом характеристик пациента.

Выбор лечения на основе данных и рутинный мониторинг результатов недавно были объединены в комплексные системы поддержки принятия решений, которые составляют основу современной информационно-ориентированной терапии (*DIT*). Такие *DIT* включают (интенсивные) оценки до и во время лечения, что позволяет немедленно применять эмпирические данные в клинической практике и разрабатывать индивидуальные диагнозы, концептуализации случаев и варианты лечения, особенно для пациентов с риском прерывания терапии. Сила таких исследований с большим количеством данных также была продемонстрирована в других областях общественного здравоохранения, таких как новые варианты лечения болезни Паркинсона или индивидуально подобранные методы лечения опухолей.

Примером такой системы стал Трирский навигатор лечения (*TTN*), эмпирически поддерживающий клинические решения, которые необходимо принять в начале психотерапии, а также в ходе текущего лечения. В начале терапии алгоритм используется для выработки стратегии лечения для конкретного пациента и прогнозирования риска обрыва терапии. После принятия решения о первоначальном плане лечения *TTN* далее поддерживает врачей постоянной персонализированной обратной связью о прогрессе их пациентов на протяжении всего курса лечения. Для того чтобы терапевты могли оценить эти изменения, динамический порог показывает, соответствуют ли эти изменения ожиданиям, или существует повышенный риск неудачи лечения. Если баллы пациента превышают пороговое значение, *TTN* предупреждает терапевта и предоставляет дополнительную информацию о потенциальных зонах риска, которые

могут препятствовать улучшению состояния пациента. На основе этой оценки риска терапевт получает поддержку в виде мультимедийных обучающих инструментов, предлагающих альтернативные клинические вмешательства (например, с помощью видео), инструменты, предлагающие альтернативные клинические вмешательства (например, через видео или текстовые материалы).

В недавно опубликованном исследовании оценивались оба компонента этой комплексной навигационной системы на выборке из 538 пациентов<sup>8</sup>. Каждая дидактика пациент-терапевт была рандомизирована так, чтобы терапевт имел доступ к *TTN* (группа вмешательства;  $n=335$ ) или не имел (лечение как обычно;  $n=203$ ). Анализ показал, что пациенты, которые получали проспективно предсказанную оптимальную стратегию лечения, значимо имели более ранние улучшения в состоянии ( $d=0,3$ ). Анализ, касающийся персонализированной обратной связи во время лечения, показал, что терапевтические переменные значительно предсказывали или модерировали эффекты системы. Например, осведомленность терапевта о симптомах, его отношение к обратной связи и уверенность в ее использовании влияли на результат лечения<sup>8</sup>.

Таким образом, на данный момент техническое внедрение *DIT* представляется недостаточным. Необходимы стандарты качества, а также научная подготовка терапевтов, и эти факторы требуют дальнейшего изучения. Кроме того, новые методологические и технологические достижения могут способствовать дальнейшему совершенствованию *DIT* (например, более интенсивные измерения несколько раз в день или цифровое фенотипирование маркеров стресса).

В целом *DIT* имеют потенциал для расширения нашего понимания клинических концепций и улучшения клинической практики. Интеграция современных технологий в непрерывный мониторинг результатов стала более сложной и прокладывает мост к более совершенной психиатрической помощи<sup>9</sup>. Мы считаем, что настало время отказаться от вечного цикла разработки и тестирования новых комплексов лечения «среднего» пациента, которые редко оказываются более эффективными, чем имеющиеся варианты терапии. Вместо этого мы призываем к мониторингу прогресса в ежедневной практике и повышенному вниманию к пациентам, подверженным риску неудачного лечения.

**Wolfgang Lutz<sup>1</sup>, Julian Rubel<sup>2</sup>,  
Anne-Katharina Deisenhofer<sup>1</sup>, Danilo Moggia<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychology, University of Trier, Trier, Germany;  
<sup>2</sup>University of Gießen, Gießen, Germany

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Barkham M., Lutz W., Castonguay L.G. (eds). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken: Wiley, 2021.
2. Lambert M.J., Whipple J.L., Kleinstäuber M. *Psychotherapy* 2018; 55:520–37.
3. Lutz W., Schwartz B., Delgado J. *Annu Rev Clin Psychol* 2021; doi: 10.1146/annurev-clinpsy-071720-014821.
4. de Jong K., Conijn J.M., Gallagher R.A.V. et al. *Clin Psychol Rev* 2021; 85:102002.
5. Delgado J., McMillan D., Gilbody S. et al. *Behav Res Ther* 2021; 142:103873.
6. Cohen Z.D., DeRubeis R.J. *Annu Rev Clin Psychol* 2018; 14:209–36.
7. Chekroud A.M., Bondar J., Delgado J. et al. *World Psychiatry* 2021; 20:154–70.
8. Lutz W., Deisenhofer A.-K., Rubel J. et al. *J Consult Clin Psychol* 2021; doi: 10.1037/ccp0000642.
9. Lutz W., Schwartz B. *World Psychiatry* 2021; 20:380–1.

DOI:10.1002/wps.20988

# Причины, по которым люди отказываются от вакцины против COVID-19 (и что с этим можно сделать)

Hornsey MJ. Reasons why people may refuse COVID-19 vaccination (and what can be done about it). *World Psychiatry*. 2022;21(2):217-218. doi:10.1002/wps.20990

Закон о вакцинации 1853 года, который «предписывал» вакцинацию младенцев от оспы в Англии, вызвал появление Антипрививочной Лиги, массовые уличные протесты и возникновение нескольких антипрививочных журналов. Были высказаны различные критические замечания: что вакцины небезопасны; что вакцины явление «нехристианское»; что предписания о вакцинации были нарушением личной свободы. Теорий заговора и дезинформации было предостаточно.

Когда мы размышляем о сомнениях в отношении вакцин в эпоху COVID-19, стоит помнить, что эти мысли не новы. Что является относительно новым, так это систематическое эмпирическое исследование психологических механизмов, лежащих в основе отказа от вакцинации: изучение данных *Web of Science* показывает, что 35% статей, когда-либо написанных по психологии вакцин, были опубликованы с 2020 года. Также новыми являются опасения, что отказ от вакцинации представляет собой проблему для психического здоровья. С началом пандемии связанные с этим дискуссии о вакцинации вызывают беспокойство, что люди, сомневающиеся в вакцинации, попадают в цикл недоверия, стигматизации, изоляции и психологического стресса<sup>1</sup>. Параллельно с этим появляющиеся данные говорят: почему люди отказываются от вакцинации против COVID-19 и что можно с этим сделать? Здесь я исследую 3 фактора, связанных с отказом от вакцинации, – ошибочная оценка рисков, конспирологические теории и идеология – и размышляю об их последствиях для информирования о коммуникационных стратегиях.

Необычный аспект человеческого разума – это то, что мы пытаемся рационально оценить риск. Аргументы такого плана: «у тебя один шанс на миллион развития смертельных тромбов, если ты вакцинируешься» или «риски вакцинировавшихся ниже, чем риски невакцинировавшихся» требуют от нас аналитического и беспристрастного подхода к оценке риска. Но наша эволюционная история не подготовила нас к миру науки, статистики и базовых ставок. Скорее, наш разум настроен так, чтобы оценивать риск как функцию ярких событий и историй, обработанных эмоционально<sup>2</sup>. Статистика по основным оценкам оказывает на удивление незначительное влияние в лице драматических историй «заболеваемости» о здоровых людях, чьи жизни были разрушены или потеряны из-за побочной реакции на вакцину. Эти изображения и повествования являются основной стратегией движения против вакцинации, а также общей чертой освещения вакцины против COVID-19 в основных новостях. В этом контексте человеческой природе свойственно испытывать беспокойство при мысли о вакцинации против COVID-19, особенно у тех, кто склонен к интуитивному или эмпирическому стилю познания.

Положившись на эту основную тенденцию, вполне возможно, что клинические или субклинические проблемы могут затруднить способность людей объективно оценивать риск. Было высказано предположение, что определенные психические расстройства – например, боязнь крови, уколов и травм – могут провоцировать у людей чувство инстинктивного отвращения к прививкам<sup>3</sup>. В связи с этим крупномасштабный опрос показал, что уровень отвращения участников при виде игл для анестезии или крови предсказывал сомнения в отношении вакцинации в 25 странах.

Попытки успокоить людей, что вакцинация безопасна, являются еще более сложными, когда люди оспаривают обоснованность научных сообщений. Для некоторых ученые, правительство и разработчики лекарств – часть заговора тех, кто преувеличивает доказательства того, что вакцина полезна, и скрывают доказательства того, что вакцина, на самом деле, опасна. Одним из самых мощных факторов нерешительности в отношении вакцинации является конспирологическое мировоззрение: представление о том, что для групп элиты обычным делом является проведение тщательно продуманных мистификаций против общественности в условиях почти полной секретности. Особенно на Западе, удивительно большое количество несогласий делать прививки можно объяснить тем, что люди думают, что принцесса Диана была убита, или что 9/11 была совершена своим же правительством<sup>4</sup>. Когда у людей такое мировоззрение, доказательства, которые обычно были бы убедительными – например, правительственные гарантии безопасности и научный консенсус в отношении эффективности – могут быть перевернуты, чтобы быть доказательством теории заговора. Неспособные доверять официальным сообщениям, эти люди могут безоговорочно доверять новостям, которые отражают их недоверие, таким как представители индустрии здоровья и некоторые политики-популисты<sup>5</sup>.

Следует отметить, что у недоверия может быть какое-то разумное основание, хотя в данном случае оно чрезмерно обобщенно, чтобы охватить объективно неправдоподобные теории заговора. Здравый смысл утверждает, что мы должны проявлять бдительность в отношении признаков того, что корыстные интересы оказывают разрушительное влияние на здравоохранение (большое количество фаз независимого регулирования вокруг разработки вакцин свидетельствуют о том, что система здравоохранения разделяет эту озабоченность). Также стоит помнить, что существуют травмирующие исторические примеры медицинского расизма, которые широко распространены в определенных сообществах, когда они обсуждают безопасность вакцин. Членам общества, которые чувствуют себя защищенными системой, легче сообщить о том, что системе можно доверять, чем людям, которые чувствуют себя маргинализированными системой, что может быть причиной того, что в некоторых странах сообщества, отличающихся культурным и языковым разнообразием, медленнее всего прививаются от COVID-19<sup>6</sup>.

Наконец, существует множество свидетельств того, что идеологические факторы сформировали готовность людей принять вакцины против COVID-19. Для людей, которые привержены компактному государственному аппарату, экономическому прогрессу и индивидуальным свободам (как и многие консерваторы), реакция регулирующих органов на пандемию может быть воспринята как идеологически вредная. Столкнувшись с отвратительным решением проблемы пандемии, консерваторы могут быть мотивированы вместо этого подвергнуть сомнению научную информацию о COVID-19. В некоторых странах, таких как США, это идеологическое разделение является одним из наиболее узнаваемых явлений эпохи COVID-19: хотя среди крайне левых есть небольшие очаги сопротивления вакцинации, консерваторы сообщают о меньшем намерении вак-



цинироваться, чем либералы в целом<sup>7</sup>. Будучи вовлеченными в алгоритм, определяющий политические убеждения человека, решение о вакцинации стало не просто отражением того, во что верят люди, но и способом сигнализировать другим о своей политической и идеологической идентичности.

Понимание факторов, рассмотренных выше, помогает понять то, что для многих ученых и медицинских работников является одной из самых раздражающих и трудных для понимания особенностей дискуссий о вакцинации: фактов недостаточно. Простое повторение фактических данных было заведомо неэффективным способом изменить отношение среди тех, кто считает себя противниками вакцинации<sup>8</sup>. Одна из причин этого заключается в том, что люди не всегда ведут себя как ученые-когнитивисты, взвешивая доказательства, прежде чем прийти к выводу. Часто мы ведем себя скорее как когнитивные юристы, выборочно разоблачая себя, критикуя и запоминая доказательства, которые подкрепляют вывод, который кажется нам «правильным». Успешное общение требует глубокого слушания и внимательного отношения к страхам, мировоззрениям и идеологиям, которые могут мотивировать отказ от COVID-19<sup>9</sup>. Попытки убеждения, которые реагируют на эти фундаментальные «корни отношения», с большей вероятностью будут успешными, чем те, которые основываются с единственным акцентом на факты и данные<sup>3</sup>.

Наконец, специалисты в области психического здоровья, как и все остальные, признают важность общения, не вызывающего стигматизации и инклюзивность. Хотя публичное лицо движения против вакцинации иногда кажется резким и недостойным сочувствия, члены сообщества, разделяющие эти взгляды, часто испытывают беспокойство и неуверенность. Существует потенциальная возможность возникновения циклов отрицательной обратной связи, когда колеблющиеся в отношении вакцинации чувствуют себя непонятыми и заклеятыми, укрепляя свое мировоззрение о том, что система коррумпирована и лишена чело-

вечности. Чувствуя себя социально изолированными, отказывающиеся от вакцинации могут быть привлечены к онлайн-сообществам и дезинформации, которые усиливают их страхи. Уважительное общение – это не просто «приятное» занятие; на прагматическом уровне это необходимо условие для обеспечения позитивных изменений.

## Matthew J. Hornsey

University of Queensland Business School, University of Queensland, St. Lucia QLD, Australia

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

### Библиография

1. Barkham M., Lutz W., Castonguay L.G. (eds). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken: Wiley, 2021.
2. Lambert M.J., Whipple J.L., Kleinstäuber M. *Psychotherapy* 2018; 55:520–37.
3. Lutz W., Schwartz B., Delgado J. *Annu Rev Clin Psychol* 2021; doi: 10.1146/annurev-clinpsy-071720-014821.
4. de Jong K., Conijn J.M., Gallagher R.A.V. et al. *Clin Psychol Rev* 2021; 85:102002.
5. Delgado J., McMillan D., Gilbody S. et al. *Behav Res Ther* 2021; 142:103873.
6. Cohen Z.D., DeRubeis R.J. *Annu Rev Clin Psychol* 2018; 14:209–36.
7. Chekroud A.M., Bondar J., Delgado J. et al. *World Psychiatry* 2021; 20:154–70.
8. Lutz W., Deisenhofer A.-K., Rubel J. et al. *J Consult Clin Psychol* 2021; doi: 10.1037/ccp0000642.
9. Lutz W., Schwartz B. *World Psychiatry* 2021; 20:380–1. DOI:10.1002/wps.20988

DOI:10.1002/wps.20990

# DSM-5-TR: обзор обновлений и изменений

First MB, Yousif LH, Clarke DE, Wang PS, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*. 2022;21(2):218-219. doi: 10.1002/wps.20989

DSM-5 Text Revision (DSM-5-TR)<sup>1</sup> – первая изданная ревизия DSM-5 с момента первой публикации в 2013 г. Как и издававшиеся ранее ревизии (DSM-IV-TR), основной задачей DSM-5-TR было всестороннее обновление описания каждого из расстройств в DSM с опорой на обзоры литературы, опубликованной со времени предыдущего издания данной классификации. Впрочем, в отличие от DSM-IV-TR, в которой обновления касались только текста<sup>2</sup>, в DSM-5-TR немало заметных изменений и улучшений, которые важны и для практикующих клиницистов, и для исследователей. Эти изменения включают в себя дополнительные диагностические категории, модификации и обновления в терминологии диагностических критериев, а также определения спецификаторов.

Обновления в диагностических критериях и в тексте в DSM-5-TR стали результатом двух разделенных, но конкурирующих процессов. Во-первых, непрерывной доработки, которая позволяет вносить в перечень и удалять из него расстройства. Во-вторых, уточнять, а также вносить изменения в диагностические критерии, что происходит непрерывно<sup>3</sup>, начиная с самой первой публикации DSM-5, а также дополнительно пересматривать текст, что началось еще в 2019 году.

Невзирая на то, что большинство изменений со времен публикации DSM-5, включенных в эту ревизию, вносили незначительные коррективы и служили цели исправить ошибки, прояснить двусмысленность или разрешить несоответствие между диагностическими критериями и текстом, некоторые из правок могут быть достаточно значимыми для того, чтобы повлиять на клиническую практику<sup>4</sup>. Здесь мы подчеркнули основные новшества в DSM-5-TR, разделив их на четыре категории: дополнительные диагностические категории и коды симптомов; изменения в диагностических критериях и определениях спецификаторов; обновленная терминология; значимые изменения текста.

Диагностические категории, добавленные в DSM-5-TR: «затяжная патологическая реакция горя», «неуточненное расстройство настроения» и «легкое нейрокогнитивное расстройство, вызванное употреблением стимуляторов».

Затяжная патологическая реакция горя характеризуется наличием как минимум в течение 12 месяцев после смерти любимого человека выраженного чувства тоски по погибшему и/или устойчивой поглощенности размышлениями об умершем, сопровождающемся другими относящимися к горю симптомами, такими как притупление эмоций, силь-

ная эмоциональная боль, избегание напоминаний об умершем. Эти симптомы должны быть тяжелы настолько, чтобы препятствовать повседневному функционированию<sup>5,6</sup>.

Неуточненное расстройство настроения – резидуальная категория для аффективных симптомов, которые не соответствуют полноценным критериям для любого другого расстройства настроения ни в биполярном, ни в депрессивном диагностических классах. В том числе затруднительно выбрать между неуточненным биполярным и сходным расстройством и неуточненным депрессивным расстройством (например, при острой ажитации).

Легкое нейрокогнитивное расстройство, вызванное употреблением стимуляторов, добавлено к уже существующим типам обусловленных потреблением веществ легких нейрокогнитивных расстройств (алкоголь, ингалянты, снотворные, седативные или анксиолитические вещества), так как стало известно, что нейрокогнитивные симптомы, такие как трудности с обучаемостью, нарушения памяти и исполнительных функций, могут быть вызваны употреблением стимуляторов<sup>7</sup>.

Отдельные коды симптомов добавлены в раздел «Другие состояния, которые могут быть клинически значимы» для определения наличия (или в анамнезе) суицидального поведения («потенциально самоповреждающее поведение с хотя бы некоторым намерением погнубнуть») и несуицидального самоповреждения («намеренное самоповреждение тела с целью вызвать кровотечение, оставить синяки или причинить боль без суицидальных намерений»)<sup>1</sup>. Эти коды позволят клиницистам фиксировать такие клинически значимые формы поведения, независимо от любых других психиатрических диагнозов.

Изменения в диагностических критериях или определениях спецификаторов реализованы для более чем 70 расстройств. Хотя большинство этих правок сравнительно малы, несколько из них важны и адресованы определенным проблемам, которые могли привести к неверной диагностике. Диагностические критерии или спецификаторы с наиболее значимыми изменениями касались «А»-критерия расстройства аутистического спектра; спецификаторов тяжести маниакального эпизода; добавления спецификатора течения расстройства адаптации; а также «А»-критерия для делирии.

Расстройство аутистического спектра определяется как присутствие затруднений в социальном взаимодействии посредством вербальной и невербальной коммуникации («А»-критерий) в сочетании с узким репертуаром повторяющегося поведения («В»-критерий). В то время как минимальный порог повторяющегося поведения был однозначным (как минимум два из четырех), минимальные требования к количеству вариантов проблем в социальной сфере были двусмысленными. Фраза в «А»-критерии «присутствие следующих признаков» могла быть интерпретирована как «любой из следующих признаков» (один из трех) или «все нижеописанное» (три из трех). Так как рабочая группа DSM-5 всегда стремилась к сохранению диагностической точности, которая подразумевает присутствие всех трех признаков состояния, «А»-критерий был сформулирован более ясно: «присутствие всех нижеописанных признаков».

Спецификатор «легкой» тяжести маниакального эпизода (присутствуют не все обязательные симптомы, но имеющиеся сильно выражены; симптомы неприятны, но переносимы, а также симптомы приводят к небольшим нарушениям в социальной или трудовой сфере) не соответствовал «С»-критерию маниакального эпизода, который подразумевал, что нарушение настроения должно быть достаточно выраженным, чтобы вызвать заметные нарушения в социальной или трудовой сфере, необходимость госпитализации или сопровождаться психотическими явлениями. Спецификаторы тяжести из DSM-IV теперь адаптированы: «легким» считается состояние при наличии минимального

количества критериев; «средней тяжести» считается состояние, когда присутствует выраженное в значительной степени повышение активности или отсутствует критика к состоянию; а «тяжелым» называют состояние, требующее непрерывного наблюдения специалиста.

Спецификаторы, отражающие продолжительность расстройства адаптации, непреднамеренно исключены из DSM-5 и теперь возвращены: «острое» в случае наличия симптомов менее 6 месяцев и «хроническое» в случае наличия симптомов дольше 6 месяцев после окончания воздействия стрессового фактора или обстоятельств, с ним связанных.

Основные когнитивные характеристики при делирии: нарушения внимания и ориентировки во внешней среде. В то время как суть «нарушения внимания» ясно описана в «А»-критерии (сниженная способность к направлению внимания, фокусировке, удержанию и переключению внимания), характеристика ориентировки во внешней среде «сниженная» вносит путаницу, ведь «дезориентация» уже появляется в «С»-критерии как «дополнительные когнитивные нарушения». Как следствие, «А»-критерий был переформулирован без использования «ориентировки» и теперь звучит так: «Нарушения внимания (то есть сниженная способность к направлению внимания, фокусировке, удержанию и переключению внимания) в сочетании с нарушением восприятия внешней среды».

Терминология в DSM-5 обновлена с целью утвердить предпочтительное на данный момент ее использование. «Нейролептические препараты» заменены на «антипсихотические препараты или другие средства, блокирующие дофаминовые рецепторы»; «умственная отсталость» теперь «нарушение интеллектуального развития»; «конверсионное расстройство» стало «функциональным неврологическим синдромом». В угоду развитию терминологии в области гендерной дисфории «желаемый гендер» был изменен на «гендерный опыт»; «рожденный мужчиной/рожденный женщиной» – на «человек, признанный при рождении мужчиной» и «человек, признанный при рождении женщиной»; «терапия по смене пола» – на «гендер-подтверждающая (гендерно-аффирмативная) терапия».

Обновления в тексте стали результатом трехгодичного процесса, включавшего более чем 200 экспертов, большинство из которых участвовали в разработке DSM-5. 20 обзорных групп трудились над главами Секции II, каждую из которых возглавлял редактор Секции. Экспертов просили проверить текст, чтобы найти устаревшую информацию. Для этого использовались литературные обзоры за период последних 10 лет.

Три работавшие параллельно обзорные группы (пол и гендер, культура, суицид) проверяли каждую главу, сфокусировавшись на фрагментах, содержащих только материалы для их экспертизы. Получившийся в результате текст был отдан на судебно-медицинскую проверку. И наконец, рабочие группы по этническому равенству и инклюзивности проверяли весь текст, чтобы убедиться, что при описании этнических, расовых и культуральных особенностей симптоматики и распространенности расстройств учитывалось влияние на постановку диагноза таких явлений, как расизм и дискриминация.

Значительно изменилась большая часть описаний расстройств. Разделы текста, в которых произошло особенно много изменений: «Распространенность», «Риск и прогностические факторы», «Обусловленные культурными особенностями диагностические особенности», «Половые и гендерные диагностические особенности», «Связь с суицидальными мыслями и поведением» и «Коморбидные состояния».

Меньше всего изменений оказалось в разделах «Диагностические характеристики» и «Дифференциальная диагностика».

Американская Психиатрическая Ассоциация продолжает принимать основанные на эмпирических наблюдениях предложения по изменениям в классификацию DSM. Гайдлайны для подачи таких предложений можно найти на сайте: [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org).

**Michael B. First<sup>1</sup>, Lamyaa H. Yousif<sup>2</sup>, Diana E. Clarke<sup>2</sup>, Philip S. Wang<sup>3</sup>, Nitin Gogtay<sup>2</sup>, Paul S. Appelbaum<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA;

<sup>2</sup>American Psychiatric Association, Washington, DC, USA;

<sup>3</sup>Cambridge Health Alliance, Cambridge, MA, USA

Перевод: Северцев В.В. (Москва)

Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2022.
2. First M.B., Pincus H.A. *Psychiatr Serv.* 2002; 53(3):288–292.
3. First M.B. *World Psychiatry.* 2016; 15(3):223–224.
4. Appelbaum P.S., Leibenluft E., Kendler K.S. *Psychiatr Serv.* 2021; 72(11):1348–1349.
5. Prigerson H.G., Boelen P.A., Xu J. et al. *World Psychiatry.* 2021; 20(1):96–106.
6. Szuhany K.L., Malgaroli M., Miron C.D. et al. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2021; 19(2):161–172.
7. Spronk D.B., van Wel J.H., Ramaekers J.G. et al. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013; 37(8):1838–1859.  
DOI:10.1002/wps.20989

# Неотложная психиатрическая помощь: подходы к расширению спектра услуг и улучшению доступа к медицинской помощи и ее качества

Sonia Johnson<sup>1,2</sup>, Christian Dalton-Locke<sup>1</sup>, John Baker<sup>3</sup>, Charlotte Hanlon<sup>4,5</sup>, Tatiana Taylor Salisbury<sup>4</sup>, Matt Fossey<sup>6</sup>, Karen Newbigging<sup>7,8</sup>, Sarah E. Carr<sup>9</sup>, Jennifer Hensel<sup>10</sup>, Giuseppe Carrà<sup>11</sup>, Urs Hepp<sup>12</sup>, Constanza Caneo<sup>13</sup>, Justin J. Needle<sup>14</sup>, Brynmor Lloyd-Evans<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Psychiatry, University College London, London, UK; <sup>2</sup>Camden and Islington NHS Foundation Trust, London, UK; <sup>3</sup>School of Healthcare, University of Leeds, Leeds, UK; <sup>4</sup>Centre for Global Mental Health, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK; <sup>5</sup>Department of Psychiatry, School of Medicine, and Centre for Innovative Drug Development and Therapeutic Trials for Africa, College of Health Sciences, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia; <sup>6</sup>Faculty of Health, Education, Medicine and Social Care, Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK; <sup>7</sup>Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK; <sup>8</sup>Institute for Mental Health, University of Birmingham, Birmingham, UK; <sup>9</sup>Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK; <sup>10</sup>Department of Psychiatry, University of Manitoba, Winnipeg, MB, Canada; <sup>11</sup>Department of Medicine and Surgery, University of Milano Bicocca, Milan, Italy; <sup>12</sup>Integrated Psychiatric Services Winterthur, Zürcher Unterland, Winterthur, Switzerland; <sup>13</sup>Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; <sup>14</sup>Centre for Health Services Research, School of Health Sciences, City, University of London, London, UK

Перевод: Викторов А.А. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, Newbigging K, Carr SE, Hensel J, Carrà G, Hepp U, Caneo C, Needle J, Lloyd-Evan B. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):220-236. doi:10.1002/wps.20962

**Резюме.** Службы неотложной психиатрической помощи очень важны для пациентов и их близких и поглощают значительную долю ресурсов в области психического здоровья во многих странах. Однако неотложная медицинская помощь зачастую непопулярна, а иногда и носит принудительный характер, а данные о том, какие модели лучше всего подходят для опыта и результатов лечения пациентов, остаются на удивление ограниченными, отчасти отражая трудности в проведении исследований с участием людей, находящихся в кризисной ситуации. Особенно ощущается нехватка данных о наилучших подходах к первоначальной оценке состояния пациентов и непосредственному управлению процессами лечения, однако потенциально полезными могут оказаться некоторые новаторские модели, предусматривающие проведение расширенной оценки состояния, кратковременное вмешательство и диверсификацию условий и стратегий оказания поддержки. Палаты неотложной помощи по-прежнему играют центральную роль на этапе интенсивного лечения после кризиса, однако необходимо разработать, оценить и внедрить новые подходы к сокращению масштабов принуждения, решению проблем, связанных с травмами, к диверсификации методов лечения и занятости в стационарах, принятию решений и сотрудничеству в уходе. Данные, свидетельствующие о том, что некоторые лица, пользующиеся услугами по интенсивному домашнему лечению или в амбулаторных отделениях и общинных кризисных службах, не принимаются в больницы: более глубокое понимание того, как лучше всего оказать помощь в широком спектре контекстов и что лучше всего подходит для пациентов, было бы очень ценным. Подходы к урегулированию кризисов в частном и волонтерском секторе более гибкие и неформальные: такие услуги могут дополнять имеющиеся подходы и давать ценный опыт в отношении работы государственного сектора, особенно для групп, которые, как правило, недостаточно охвачены или совсем не охвачены такими услугами. В таких подходах часто участвуют сотрудники, имеющие личный опыт работы в кризисных ситуациях, связанных с психическим здоровьем, эти люди играют важную потенциальную роль в повышении качества неотложной медицинской помощи во всех секторах. Во многих странах с низким и средним уровнем дохода существует значительный разрыв в оказании услуг, обусловленный недостаточным доступом к качественной психиатрической помощи. Ответные меры должны основываться на существующих мерах реагирования, принятых в обществе, и обеспечивать конкретные условия организации помощи. Необходимость выхода за рамки формальных систем в условиях нехватки ресурсов может привести к более широкому изучению местных стратегий оказания помощи.

**Ключевые слова:** неотложная медицинская помощь; психические кризисные ситуации; стационарные психиатрические отделения; кризисные центры; отделения неотложной помощи; бригады по урегулированию кризисных ситуаций и лечению на дому; интенсивное лечение на дому.

Неотложная психиатрическая помощь, включая стационарные отделения неотложной помощи и службы, которые занимаются урегулированием психических кризисов в отделениях неотложной помощи и в сообществах, поглощает значительную долю ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья во многих странах<sup>1</sup>. Тем не менее она по-прежнему часто непопулярна, иногда воспринимается как травматичная или принудительная и имеет мало научных доказательств того, что она приводит к устойчивому улучшению результатов.

Тем не менее беспрепятственный доступ к мерам реагирования в кризисных ситуациях по-прежнему имеет большое значение для многих пользователей услуг, лиц, осуществляющих уход, врачей и лиц, обращающихся за психиатрической помощью. Таким образом, инновации, которые приводят к улучшению опыта и результатов лечения и более эффективному использованию ресурсов, имеют высокий потенциал для общего воздействия на оказание помощи. В настоящем документе мы подводим итоги исследования существующих моделей

услуг и их доказательной базы и выявляем инновации, перспективные на будущее.

Рассмотрим первоначальные меры реагирования на острый кризис, включая оценку, сортировку и планирование первичного ухода. Затем обсудим условия, в которых осуществляется интенсивное вмешательство в целях урегулирования кризиса. И наконец, предложим некоторые межсекторальные подходы к оказанию помощи в кризисных ситуациях, уделяя особое внимание вкладу добровольного сектора; роли пользователей

услуг и коллег в разработке, руководстве и предоставлении кризисных услуг; дистанционному оказанию помощи в кризисных ситуациях; предотвращению кризисов.

В отношении географического охвата невозможно по-настоящему глобально взглянуть на неотложную психиатрическую помощь. Однако, хотя большинство авторов этой статьи базируются в Великобритании и, следовательно, склонны опираться на примеры Национальной службы здравоохранения (*NHS*) этой страны, мы также включаем в обзор работы авторов из нескольких других стран и заканчиваем разделом, посвященным исследованиям из стран с низким и средним уровнем дохода (*LMICS*), в которых отсутствуют специализированные формы кризисной службы.

Мы ориентируемся в первую очередь на неотложную помощь взрослому трудоспособного возраста, а не на специализированные модели для лечения детей и подростков или пожилых людей. Отдельные кризисные службы для этих последних групп редки в большинстве стран, и оказываемый ими уровень неотложной помощи, которые мы обсуждаем в этом документе, сильно варьируется.

Проектирование и разработка методологии оказания неотложной помощи должны основываться на фактических данных, и мы бы предпочли сосредоточиться в первую очередь на вмешательствах, для которых имеются надежные фактические данные. Однако практические и этические проблемы при наборе участников, переживающих кризис психического здоровья, затрудняют исследования в этой области<sup>2</sup>, поэтому доказательная база далеко не пропорциональна важности неотложной психиатрической помощи. Поэтому мы включаем в статью не только подходы и модели, которые опираются на сильную доказательную базу, но и другие, которые кажутся ценными для проведения оценки.

## **ОЦЕНКА И НЕМЕДЛЕННОЕ ПРЕОДОЛЕНИЕ КРИЗИСА**

### **Обзор вопросов оказания неотложной помощи психиатрическим больным в больницах общего профиля**

Для многих людей, испытывающих острую проблему с психическим здоровьем, посещение отделения неотложной помощи местной больницы общего профиля является вариантом по умолчанию в кризисной ситуации<sup>3</sup>, и в некоторых системах охраны психического здоровья направление на

первичную медицинскую помощь может быть только в такие больницы. Несмотря на усилия по разработке альтернатив, количество таких пациентов в неотложных отделениях, как сообщается, растет в США<sup>4</sup>, Австралии<sup>5</sup> и Англии<sup>6</sup>. Сообщается, что их посещаемость снова возросла после спада на ранних этапах пандемии COVID-19<sup>7,8</sup>.

Обзор фактических данных из семи стран<sup>9</sup> показал, что наиболее часто в отделениях неотложной помощи встречаются пациенты со следующими симптомами и болезнями: самоповреждения, попытки самоубийства, суицидальные мысли, депрессия и шизофрения (такие больные составляют 4% от общего потока пациентов).

Несмотря на высокую доступность, часто сообщается, что отделения неотложной помощи оказываются плохой средой для лечения психиатрических пациентов. Такие люди, как правило, беспокойны и могут заставлять других длительно ожидать и быть свидетелями неприятных зрелищ и звуков. Диагностика проводится в совершенно иной и более институциональной среде, отличной от обычного социального контекста пациентов, и сообщалось, что диагностика в таких отделениях с большей вероятностью приведет к госпитализации, чем при оценке аналогичных кризисов в других учреждениях<sup>10</sup>.

Сотрудники отделений неотложной помощи могут не иметь подготовки, необходимого для эффективной работы и выражения сопереживания людям, находящимся в кризисе психического здоровья<sup>11</sup>. Часто сообщалось о негативном отношении к пациентам с признаками психического расстройства<sup>12</sup>, особенно к тем, кто неоднократно наносил себе самоповреждения и у кого может быть диагноз «расстройством личности»<sup>13</sup>.

Качество и объем исследований, изучающих эффективность различных подходов к улучшению оценки психического здоровья и лечения в отделениях неотложной помощи, могут не соответствовать требуемым. Проблемы включают в себя очень разнообразный характер задач, выполняемых в отделениях неотложной помощи и, в более широком смысле, в больницах общего профиля, где используется модель психиатрических связей; отсутствие качественных рутинных данных; трудности с объединением источников данных больниц общего профиля и поставщиков психиатрических услуг; трудности с выбором соответствующих показателей результатов для отражения кратких контактов<sup>14</sup>.

Международный систематический обзор моделей оказания психиатрической помощи выявил всего 17 соответствующих исследований, относящихся только к Австралии, Канаде, Великобритании и США<sup>15</sup>. Сотрудники службы психического здоровья могут быть интегрированы в команду отделения, поддерживая ее при оценке пациентов и сортировке. Служба связи с психиатрами может работать по всему отделению неотложной помощи и больнице общего профиля. Приглашения различных форм могут быть заключены между отделением неотложной помощи и психиатрической службой в рамках одной и той же больницы, чтобы последняя могла предоставлять информацию пациентам при направлении. Наконец, как обсуждается далее, центры психического здоровья могут располагаться вдали от больницы общего профиля. Сообщалось о множестве преимуществ этих моделей, в основном связанных с мерами по использованию услуг, такими как время ожидания, ограничения или незапланированные выезды из отделения неотложной помощи. Большинство исследований не включают клинические результаты или сообщения пациентов.

Какая бы модель ни использовалась, задача в отделениях неотложной помощи заключается в обеспечении того, чтобы в течение короткого периода оценки кризиса быстро устанавливались теплые и поддерживающие терапевтические отношения, чтобы избежать травматического и принудительного опыта ухода и создать контекст для совместного принятия решений о следующих шагах<sup>16,17</sup>. Было бы полезно провести дополнительные исследования, посвященные клинической коммуникации, терапевтическим отношениям и подходам к оценке при кризисах психического здоровья в отделениях неотложной помощи.

### **Модели расширенной диагностики и сортировки пациентов после посещения отделений неотложной помощи**

Международный анализ данных показал, что исследования сильно различались в разных странах<sup>9</sup>. Усилия по повышению качества первичной оценки после посещения отделений неотложной помощи привели к созданию моделей, которые продлевают период оценки психического здоровья в обстановке, которая должна быть более успокаивающей и способствующей оказанию качественной психиатрической помощи, чем в отделениях неотложной помощи.

Целый ряд таких подходов разработан и описан на международном уровне. Службы неотложной психиатрической помощи (*PES*); другие названия которых включают комплексную программу неотложной психиатрической помощи, *CPEP*; экстренную психиатрическую оценку, лечение и исцеление, *EmPATH*) широко распространены в США (где неотложная психиатрия является отдельной специализацией) и в Канаде. Они используются в некоторых отделениях неотложной помощи<sup>18</sup>, которые укомплектованы многопрофильными психиатрическими бригадами, включая медсестер по охране психического здоровья и психиатров (доступных по вызову при отсутствии на месте), обычно оказывающих круглосуточную помощь.

В отличие от стандартного подхода к сортировке и переводу пациентов, служба неотложной психиатрической помощи имеет дополнительные возможности для наблюдения за пациентами и обеспечения интенсивного лечения (как правило, в течение 24 часов) с целью стабилизации кризиса и уменьшения потребности пациента в госпитализации. Данные об эффективности службы неотложной психиатрической помощи, обслуживающей большую территорию Калифорнии и связанной с несколькими отделениями неотложной помощи, показали, что их работа существенно сократила время ожидания пациентов в отделениях и повысила эффективность<sup>19</sup>.

О подобных моделях сообщается и в других странах. Например, в Австралии отделение поведенческой диагностики с шестью койками в отделении неотложной помощи в Мельбурне было спроектировано для обеспечения успокаивающей обстановки, оценки психического здоровья и наблюдения с целью выписки домой в течение 24 часов. Сравнение состояния пациентов до и после показало сокращение продолжительности госпитализации и ограничительных вмешательств<sup>20</sup>.

Подразделения по принятию психиатрических решений были созданы в небольшом количестве медицинских центров в Соединенном Королевстве<sup>21</sup>, и доступ к ним осуществляется через группы по связям с психиатрами в ED. Эти подразделения предлагают пребывание пациентов в их стенах в течение от 12 до 72 часов, предоставляя кресла с откидывающейся спинкой вместо кроватей (с учетом некоторой критики<sup>22</sup>), и стремятся обеспечить успокаивающую обстановку, психосоциальную оценку, краткие вмешательства и последующий перевод в другие отделения или выписку. В целом, хотя имеются много-

обещающие сообщения о повышении качества оказания неотложной помощи, существенные оценки расширенных диагностики неотложной помощи пока отсутствуют, и необходимо лучше понять влияние этих нововведений на опыт пациентов.

Еще одна модель, которая может быть связана с отделением неотложной помощи, – это отделение кратковременной госпитализации, где вместо полномасштабной госпитализации первичная осуществляется в отделении, в котором проводится интенсивная оценка и планирование лечения в строго установленные сроки, обычно в течение нескольких дней. Несколько ранних испытаний этой модели показали скромные результаты<sup>23</sup>, хотя проводились в условиях, когда интенсивные кризисные альтернативы, как правило, были недоступны. Более поздняя версия этой модели в Великобритании не выявила ее влияния на продолжительность пребывания<sup>24</sup>, и нам неизвестно о существенных недавних оценках сортировки или кратковременного пребывания в палатах, связанных с отделениями неотложной помощи, или о недавнем всеобъемлющем обобщении литературы по данной тематике.

### **Центры диагностики за пределами больницы общего профиля**

Службы диагностики кризисных ситуаций также могут располагаться вдали от больницы общего профиля в отдельно стоящих центрах, в помещениях общественной службы охраны психического здоровья или совместно со специализированными психиатрическими больницами. Отсутствуют данные о том, какие места в таких случаях оказываются лучшими и для кого. Несмотря на недостаток отделений неотложной помощи, рассмотренные выше, связи между неотложной помощью в области психического и физического здоровья важны (например, после самоповреждения, а также для людей с проблемами как физического, так и психического здоровья или с функциональными соматическими и неврологическими симптомами).

Таким образом, даже в системах охраны психического здоровья, где пациенты с психическими заболеваниями из первичной медицинской помощи направляются в другое отделение, как во многих европейских странах, психиатрическая помощь по-прежнему необходима в отделениях неотложной помощи. Эффективное включение этого опыта в системы ста-

ционарной помощи общего профиля и психиатрической помощи, а также обеспечение непрерывности ухода между службами неотложной и квалифицированной, специализированной помощи – сложная задача, представляющая различные проблемы в каждой национальной системе<sup>25</sup>.

В 1960-е и 1970-е годы общинные центры оценки психического здоровья, часто называемые клиниками неотложной помощи, были важным нововведением в некоторых странах, включая США и Великобританию. Эти услуги предусматривали предварительную оценку, сортировку и иногда краткосрочное лечение пациентов, часто основанное на теории кризисного вмешательства<sup>26</sup>, которая рассматривает кризис не как проявление проблем с психическим здоровьем, а как общую реакцию человека на тяжелые психосоциальные стрессоры, представляющие проблемы, но также и возможности для роста. Подобные модели позже появились в Нидерландах, Италии<sup>27</sup> и немецкоязычных странах, хотя исследование их деятельности показало, что они, как правило, не сосредотачивались на людях с серьезными проблемами психического здоровья<sup>28,29</sup>.

Сегодня существует множество международных центров диагностики психических патологий, некоторые из которых используют традиционные модели клинической диагностики и лечения, не отличающиеся от услуг неотложной помощи, в то время как другие предлагают более новаторские альтернативные модели. Упомянутые ранее службы неотложной психиатрической помощи могут располагаться вдали от помещений больниц общего профиля, даже если сохраняют тесную связь с отделениями неотложной помощи. Такие службы также могут быть созданы для предотвращения направления людей, находящихся в кризисной ситуации, непосредственно на обследование в психиатрические отделения, что, как было замечено, связано с высокими показателями госпитализации. В Швейцарии, например, создание подразделения для принятия клинических решений в целях оценки направлений, а не прямого обращения к отделениям сократило ненужные госпитализации и расходы<sup>30</sup>.

Переуполненность отделений неотложной помощи и соображения инфекционного контроля во время пандемии COVID-19 привели в некоторых странах к дальнейшему развитию центров кризисной оценки за пределами больниц. Например, исследование, проведенное в Англии, показало, что поставщики услуг в области психического здоровья в 80% районов

предоставляют альтернативу своим местным пунктам неотложной помощи больным психиатрического профиля, чаще всего в месте, где оказывались другие услуги в области психического здоровья<sup>31</sup>. Психиатры сообщали, что часто обеспечивали лучшие условия, чем отделения неотложной помощи, для оказания психиатрической помощи, но имели очень ограниченные возможности для проведения диагностики и лечения соматических заболеваний. Были высказаны опасения, что удаление специалистов по психическому здоровью из отделений неотложной помощи может усилить стигму среди персонала скорой помощи и негативно повлиять на уход за многими людьми с проблемами как физического, так и психического здоровья. Была описана итальянская система обслуживания<sup>32</sup>, в которой общинный центр психического здоровья, уже использовавшийся в качестве места для некоторой кризисной оценки, сместил акцент на более активное оказание кризисной помощи во время пандемии.

Кризисные центры в сообществе также могут стремиться предоставить более четкую альтернативу стандартным клиническим подходам. Например, за последнее десятилетие в Англии появилась модель «кризисного кафе», которую иногда называют «тихой гаванью» или «убежищем»<sup>33</sup>. Эти услуги обеспечивают предварительную оценку, поддержку и сортировку людей, переживающих кризис психического здоровья, предназначены для обеспечения менее формальной и клинической среды и обычно предоставляются добровольным сектором с персоналом, не имеющим формальной профессиональной квалификации в области психического здоровья, хотя часто со значительным соответствующим опытом. Некоторые также укомплектованы специалистами по поддержке равных, а некоторые возглавляют люди с жизненным опытом проблем с психическим здоровьем (например, *Well-bean Crisis Café* в Лидсе, Англия). Обычно такие организации открыты в нерабочее время (вечером и в выходные дни), когда другие формы поддержки могут быть недоступны, и расположены отдельно от любой другой службы здравоохранения.

Кризисные кафе обеспечивают немедленную поддержку. Люди, находящиеся в кризисной ситуации, обычно могут получить к ним доступ без направления, что способно предотвратить эскалацию кризиса до такой степени, что это привело бы к посещению отделения неотложной помощи или госпитализации. Потенциал таких услуг очевиден, но исследования,

оценивающие их эффективность и безопасность, все еще отсутствуют.

### Оценка кризиса в сообществе

Высокая тревожность, изнуряющая депрессия или когнитивная дезорганизация могут помешать некоторым людям, находящимся в кризисе психического здоровья, активно обращаться за помощью. Воспринимаемая стигматизация психиатрических служб или предыдущий опыт неудовлетворительного лечения после обращения за помощью или несочувственная реакция в больничных отделениях неотложной помощи<sup>34</sup> также могут создавать барьеры.

Диагностика на дому может быть более осуществимой и менее пугающей или огорчающей для многих. Это позволяет оценить чью-то жизненную ситуацию, текущее преодоление проблем и потенциальные риски в доме. Это может помочь клиницистам рассмотреть социальные предпосылки кризиса, которые в противном случае могут остаться незамеченными<sup>35</sup>. Диагностика на дому может привлечь семью с самого раннего этапа, помогая клиницистам понять и справиться с кризисом<sup>36</sup>. По этим причинам в рамках общественного психиатрического движения разработаны службы оценки кризисных ситуаций на дому, одним из первых примеров которых были междисциплинарные бригады «скорой психиатрической помощи» в Нидерландах в 1930-е годы<sup>37,38</sup>.

Созданы специальные группы разрешения кризисных ситуаций и лечения на дому (CRHTT), единственной функцией которых является обеспечение диагностики и краткосрочного междисциплинарного лечения на дому для людей во время кризиса психического здоровья. CRHTT впервые появились в США<sup>42</sup> и Австралии<sup>43</sup>, теперь они предоставляются на национальном уровне в Англии и Норвегии, а также во многих регионах Европы, Северной Америки и Австралии<sup>44</sup>. Установленные критерии достоверности для CRHTT включают стандарты простоты направления, быстрого реагирования, круглосуточного обслуживания, уверенного участия и всеобъемлющей первоначальной оценки<sup>45</sup>.

Две ключевые проблемы диагностики кризисов в сообществе связаны с обеспечением быстрого реагирования и управлением безопасностью и рисками.

Что касается быстрого реагирования, очная оценка в течение четырех часов с момента направления была принята в качестве проверенного на национальном уровне показателя эф-

фективности в Англии. Тем не менее опрос CRHTT в Англии, проведенный в 2016 г., показал, что целевое время ответа варьировалось от одного часа до одной недели, при этом менее половины команд обычно предоставляли ответ в течение четырех часов. Менее трети норвежских CRHTT достигают хорошей точности по критерию быстрого реагирования<sup>46</sup>. Сотрудники CRHTT подчеркивают необходимость быстрого реагирования на новые направления, в то же время надежно поддерживая частые, запланированные визиты для лечения на дому людей, которым предлагается поддержка в кризисной ситуации<sup>47</sup>.

Для решения этой проблемы в Англии решили разделить функции оценки кризисных ситуаций и краткого описания домашнего лечения кризисных ситуаций на две разные группы. Эта разделенная модель в настоящее время реализуется более чем в трети английских регионов здравоохранения<sup>33</sup>. Группы по оценке кризисных ситуаций, иногда называемые группами «первого реагирования», добились заметного улучшения доступности услуг и времени реагирования при проведении местных оценок<sup>48</sup>, а также предлагают точку доступа «нет неправильной двери» для людей, находящихся в кризисе психического здоровья любой степени тяжести. Однако такие группы рискуют привести к новым разрывам между оценкой и лечением, что может повлечь потерю информации или привести к тому, что людям в кризисной ситуации придется рассказывать свою историю несколько раз разным специалистам. На данный момент нет убедительных доказательств, сравнивающих эффективность или опыт пользователей таких услуг.

Что касается безопасности и риска, диагностика на дому не подходит, когда кому-то требуется срочное медицинское обследование или лечение (например, после передозировки или другого самоповреждения). Врачам-одиночкам в незнакомой домашней обстановке может быть труднее, чем в клинических условиях, справиться с эскалацией рисков для человека в кризисной ситуации или для других людей. Кокрановский обзор предупреждает, что люди с самым высоким риском или употребляющие наркотики и алкоголь, как правило, исключались из исследований, которые давали положительные оценки<sup>49</sup>.

Поэтому тщательный сбор информации и сортировка пациентов необходимы до того, как будет предложена оценка состояния пациента на дому. К этой работе можно привлечь круглосуточные телефонные линии

экстренной помощи, укомплектованные квалифицированными врачами и имеющие связи с другими местными или национальными службами здравоохранения; также необходимо улучшить доступность кризисной поддержки<sup>33</sup>. Эффективная системная интеграция с полицией и службами скорой помощи требуется в обстоятельствах, когда потребность в немедленном доступе к больнице или поликлинике становится очевидной во время оценки состояния на дому, и помощь служб экстренной помощи необходима для обеспечения безопасной перевозки человека. Это обсуждается в следующем разделе данной статьи.

Также рекомендуется принять практические меры, помогающие обеспечить безопасность персонала, такие как регуляция политики одиночной работы с регистрацией и последующими процессами, организацию сигнализации для персонала и возможность группового посещения в паре при наличии показаний<sup>44</sup>. Проблемы организации оказания помощи усугубляются в отдаленных районах, и роль телепсихиатрии в кризисных ситуациях обсуждается ниже.

### **Инициативы по содействию оперативной оценке состояния пациентов после контакта с полицией**

Обзор литературы 2016 г. показал, что примерно каждый десятый человек взаимодействовал с полицией перед обращением за психиатрической помощью<sup>50</sup>, хотя автор нашел по этой теме только исследования из Северной Америки. В канадском городе около половины обращений в полицию по вопросам психического здоровья заканчивались задержанием на основании законодательства в области психического здоровья, половина из которых приводила к госпитализации<sup>51</sup>. Во всем мире сообщалось об опасениях, что полицейские, не имея надлежащей подготовки или поддержки со стороны окружающих, часто первыми сталкиваются с людьми с острыми психозами, что может привести к ухудшению прогноза для людей, находящихся в критической ситуации, получению травм и принуждению, а также увеличению числа ненужных арестов<sup>52</sup> и госпитализаций<sup>53</sup>.

Были разработаны различные модели оказания помощи, созданные для улучшения результатов лечения людей, переживающих кризис психического здоровья после обращения в полицию. Обычно это сотрудничество полиции и психиатрических служб, которые вместе реагируют на вызовы службы экстренной помощи, связан-

ные с психическим здоровьем. Сообщалось о некоторых успехах в сокращении ненужного использования добровольной госпитализации. Например, в Торонто (Канада) обнаружено, что использование модели включающей дополнительное обучение и совместные действия медсестер психиатрических служб и полицейских, привела к снижению показателей принудительного сопровождения в больницу, а также арестов и травм, хотя общее число госпитализаций увеличилось<sup>54</sup>.

В Великобритании около 70% поставщиков медицинских услуг имеют службу уличной сортировки, включающую различные модели совместного реагирования полиции и специалистов в области психического здоровья: начиная от телефонной связи и заканчивая (в некоторых случаях) круглосуточным совместным реагированием<sup>47,55</sup>. Систематический обзор исследований возможностей совместного ответа выявил наличие таких работ в Австралии, Канаде, Великобритании и США<sup>56</sup>. Были признаки того, что службы совместного реагирования сократили количество добровольных госпитализаций и арестов.

Отзывы как сотрудников полиции, так и медиков, работающих в уличных бригадах сортировки или аналогичных моделях оказания помощи, в целом положительные<sup>55,57</sup>, но исследований, посвященных изучению опыта пациентов, не хватает<sup>56</sup>. Существующие показывают, что пациенты ценят тех, кто оказывает помощь, опираясь на знания в области психического здоровья и навыки деэскалации<sup>54</sup>.

Существует множество проблем, связанных с совместным реагированием в разных организациях с очень разными ролями, и модели, которые могут привести к более активному участию полиции в управлении кризисами психического здоровья, могут оказаться неприемлемыми или иметь непреднамеренные негативные последствия. Например, модель интегрированного наставничества *Serenity (SIM)*, развернутая в Англии примерно половиной трастов *NHS*, разработана как согласованный подход служб охраны психического здоровья и полиции к более эффективной поддержке людей, которые часто обращаются в службы неотложной помощи. Но появились сообщения о том, что это привело к ненадлежащему отвлечению от служб здравоохранения и подходам, по большей части основанным на соблюдении границ. Эти сообщения способствовали тому, что коалиция *#StopSIM* пользователей услуг организовала кампанию против развертывания модели при поддержке со-

юзников в секторе психического здоровья<sup>58,59,60</sup>, после чего политики потребовали от трастов срочно пересмотреть его дальнейшее использование. Большая часть дебатов была сосредоточена на этичности участия полиции в оказании помощи острым пациентам и на отсутствии подкрепляющей доказательной базы, что свидетельствует о рисках применения моделей, не подкрепленных надежными доказательствами.

## **ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ КРИЗИСА**

### **Лечение кризисов в больнице**

Несмотря на повсеместное распространение стационарных отделений неотложной психиатрической помощи в системах охраны психического здоровья, было на удивление мало их определений или обсуждений их роли, функций и структуры. *Bowers* и соавт.<sup>61</sup> предлагают концептуальную модель стационарного лечения. Первичные задачи госпитализации для стационарного лечения могут включать некоторые или все из следующих аспектов: обследование, лечение острого заболевания, обеспечение безопасных и комфортных палат, реабилитацию и минимизацию личного стресса.

Стационарные отделения имеют уникальную возможность обеспечить проведение добровольного лечения, постоянное наблюдение для сдерживания рисков и проводить лечение пациентов, чье поведение неуправляемо или неприемлемо в обществе. Стационарная госпитализация также предлагает пространство для устранения стрессоров, которые возникают в домашней обстановке человека, а также возможность благодаря круглосуточному уходу обеспечить высокий уровень межличностного контакта и терапевтического взаимодействия<sup>61</sup>.

Таким образом, очевидна роль стационарных отделений в оказании помощи и поддержки тем, кто находится в наиболее тяжелом состоянии, в то время как общественные службы не могут предложить безопасную альтернативу. Тем не менее в контексте повествования о деинституционализации отделения неотложной помощи, как правило, рассматриваются как дорогостоящее наследие прошлой институционализированной системы помощи, где госпитализация отражает неэффективность лечения, а не как уникальные и специализированные клинические услуги, играющие важную роль в рамках сбалансированной системы охраны психического здоровья<sup>62</sup>.



На международном уровне обеспечение коек неизбежно зависит от национальной и региональной конфигурации систем охраны психического здоровья<sup>63</sup>. В целом в Европе существуют системы охраны психического здоровья с преимущественно ориентированными на сообщества подходами, например в Великобритании, Италии и Испании; районы с высокой доступностью общественных, жилых и больничных услуг (в основном в скандинавских странах); и районы, где процесс деинституционализации все еще не завершен, а стационарные услуги являются основным источником помощи, например в сельской Франции или там, где этот процесс все еще находится на очень ранних стадиях, как в некоторых странах Восточной Европы<sup>64</sup>.

Недавнее исследование с участием 22 стран с высоким уровнем дохода в Европе, Северной Америке и Австралии выявило большие различия в степени стационарного обеспечения: среднее количество коек на 100 тыс. населения составляло 64 с межквартильным диапазоном 46–93<sup>65</sup>. По всей Европе и в других местах число коек в психиатрических стационарах в последние десятилетия имело тенденцию к сокращению. Например, количество коек в Англии сократилось на 62% в период с 1988 по 2008 г.<sup>66</sup>

Большая часть литературы по стационарному лечению посвящена негативному опыту пациентов и рискам. Потенциальный ятрогенный вред включает институционализацию, обострение психотических симптомов из-за интенсивных социальных контактов с другими, травмы или виктимизацию со стороны других пациентов, одиночество из-за отделения от своей домашней среды и социальных контактов, отчаяние и депрессию, возникающие из-за окружения и наблюдения за другими очень нездоровыми пациентами, и стигматизацию<sup>61</sup>. Женщины уязвимы к сексуальным домогательствам или нападениям, особенно в смешанных стационарных отделениях<sup>67</sup>.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что стационарные психиатрические отделения неотложной помощи часто небезопасны и имеют высокий уровень внутренних и международных различий по степени конфликтов и сдерживания<sup>68,69</sup>. Во время стационарного лечения пациенты могут столкнуться с большим числом ограничений (физические и механические ограничения, принудительное лечение); дискриминация по признаку этнической принадлежности, пола или диагноза; стать жертвой преступления (физическое или сексуальное

насилие, преступная деятельность, употребление наркотиков); и общим ограничениям и правилам. В Англии наиболее частые инциденты связаны с агрессией и членовредительством<sup>70</sup>.

Инциденты, связанные с безопасностью, часто сопряжены с большими физическими, эмоциональными и финансовыми затратами. Физический и психологический вред для пациента, который может увеличить продолжительность пребывания в больнице, а также оказать негативное влияние на качество жизни, связанное со здоровьем<sup>71</sup>, часто недооценивается даже в тех службах, которые стремятся использовать модели помощи с информацией о травмах, цель которых состоит в том, чтобы избежать повторения неприятного опыта, который привел к психологической травме<sup>72</sup>. В некоторых случаях также могут иметь место травмы персонала, что приводит к затратам на замену и влияет на выгорание, стресс и моральное состояние медицинских работников<sup>73</sup>. Финансовые затраты на сдерживание, изоляцию, купирование агрессии и неадекватного поведения и индивидуальный уход тщательно не изучались. Один инцидент в палате может увеличить вероятность дальнейших инцидентов из-за нарушенной среды и социального заражения<sup>74</sup>.

Часто сообщается о негативном опыте недобровольного лечения пациентами и персоналом, и это вызывает особую озабоченность, учитывая контраст между такими практиками и принципами сотрудничества и согласия, которые обычно отстаиваются в качестве основных основополагающих ценностей лечения психических заболеваний<sup>75,76</sup>.

Количество недобровольных госпитализаций в психиатрические больницы выросло в некоторых странах с высоким уровнем дохода и соответственно снизилось в других за последние десятилетия<sup>65</sup>. Объяснения того, почему это происходит, остаются запутанными. Вероятно, здесь задействована сложная комбинация социальных, служебных и правовых факторов<sup>65</sup>. Доказательства связи количества коек и их доступности с показателями содержания под стражей неоднозначны и неубедительны<sup>77</sup>. Однако в странах, где стремление к сокращению больничных коек было сильным, широко распространены опасения и представления о том, что нехватка коек привела к более высоким порогам для госпитализации, большей вероятности того, что госпитализированные будут принудительно задержаны, более высокой концентрации в палатах людей, которые очень

остро больны и имеют сложные потребности и нарушенную палатную среду. Сочетание этих факторов создает высокий риск ятрогенного вреда. Недобровольная госпитализация увеличивает вероятность повторных госпитализаций<sup>78</sup>.

Стационарная госпитализация обеспечивает быстрый доступ к необходимым лекарствам, интенсивный мониторинг и своевременную смену терапии, при необходимости принудительное лечение – все это может быть проблематичным при оказании внебольничной помощи<sup>61</sup>. Тем не менее сообщается, что во многих случаях практика назначения лекарств слишком сильно зависит от высоких доз препаратов, полипрагмазии и дополнительных доз по мере необходимости<sup>79</sup>, и существует недостаток данных об эффективных немедикаментозных подходах к лечению острых заболеваний и агрессивного поведения<sup>80</sup>. Литература по когнитивно-поведенческим вмешательствам при психозах, адаптированных к стационарным условиям, начинает развиваться и предоставляет примеры возможных подходов для лечения людей со сложными потребностями, но еще не предлагает убедительных доказательств в поддержку крупномасштабной трансформации лечебных подходов<sup>81</sup>. Кроме того, поразительно не хватает доказательств хорошего качества эффективности стационарного лечения людей с диагнозом «расстройство личности».

В последние годы разработаны вмешательства, специально предназначенные для уменьшения конфликтов и для использования ограничительных практик в стационарных отделениях. В недавнем систематическом обзоре<sup>82</sup> выявлены две программы, доказавшие эффективность в ходе испытаний: *Safeward*<sup>83</sup> и *Six Core Strategies*<sup>84</sup>, обе из которых широко используются на практике<sup>85</sup>. Это многокомпонентные вмешательства на командном уровне, которые направлены на предотвращение или смягчение потенциальных горячих ситуаций, возникающих в результате взаимодействия между пациентами, между персоналом и пациентом или нормативно-правовой или физической средой отделения. Также была подчеркнута необходимость улучшения терапевтического взаимодействия и культуры ухода в палатах в целом<sup>86</sup>.

Общий обзор вмешательств, направленных на снижение недобровольных госпитализаций в службах охраны психического здоровья, приводит к выводу, что имеются подтверждающие данные в пользу вмешательства по обучению персонала<sup>87</sup>. Однако доказательства эффективности

инициатив, которые пытались улучшить терапевтическое качество палат, таких как планирование защищенного времени для общения персонала отделения с пациентами, как правило, неубедительны. Скука считается общей проблемой для пациентов в стационарных отделениях, но необходимы дополнительные эмпирические данные о ее воздействии на пациентов и наилучших способах решения этой проблемы<sup>88</sup>.

Еще одна область, в которой международная практика различается и где отсутствуют доказательства в поддержку наилучших решений, – это расположение отделений. В некоторых странах встраивание отделений неотложной помощи в больницы общего профиля считается выгодным из-за тесных связей со службами физического здоровья, нормализации психического здоровья и доступности для местных сообществ<sup>89</sup>. Однако к потенциальным недостаткам относятся палаты, не предназначенные специально для пациентов с психическими заболеваниями, и отсутствие доступа к безопасному открытому пространству.

Необходимо лучше понять, как спроектировать лечебную среду, которая предлагает уединенное пространство, свет, доступ к свежему воздуху и внимание к деталям, относящимся к выздоровлению (например, сделать среду благоприятной для аутистов)<sup>90</sup>. Выявление и международное распространение примеров хорошей практики было бы очень ценным, поскольку характер и, возможно, качество палатной среды сильно различаются в разных странах. Другие вопросы, которые еще предстоит решить, касаются ценности специализированных палат, разделенных на основе диагноза, других показателей, а также по половому признаку<sup>91</sup>.

Кадровое обеспечение – еще одна область, в которой есть возможности инноваций для улучшения ухода. Укомплектование палат персоналом остается прерогативой медсестры, которая в основном обеспечивает круглосуточный уход за стационарными пациентами. Подход к укомплектованию персоналом часто ограничивается бюджетом и обычаями, а не фактическими данными, и нам не хватает высококачественных исследований относительно безопасных уровней укомплектования персоналом или оптимального сочетания навыков работы в стационарных отделениях. Принятие клинических решений в большинстве случаев все еще имеет тенденцию к доминированию психиатров, часто с использованием традиционной модели обхода отделения.

Более широкое вовлечение других членов междисциплинарной команды, таких как психологи и эрготерапевты, имеет большой потенциал для обогащения как принятия решений, так и терапевтической среды и деятельности, хотя недостаточное количество специализированных медицинских кадров может ограничивать эту возможность<sup>2</sup>. Возможность еще больше обогатить набор навыков, предоставив роли специалистам по поддержке, защитникам психического здоровья, жилищным инспекторам и социальным работникам, может помочь устранить отчуждение пациентов от сообщества и решить те ключевые проблемы, которые ускоряют и продлевают госпитализацию, такие как социальная изоляция, бедность и плохое жильё.

Будущее неотложной стационарной помощи требует серьезного внимания. Услуги могут улучшаться, и ключом к этому является прислушивание к голосу пациента<sup>86,93</sup>. Существует необходимость прислушиваться к тем голосам пациентов, которые подвергаются маргинализации в результате пола, этнической принадлежности или диагноза, включая тех, у кого есть ярлык «пограничное расстройство личности», которые могут подвергаться наибольшему риску получения некачественной помощи<sup>94</sup>. Получение высококачественной помощи по месту жительства и поддержка людей вне больниц по праву становятся политическим приоритетом на международном уровне, но жизненно важно, чтобы это сопровождалось постоянными усилиями по изменению и улучшению оказания помощи в неотложных стационарных условиях, перебалансировке многопрофильных команд, учетом мнений пользователей и инвестированием в мероприятия, демонстрирующие улучшение результатов лечения пациентов.

### Домашнее лечение

Программы раннего лечения кризисов на дому стали частью широкого движения за деинституционализацию, направленного на минимизацию стигмы и нормализацию кризисов психического здоровья. В этом разделе мы обсуждаем интенсивное лечение в домашних условиях. Мы отмечаем, что во многих системах одни и те же команды предлагают как кризисную домашнюю диагностику (описанную выше), так и интенсивное домашнее лечение.

Домашнее лечение от *CRHTT* может уменьшить воспринимаемую стигму и принуждение, связанные с госпитализацией. Требуя переговоров и про-

исходя на территории человека, находящегося в кризисе, такая терапия потенциально уменьшает дисбаланс сил и помогает уважать автономию людей<sup>95</sup>. Это может способствовать большему вниманию к межличностным вопросам и вовлечению семьи в лечение и получение пациентом более широкой системы поддержки<sup>34,96</sup>. Это также может помочь избежать сложностей переноса стратегий преодоления трудностей и навыков, полученных в условиях больницы, в домашнюю обстановку<sup>41</sup>.

Обзор *Cochrane Collaboration* по вмешательству в кризисных ситуациях на уровне сообщества для людей с тяжелыми психическими заболеваниями<sup>49</sup> включал шесть исследований *CRHTT* (и две услуги в кризисных ситуациях по месту жительства). Оказалось, что *CRHTT* могут сократить использование стационарных услуг, улучшить клинические результаты и качество обслуживания пациентов, а также снизить затраты. Обсервационные исследования также предполагают, что внедрение *CRHTT* в местном районе позволит снизить общее количество госпитализаций в связи с психическим здоровьем при правильном внедрении<sup>97</sup>. Квалификация этой многообещающей доказательной базы заключается в том, что кризисное лечение на дому не подходит для людей с самым высоким риском для себя или других, а *CRHTT* не продемонстрировали эффективности в предотвращении принудительной госпитализации<sup>98</sup>.

*CRHTT* не исходят из строго определенной теоретической модели лечения. Основные характеристики типовых услуг включают мультидисциплинарную команду; доступность 24/7 и быстрое реагирование на кризисы; интенсивное краткосрочное лечение на дому (обычно менее шести недель и с посещениями чаще одного раза в день); сотрудничество с семьями и другими задействованными службами; работу с людьми в кризисной ситуации, которые в противном случае были бы госпитализированы, и содействие ранней выписке из больницы госпитализированных<sup>43</sup>. Имеются некоторые эмпирические данные о том, что наличие психиатра в команде связано с эффективностью *CRHTT*<sup>99</sup>. Была разработана более конкретизированная модель *CRHTT* и сопутствующая шкала точности<sup>44</sup>, при этом выявлено, что показатели достоверности связаны с показателями госпитализации и удовлетворенностью уходом<sup>100</sup>, но относительную важность индивидуальных критериев достоверности и критических компонентов *CRHTT* еще предстоит установить.

Внедрение модели *CRHTT* оказалось сложной задачей. Точность модели обычно низкая или умеренная в Англии и Норвегии – двух странах, где она была расширена на национальном уровне<sup>45,101</sup>. Критика со стороны пациентов и их семей включала плохую непрерывность помощи в рамках командной работы *CRHTT*, узкий терапевтический фокус на риске и лекарствах (с соответствующим отсутствием поддержки или участия семей<sup>33,99,102,103</sup>. Персонал *CRHTT* обратил внимание на трудности в прояснении роли *CRHTT* в системе охраны психического здоровья, а также в совместной работе со стационарными службами и группами долгосрочной помощи по месту жительства<sup>46</sup>.

Три инициативы могут предложить полезные способы решения некоторых из этих трудностей и повышения эффективности *CRHTT*. Во-первых, исследование в Великобритании<sup>104</sup> показало, что программа улучшения обслуживания для *CRHTT* в течение одного года, включающая инструктаж со стороны старшего врача, регулярную оценку эффективности и доступ к онлайн-банку практических ресурсов, повысила точность модели и привела к сокращению числа и длительности госпитализаций. Во-вторых, недавнее исследование в Швейцарии<sup>105</sup> сообщило, что *CRHTT* удалось сократить использование стационарных коек, несмотря на то, что основное внимание уделялось почти исключительно быстрой выписке из больницы, а не предотвращению госпитализаций, что показывает важность тесного сотрудничества со стационарными отделениями для прекращения пребывания в стационаре, как только лечение на дому становится жизнеспособной альтернативой. В-третьих, разработан ряд моделей для расширения участия семей в неотложной психиатрической помощи, обычно делающие акцент на общение и совместное принятие решений<sup>106</sup>.

Наибольшее внимание на международном уровне уделяется подходу открытого диалога (*ODA*). *ODA* – это модель кризиса и непрерывного ухода, характеризующаяся быстрым реагированием на проявление кризиса; уход сосредоточен на регулярных встречах участников всей сети поддержки человека, находящегося в кризисе; и психологически обоснованный подход к уходу, осуществляемый клиницистами, прошедшими подготовку в области семейной терапии. В трех оценках *ODA* в Финляндии были получены многообещающие результаты<sup>107</sup>, хотя надежные доказа-

тельства эффективности и применимости модели в других областях здравоохранения еще не представлены. В Англии проводится рандомизированное контролируемое исследование адаптированного подхода *ODA* в контексте современного *CRHTT*<sup>108</sup>.

Кризисная оценка и интенсивное лечение на дому в некоторых системах обслуживания считаются функциями общинных психиатрических бригад, которые также обеспечивают долгосрочную помощь<sup>109,110</sup>. Это имеет преимущества для непрерывности помощи и терапевтических отношений. Тем не менее общественные группы, также выполняющие ряд других функций, могут испытывать затруднения при оказании интенсивной поддержки и быть не в состоянии работать с людьми, которые еще не имеют определенной занятости.

Домашнее лечение может быть бесполезным для людей, которые крайне социально изолированы или имеют напряженные отношения с другими членами семьи, что способствует кризису; а бывает, что другим членам семьи требуется передышка от их обязанностей по уходу. «Семейные спонсирующие дома» – краткосрочное размещение в кризисных ситуациях в принимающих семьях, которые обучаются и поддерживаются командами по охране психического здоровья, – были созданы в США и Англии<sup>33</sup>, хотя практические и юридические проблемы ограничивают внедрение этой модели на международном уровне.

### Отделение острых состояний

Организация отделений острых состояний (*ADU*) обычно предполагает программы, сочетающие терапию, мероприятия и социальные контакты для людей, переживающих кризисы психического здоровья, близких к порогу госпитализации и посещающих их несколько раз в неделю в течение нескольких недель. Традиционно их называют дневным стационаром или службой частичной госпитализации, но нынешнее использование таких названий, как отделение острых состояний или реабилитационный центр, отражает опасения, что термин «дневной стационар» может иметь неоправданно институциональные коннотации<sup>111</sup>.

История *ADU* берет начало в прошлом веке: Москва в начале 1930-х годов иногда упоминается как место их рождения, выдающиеся модели были созданы в Европе и США до и после Второй мировой войны, а в дальнейшем стали появляться во многих странах в 1950–1980-е гг.<sup>112</sup>

Доказательная база для *ADU*, возможно, является наиболее надежной при любом варианте госпитализации. Авторы Кокрейновского обзора пришли к выводу, что примерно каждый пятый из тех людей, кто в противном случае был бы госпитализирован в психиатрическое отделение неотложной помощи, мог бы успешно лечиться в условиях отделения острых состояний, имея аналогичные клинические и социальные результаты<sup>113</sup>. Самое последнее исследование в Великобритании показало большую удовлетворенность услугами и улучшение симптомов у пациентов *ADU*<sup>114</sup>, но за последние 15 лет во всем мире не было новых исследований по этой проблеме, поэтому нельзя предположить, что результаты опыта Великобритании будут воспроизведены в современных системах обслуживания, которые, как правило, имеют высокие пороги для госпитализации и другие подходы, такие как *CRHTT*, представляющие альтернативы. Тем не менее недавнее натуралистическое исследование сравнило результаты лечения *ADU* и *CRHTT*, обнаружив большую удовлетворенность услугами и лучшие итоги лечения депрессии и благополучия для *ADU*<sup>115</sup>.

Несмотря на убедительные подтверждающие доказательства, в Великобритании зарегистрировано снижение предоставления *ADU*<sup>116</sup>, которое, возможно, ускорилось во время пандемии COVID-19, в то время как в других странах мира опубликовано мало новых данных по этому вопросу. Причины этого могут включать в себя представление о том, что данная модель является чрезмерно институциональной, значительные помещения, необходимые для поддержки сравнительно небольшого числа пользователей услуг, и появление других альтернатив доступа.

Уход за формой *ADU* также может быть интегрирован в центры психического здоровья по месту жительства, где они играют центральную роль в предоставлении услуг. Тем не менее качественная работа, а также данные испытаний указывают на некоторые конкретные преимущества, которые могут отсутствовать у других альтернатив поступления: *ADU* обладает важным потенциалом для преодоления одиночества, социальной изоляции и отсутствия целенаправленной деятельности, а также служат потенциальной средой для поощрения как формальной, так и неформальной поддержки сверстников<sup>117</sup>. Доказательств важности социальных связей, чувства принадлежности и поддержки сверстников в восстановлении психического здоровья становится все боль-

ше, и целенаправленная деятельность отделений также имеет значение для выздоровления. Таким образом, воз- рождение *ADU* в качестве основной службы неотложной помощи было бы своевременным.

### **Кризисные службы жилых кварталов**

Как и *ADU*, кризисные дома и дру- гие альтернативы подобны госпитали- зации. Обычно это организации, до- пускающие краткосрочное пребыва- ние в них пациентов от нескольких дней до нескольких недель, с кругл- осуточным персоналом и терапевтиче- скими программами, которые варь- ируются от клинических услуг, на- правленных на проведение лечения аналогичного стационарному, но в ме- нее принудительных и институцио- нальных условиях, до более радикаль- ных альтернатив<sup>118</sup>.

Одним из первых примеров таких организаций в США был *Soteria House* в Калифорнии, который с 1971 по 1983 г. стремился лечить первый и второй эпизоды психоза с помощью минимального количества лекарств без изоляции пациентов, с некоторы- ми положительными результатами<sup>119</sup>. Впоследствии кризисные дома были описаны во всем мире в самых разных форматах. В Великобритании в по- следние годы доступность такого вида помощи возросла, и в 2019 г. немно- гим более половины обслуживаемых территорий имели частичный доступ к кризисному жилью<sup>33</sup>.

Доказательства эффективности мо- дели кризисного дома существенны, хотя и не окончательно подтверждены. Сообщалось о небольшом количестве рандомизированных контролируемых испытаний, что отражает трудности проведения таких испытаний с людьми в кризисной ситуации<sup>2</sup>. Систематиче- ский обзор<sup>23</sup> включал пять рандомизи- рованных испытаний и 11 нерандоми- зированных исследований альтернатив госпитализации. Услуги были разнооб- разны по теоретической модели, содер- жанию и рабочей силе и включали 11 исследований в США, два в Велико- британии и два в Швейцарии. Обоб- щенные выводы заключались в том, что, согласно ограниченному имею- щимся данным, кризисные дома де- монстрируют аналогичные, а в некото- рых случаях и лучшие клинические ре- зультаты по сравнению с больницами, с аналогичными или более низкими за- тратами и большей удовлетворенно- стью пациентов.

Последующий обзор в США<sup>120</sup> включал услуги для пациентов в подо- стрых состояниях, необязательно с круглосуточным персоналом, но с до-

ступом для экстренной госпитализа- ции с целью предотвращения кризиса. Сообщалось об эквивалентных или лучших клинических результатах и большей удовлетворенности пациен- тов по сравнению с пребыванием в от- делениях неотложной помощи, при этом в некоторых исследованиях так- же были обнаружены более низкие за- траги на лечение.

Авторы этих исследований отме- чают, что общественные службы не- отложной помощи оказывают помощь населению, как и отделения неотлож- ной помощи, но часто исключая лю- дей, которые оцениваются как пред- ставляющие значительную опасность или которые были принудительно за- держаны<sup>118</sup>. Нам известно, что за по- следние 10 лет не проводилось ни од- ного рандомизированного контроли- руемого исследования альтернатив стационарам.

Положительные сообщения, касаю- щиеся опыта пользователей услуг, те- рапевтических взаимоотношений и до- ступности нестандартных терапевти- ческих моделей, занимают видное ме- сто в литературе по кризисным до- мам<sup>121-124</sup>. И это наряду с доказатель- ствами удовлетворительных результа- тов и аналогичных или более низких затрат по сравнению со стационарным лечением дает основание для включе- ния альтернатив стационарной не- отложной помощи в качестве стандар- тной части спектра услуг в любую си- стему охраны психического здоровья, где приоритет отдается выбору, гибко- сти и экономической эффективности. Несмотря на это, нам неизвестно о странах, где появление кризисных до- мов является стандартным элементом неотложной помощи, хотя такая мо- дель существует во многих странах.

Литература по кризисным службам в жилых районах предполагает их разно- образие<sup>118</sup>. Хотя это и является препят- ствием для получения обобщающих выводов об их результатах, но это по- тенциальная сила в разработке гибкой системы кризисной помощи, удовле- творяющей ряд потребностей пациен- тов. Потребности людей сильно разли- чаются во время кризиса психического здоровья: например, пациент, начи- нающий принимать лекарства после рецидива психоза или биполярного расстройства, может получить пользу от пребывания в кризисном доме, в ко- тором работают ряд клинических спе- циалистов и подходов, в то время как индивид с эскалацией стресса и рис- ком членовредительства в контексте комплексной травмы и/или диагноза «расстройство личности» может из- влечь больше пользы из менее клини- ческого подхода, в котором основными элементами могут быть забота о взаи-

моотношениях, психотерапевтические подходы к травме и сложным эмоцио- нальным потребностям, а также под- держка сверстников. Таким образом, оптимизированная система кризисной помощи может включать в себя множе- ство вариантов проживания, предлага- ющих выбор подходов к нуждам па- циентов и вариантов направления к врачам.

### **ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ**

#### **Предотвращение кризисов**

Наше основное внимание в этой статье уделяется управлению пере- ломными моментами психического здоровья. Однако, очевидно, что наи- лучшим вариантом является пред- отвлечение таких кризисов, если это вообще возможно, инвестируя вместо этого в поддержание хорошего психи- ческого здоровья и поддержку выздо- ровления в сообществе<sup>125</sup>. Быстрый анализ фактических данных показал, что несколько вмешательств, рекомен- дованных руководящими принципами Национального института здравоохра- нения и передового опыта в обла- сти здравоохранения (*NICE*) Велико- британии, содержат некоторые под- тверждающие данные, касающиеся предотвращения обострения и/или рецидивов болезни<sup>126</sup>. К ним относятся услуги раннего вмешательства при психозах, модели интенсивного веде- ния пациентов и ряд фармакологиче- ских и психологических вмеша- тельств при психозах и биполярном расстройстве. Инвестиции в полное внедрение таких моделей потенциаль- но могут сократить использование кризисной помощи. Помимо таких клинических моделей, социальные стрессоры и неблагоприятные соци- альные обстоятельства способствуют возникновению кризисов, и комплекс- ная программа по уменьшению не- взгод и неравенства, а также по осу- ществлению мероприятий при тяже- лых психических заболеваниях, кото- рые явно основаны на фактических данных, возможно, является опти- мальным подходом к предотвраще- нию кризисов<sup>125</sup>.

Широкий спектр подходов непо- средственно ориентирован на пред- отвлечение кризисов, включая про- граммы мониторинга признаков ран- него предупреждения и предотвраще- ния рецидивов, в том числе в цифро- вой форме, совместные планы дей- ствий в кризисных ситуациях и пред- варительные заявления или директи- вы. Поддерживаемое самообладание, часто включающее в себя профилак-

тику рецидивов, является простым вмешательством, которое показывает влияние на ряд клинических и социальных результатов<sup>127</sup>, так что широкое применение представляется желательным в оптимизированной системе психического здоровья. Время, прошедшее после кризиса, является очевидной целью для принятия мер по предотвращению дальнейших кризисов: в ходе масштабного эксперимента, проводившегося при поддержке сотрудников, оказывающих поддержку в области самоуправления. На объектах по всей Англии было установлено, что оно сократило повторное использование экстренных услуг<sup>128</sup>.

Совместное планирование того, что должно произойти во время кризиса, в настоящее время является вмешательством, которое представляется наиболее эффективным для предотвращения принудительной госпитализации, формы неотложной помощи, которой наиболее желательно избегать<sup>98</sup>. В идеале, как утверждается в Независимом обзоре Закона о психическом здоровье в Англии, это должно включать предварительные заявления, имеющие юридическую силу, относительно того, что должно произойти, когда предполагается принудительная госпитализация<sup>129</sup>.

## Роль добровольческого сектора

Во многих странах с высоким уровнем дохода добровольческий сектор (включая благотворительные организации и сообщества и группы пользователей услуг) играет все более важную роль в оказании поддержки в области психического здоровья, которую ценят за отличительные подходы, которые он предлагает, и его большее внимание к равенству.

Факторы, ускоряющие вклад добровольческого сектора в кризисную поддержку, включают: а) признание того, что ограниченная направленность официальной неотложной психиатрической помощи приводит к тому, что люди не могут восполнить пробелы в оказании помощи<sup>130</sup>; б) неудовлетворенность пациентов кризисной поддержкой, предоставляемой вторичными службами охраны психического здоровья<sup>131,132</sup>; в) непропорционально высокие показатели недобровольного содержания под стражей представителей некоторых общин меньшинств, а также обеспокоенность тем, что их потребности недостаточно удовлетворяются государственными службами<sup>133</sup>.

Особый вклад добровольческих служб определяется тем, как они работают, с кем они работают, и их ролью в местных сообществах<sup>134,135,136</sup>. Их основы часто лежат в низовых ор-

ганизациях и активизме, и они, как правило, «подкреплены духом неформальности, продвижения доступности, использования подходов, основанных на отношениях, и ценности самоорганизации и результатов, определяемых самими пациентами»<sup>130</sup>. Иерархия часто плоская, и роли пользователей услуг, волонтеров и сотрудников могут частично совпадать. Таким образом, они потенциально лучше приспособлены для удовлетворения потребностей маргинализированных групп, а также тех, кто либо не имеет доступа к основным службам здравоохранения, либо не доверяет им, например, люди из расистских сообществ<sup>137</sup>, бездомные или лица, исключенные из жизни общества по причине сложного характера проблем или таких диагнозов, как «пограничное расстройство личности» (хотя охват маргинализированных общин может быть неравномерным).

Например, Хатчинсон и его соавт.<sup>138</sup> обнаружили, что мужчины, пользующиеся некоммерческими службами охраны психического здоровья в Лондоне, чаще были безработными и имели больше неудовлетворенных потребностей, чем местные пользователи государственных служб охраны психического здоровья. Те, кто пользуется услугами добровольного сектора, ссылались на желание избежать «системы», при этом уровень неудовлетворенности услугами общественного сектора в области психического здоровья, по сообщениям, был особенно высок среди чернокожих жителей Карибских островов.

Среди рассмотренных выше моделей кризисные кафе/убежища и кризисные дома развивались преимущественно в некоммерческом секторе. Отличительные характеристики предполагаемых подходов<sup>130,139</sup> может включать: позитивное отношение к психическому здоровью; целостное понимание кризисных ситуаций, которые находят свое отражение в биографическом, социальном и реляционном контексте жизни людей; пространство и время для того, чтобы люди говорили о своем бедственном положении; безопасная, спокойная и гостеприимная обстановка и безопасность отношений; неформальность и легкое прикосновение к оценке и ведению записей; большая самостоятельность, выбор и ответственность за клиентов; прочные терапевтические отношения и отношения со сверстниками; предоставление людям возможности поддерживать связи с «нормальной жизнью» и обществом, и менее стигматизирующий и менее «больничный» подход, при котором лица, оказывающие услуги по уходу, включая

социальных работников и волонтеров, работают в местных общинах.

Виды помощи, предлагаемой такими кризисными службами, включают эмоциональную поддержку, индивидуальную и групповую терапию; поддержку коллег и наставничество; социальную и терапевтическую деятельность; программы по улучшению управления психическим здоровьем; защиту интересов; и связь с общественным сектором и другими некоммерческими организациями. Таким образом, управление кризисными ситуациями в области психического здоровья часто сочетается с услугами, которые могут способствовать не только выздоровлению, но и позволяют людям решать финансовые, жилищные и социальные проблемы.

Помимо этих служб поддержки, многие некоммерческие организации играют роль в кризисной поддержке, предотвращении кризисов, восстановлении и устранении неравенства в доступе к медицинской помощи и поддержке. К ним относятся те, кто поддерживает определенные группы с риском ухудшения психического здоровья, например, члены сообщества лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и квир-персон (ЛГБТК), глухие, национальные меньшинства, беженцы, а также те, кто попал в жизненные кризисы, такие как тяжелая утрата, изнасилование или бездомность<sup>130</sup>.

Исследовательская литература о вкладе некоммерческих и общественных организаций остается относительно скудной на международном уровне, и очень ценными были бы убедительные доказательства их роли в местных системах, их опыте и полученных результатах. Сообщаемые преимущества предполагают, что подходы, разработанные в некоторых некоммерческих кризисных службах, потенциально могут решить проблемы с доступностью, приемлемостью, равенством и соответствием конкретным сообществам<sup>33,125</sup>. Таким образом, можно говорить о том, что этот сектор должен быть признан и включен во всеобъемлющую кризисную систему, а также что он представляет собой модель для переосмысления доминирующих моделей оказания помощи в кризисных ситуациях, чтобы обеспечить наилучшую доступность, приемлемость и целесообразность ответных мер для всех членов популяции<sup>130</sup>.

## Вклад инициатив, созданных самими пациентами, и коллегиальной поддержки

Переход к кризисным и неотложным услугам постоянно находился в

центре внимания движения за права больных психиатрического профиля<sup>140</sup>. В 1970-х годах активисты в Великобритании требовали правозащитной реформы условий и лечения в психиатрических больницах<sup>141</sup>. Позже, в контексте «общественной помощи», организации, возглавляемые пациентами, зарекомендовали себя как источники взаимной поддержки, защиты интересов пациентов и форумы для проведения кампаний и работы по вовлечению в терапию<sup>142</sup>. Неформальная поддержка в таких организациях естественным образом возникала, когда люди с проблемами психического здоровья собирались вместе и пытались разрабатывать более организованные формы поддержки людей с психическими расстройствами, в том числе для переживающих кризисы психического здоровья и острые дистрессы<sup>143</sup>.

С момента своего появления на низовом уровне организованные версии индивидуальной и групповой поддержки стали влиятельными для кризисных и неотложных служб в Великобритании, США, Канаде, Новой Зеландии и Австралии<sup>144</sup>. Эта модель была внедрена в неотложную стационарную среду в Великобритании<sup>145-146</sup>, и небольшие качественные исследования показывают, что пациенты могут найти ее полезной для предоставления ориентированной на человека эмоциональной и практической поддержки и для моделирования надежды<sup>147</sup>. Исследования внедрения и эффективности групп взаимной поддержки в кризисных и неотложных службах продолжают во всем мире<sup>148</sup>, и хотя результаты некоторых исследований по выписке и повторной госпитализации в неотложную помощь кажутся многообещающими<sup>128</sup>, по-прежнему необходима надежная доказательная база<sup>149,150</sup>.

Первоначально предполагалось, что поддержка в группах взаимопомощи основывается на наборе ценностей и принципов<sup>144</sup>, которые иногда могут противоречить клинической среде и методам лечения, связанным с неотложными услугами, такими как изоляция и ограничение свободы<sup>151</sup>. Пользователи психиатрических услуг, их организации и союзники работали над установлением набора принципов и нормативных подходов, для предоставления услуг поддержки равных равным в основных службах психического здоровья, включая стационарную и кризисную помощь<sup>152</sup>. Недавнее исследование формализации взаимной поддержки в службах охраны психического здоровья Великобритании показывает, что «нам необходимо обратить внимание на ценности, лежащие в осно-

ве взаимопомощи... [и] сопротивляться воспроизведению... параклинической модели взаимной поддержки»<sup>153</sup>, в результате чего работники поддержки равных становятся просто еще одним видом непрофессиональных сотрудников, пополняющих ряды клинических бригад. Некоторые обеспокоены тем, что профессионализация поддержки равных может подорвать ее ценности и аутентичную практику, а также может негативно повлиять на группы пользователей и сообщества, которые установили свои собственные формы поддержки равных в кризисных ситуациях вне психиатрической системы<sup>154</sup>.

Международный консорциум лидеров поддержки равных согласился с тем, что нынешние и будущие инновации поддержки равных должны соответствовать ценностям и принципам, основанным на поддержании «ролевой целостности», а также на гражданских правах, социальной справедливости и реагировании на местные культурные мировоззрения<sup>155</sup>. Эти принципы должны применяться вне зависимости от того, находятся ли кризисные службы в государственных системах охраны психического здоровья (например, *Open Dialogue*<sup>156</sup>) или вне их в рамках независимых проектов, управляемых пользователями, таких как Кризисная служба под руководством выживших в Лидсе (*LSLCS*).

*LSLCS* известна как независимая организация, предлагающая альтернативу госпитализации и обязательной помощи в кризисных ситуациях, основанную на принципах и ценностях взаимной поддержки<sup>157</sup>. Анализ социальной отдачи от инвестиций (*SROI*) для услуги показал, что «коэффициент *SROI* для *LSLCS* находится в диапазоне от 4,00 до 6,50 фунтов стерлингов социальной ценности, создаваемой на каждый вложенный 1 фунт стерлингов»<sup>158</sup>.

Будущая задача состоит в том, чтобы поддерживать и развивать разнообразие основанных на ценностях, инновационных и отзывчивых служб поддержки коллег для людей, находящихся в кризисных и острых состояниях. Вероятно, это еще больше распространится на цифровое и онлайн пространство для предотвращения кризисов и ликвидации их последствий<sup>159</sup>. Необходимы исследования в области внедрения, разработки и эффективности с использованием целого ряда методологий, чтобы обеспечить создание надежной базы фактических данных о текущих и возникающих формах взаимной поддержки как в рамках основных служб, так и за их пределами.

Другие важные соображения для планирования услуг в будущем включают преимущественно подхода совместного производства и лидерства пользователей услуг. Учитывая часто негативные взгляды пользователей услуг на основные услуги неотложной помощи, такие подходы потенциально могут многое предложить в системе неотложной помощи.

## Дистанционное оказание неотложной помощи

Большая часть литературы по телепсихиатрии посвящена видеоконференциям, которые рассматриваются как предпочтительная замена личного взаимодействия, но оперативность и широкая доступность предполагает, что телефонная поддержка играет важную роль в кризисных ситуациях. Волонтерские организации имеют долгую историю оказания такой поддержки в области психического здоровья и, как было установлено, справляются с лицами, склонными к самоубийству, так же эффективно, как и профессионалы<sup>160</sup>. Использование горячих линий по вопросам психического здоровья значительно возросло на ранних стадиях пандемии COVID-19<sup>161</sup>. Телефонные услуги также могут использоваться во вторичной психиатрической помощи в качестве первоначального контакта, поддержки и сортировки: например, все трасты *NHS* в Англии теперь обязаны предоставлять местную линию доверия<sup>162</sup>.

Телепсихиатрия, преимущественно с использованием инструментов видеоконференцсвязи, использовалась в течение десятилетий для преодоления географических барьеров на пути к специализированной помощи, особенно в сельских районах Австралии и Канады, а также в некоторых частях США<sup>163,164,165</sup>. Внедрение этих услуг расширилось до кризисных ситуаций для предоставления срочных и неотложных консультаций, информирования руководства по уходу и принятия решений о переводе в больницу<sup>166</sup>. Например, Программа неотложной психиатрической помощи – доступ в сельской местности обеспечивает телефонную и видео сортировку и оценку неотложных психиатрических проявлений в Западной Австралии<sup>167,168</sup>.

Городские чрезвычайные ситуации, характеризующиеся различными видами психиатрического охвата, также могут обслуживаться моделью телепсихиатрической связи. Такие модели продемонстрировали перспективность в США и Канаде для расширения доступа к консультациям, сокращения времени ожидания, снижения системных затрат и улучшения ре-

зультатов визитов после неотложной помощи<sup>169,170,171</sup>. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что обученная команда, соблюдающая всесторонние протоколы безопасности, может надежно оценить широкий спектр презентаций удаленно<sup>172,173</sup>. Это включает оценку суицидального поведения, психоза, аффективных симптомов и употребления ПАВ.

Виртуальная помощь быстро расширяется, включая веб-программы и приложения, которые могут быть полезны в условиях кризиса. Ориентированные на пациента приложения, предназначенные для того, чтобы помочь людям справляться с кризисами, могут быть предоставлены в местах оказания медицинской помощи для поддержки посткризисного самоконтроля и планирования безопасности<sup>174</sup>. Персональные видеоконференции в настоящее время становятся жизнеспособным средством оказания прямой медицинской помощи, устраняя необходимость в традиционном комплексе телемедицины и позволяя проводить оценку с людьми, остающимися в своих домах или других доступных условиях. В результате некоторые центры вводят новшества и раздвигают обычные границы оказания экстренной помощи<sup>175</sup>, а модели виртуальной больницы на дому могут стать важным форматом оказания неотложной помощи в будущем<sup>176</sup>.

Тем не менее, серьезные препятствия для эффективного расширения масштабов телепсихического здоровья включают модели вознаграждения, цифровое исключение, неадекватную конфиденциальность в домах многих пользователей услуг и восприятие того, что качество ухода и терапевтические отношения ухудшаются<sup>177</sup>. Таким образом, необходимы тщательные исследования для информирования о будущем развитии дистанционной помощи в кризисных ситуациях в конкретных системах здравоохранения<sup>178,179,180</sup>.

### **Кризисная помощь в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД)**

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода, а также в недостаточно обслуживаемых районах стран с высоким уровнем доходов службы здравоохранения часто не являются первыми пунктами обращения для людей, находящихся в кризисе, и их семей. Отчасти это связано с ограниченной доступностью и плохой доступностью психиатрической помощи. Среднее количество психиатров на миллион населения колеблется от 0,6 в странах с низким уровнем дохода до

20 в странах с уровнем дохода выше среднего<sup>1</sup>. Даже при усилиях по расширению доступа к медицинской помощи за счет интеграции в систему первичной медико-санитарной помощи<sup>1</sup> охват услугами в СНСД остается низким: только 14–22% лиц, отвечающих критериям психического расстройства, получают лечение<sup>181</sup>. Прошлый опыт некачественной или принудительной помощи, которая не отвечает приоритетным потребностям, также может сдерживать обращение за помощью<sup>182</sup>. Только 44–50% стран Африки и Юго-Восточной Азии имеют правовую защиту для людей, нуждающихся в экстренной психиатрической помощи<sup>1</sup>, и правоприменение может быть минимальным.

Низкая осведомленность населения о психическом здоровье, высокий уровень стигмы в отношении психического здоровья и, в некоторых странах, предпочтение религиозных и народных целителей еще больше способствуют низкому уровню обращения за помощью в официальные службы<sup>183</sup>. В этом разделе мы сосредоточимся главным образом на тех странах, где специализированные службы охраны психического здоровья, кроме крупных психиатрических больниц, недоступны, что применимо к большинству стран с низким и некоторым средним уровнем дохода.

Сообщения о кризисных ситуациях зачастую не рассматриваются в качестве проблем психического здоровья в странах с низким уровнем дохода. Реагирование общества на кризисы в области психического здоровья может быть сосредоточено на явных проявлениях проблемы, включая острые поведенческие расстройства или стресс, суицидальное поведение и членовредительство, тяжелые физические последствия (например, обезвоживание в тяжелой депрессии или истощение, связанное с манией) и внезапная потеря сенсорных или двигательных функций как часть конверсионного расстройства<sup>184</sup>. Неопровержимые показатели психического кризиса, такие, как суицидальные мысли, могут не быть приоритетными для вмешательства.

Семья человека часто инициирует реакцию на кризис психического здоровья, опираясь на неформальную поддержку со стороны сообществ. Реагирование на острое поведенческое расстройство может включать в себя привлечение полиции или религиозных или народных целителей<sup>185</sup>, дополнительные или гомеопатические средства, оставление человека на улице<sup>186</sup>, некоторые формы сдерживания<sup>187</sup> или экстренное обращение в психиатрическую службу. Участие

полиции подвергает лицо риску подвергнуться физическому насилию, чрезмерной силе, ограничениям и задержанию<sup>188</sup>. Ограничение свободы в контексте семей часто рассматривается как крайняя мера при отсутствии доступной и эффективной помощи<sup>189</sup>.

Стигма и табу, связанные с членовредительством и суицидальным поведением, могут привести к сокрытию семьи или наказанию человека. Физическое лечение последствий членовредительства или попыток самоубийства обычно не сопровождается какой-либо оценкой или лечением психического здоровья.

Реагирование сообщества может представить острый дистресс как духовный кризис или как понятное последствие серьезных социальных невзгод (например, насилие со стороны интимного партнера, острый жизненный стресс) и соответствующим образом мобилизовать ресурсы. Эти ответы могут включать посредничество в трудных отношениях, материальную поддержку или придание смысла невзгодам<sup>190</sup>.

Систематический обзор вмешательств в области психического здоровья при кризисах в неспециализированных учреждениях в СНСД, проведенный в 2015 году, выявил отсутствие основанных на фактических данных руководств по оказанию помощи в кризисных ситуациях<sup>184</sup>. Было выявлено только одно интервенционное исследование. В недавно опубликованном руководстве Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) изложила рекомендации по правозащитным и ориентированным на выздоровление мерам реагирования на кризисы психического здоровья<sup>191</sup>. При разработке руководства ВОЗ стремилась выявить тематические исследования передовой практики, которые соответствовали бы Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов 2006 г. и соответствовали пяти критериям (использование непринудительных практик, вовлечение общества, участие в уходе, восстановительный подход, уважение дееспособности). Выявление тематических исследований передовой практики в странах с низким и средним уровнем дохода было приоритетом, но так и не было найдено.

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода комплексная реакция психического здоровья на кризисные проявления встречается редко. Может иметь место направление к специализированным службам охраны психического здоровья, но стоимость, недоступность и неприемлемость являются серьезными препятствиями для обращения. Участие лю-

дей с психическими расстройствами в принятии решений о кризисной помощи очень ограничено<sup>182</sup>. Последствия существующих мер реагирования включают нарушения прав человека, пролонгирование тяжелого психического заболевания, связанное с повышенной уязвимостью и неблагоприятным прогнозом, риск острого физического ухудшения здоровья и преждевременной смертности, а также более принудительную психиатрическую помощь (если она вообще предоставляется).

Программа ВОЗ по устранению пробелов в области психического здоровья (*mhGAP*) включает в себя руководство по вмешательству (*mhGAP-IG*), включающее основанные на фактических данных алгоритмы оказания экстренной помощи при остром психозе или мании, суицидальном поведении или членовредительстве, а также остром поведенческом расстройстве в контексте деменции или нарушений развития<sup>192</sup>. Тем не менее, он не дает четких указаний по ключевым компонентам ухода, основанного на соблюдении прав человека (включая поддержку принятия решений, информированное согласие на лечение и ненасильственные методы), а оценка людей с кризисными проявлениями была ограничена<sup>193</sup>.

В Сомалиленде<sup>194</sup> и на Ямайке<sup>195</sup> были предприняты небольшие усилия по предоставлению альтернатив госпитализации для людей, находящихся в остром кризисе, но эти модели помощи не подвергались тщательной оценке и имеют ограниченный потенциал для масштабирования из-за зависимости от специалистов-психиатров. Адаптированная форма модели группы кризисного вмешательства, широко используемая в США, была апробирована с сотрудниками правоохранительных органов в Либерии с предварительными доказательствами положительного воздействия на знания, стигматизирующее отношение и взаимодействие с клиницистами по психическому здоровью<sup>188</sup>.

На сегодняшний день было проведено два рандомизированных контролируемых исследования кризисных вмешательств у людей, обратившихся в неспециализированные службы после суицидальных попыток в СНСД<sup>196,197</sup>. В обоих испытаниях оценивалась модель краткого вмешательства и контакта, включающая первоначальный часовой психообразовательный сеанс во время попытки, за которым последовали девять телефонных звонков в течение следующих 18 месяцев, в ходе которых оценивались суицидальные наклонности и потребности в поддержке. Более крупное ис-

следование в нескольких странах (Бразилия, Китай, Индия, Иран и Шри-Ланка) продемонстрировало влияние вмешательства на повторные попытки членовредительства и самоубийства, в то время как исследование в одной стране (Французская Полинезия) не показало никакого влияния<sup>197</sup>.

В будущем совершенствование реагирования на кризисы в СНСД требует разработки и оценки контекстуально соответствующих вмешательств, основанных на существующих ресурсах сообщества и позволяющих членам сообщества выявлять и поддерживать тех, кто находится в остром кризисе, наряду с расширением доступа к психиатрической помощи и изменениями в политике и законодательстве. Использование ресурсов сообщества и оснащение доступных лиц (например, «коллег по несчастью», членов семьи, медицинских работников сообщества, традиционных и религиозных лидеров, лидеров сообщества, учителей, полиции) для оказания первой психологической помощи в ответ на кризис психического здоровья является важным шагом к улучшению ухода<sup>198</sup>. Подход группы кризисного вмешательства, который применялся к сотрудникам правоохранительных органов<sup>188</sup> может также иметь отношение к народным и религиозным целителям или общественным деятелям, которые играют важную роль в определении реакции общества на человека с острым нарушением поведения.

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на наличие и доступность психиатрической помощи во всем мире, в том числе в СНСД<sup>199</sup>. Использование горячих линий и цифровых технологий создает новые возможности для оказания поддержки в кризисных ситуациях, а также для выявления и реагирования на лиц, которым угрожает суицид, хотя, как и везде, наиболее уязвимые лица также могут подвергаться высокому риску цифрового исключения. Крайне важно обеспечить доступность кризисной помощи в местных учреждениях первичной и общей медико-санитарной помощи. Основанные на компетенциях оценки медицинских работников, проводящих ВОЗ *mhGAP-IG*<sup>200</sup> в неспециализированных учреждениях, должны включать методы дэскалации, а программы должны основываться на рекомендациях ВОЗ по оказанию помощи в кризисных ситуациях<sup>191</sup> и обеспечить поддержку принятия решений и предоставление альтернатив принудительному уходу.

Официальные кризисные психиатрические службы также должны иметь возможность перемещаться за пределы

учреждений, например, для оказания помощи тем, кто находится в кризисной ситуации, но является бездомным или находится дома в условиях ограниченного доступа и не может получить доступ к медицинской помощи. Потенциальный вклад взаимной поддержки во многие аспекты психиатрической помощи, включая кризисное реагирование, набирает обороты в СНСД<sup>201,202</sup>, но начинается с низкой базы участия и расширения прав и возможностей людей с жизненным опытом психических расстройств<sup>203</sup>.

Политика и законодательство, защищающие права человека лиц, страдающих психическим расстройством, необходимы для реализации и устойчивости эффективных и надлежащих вмешательств. ВОЗ уточнила, какие законы и правила должны быть включены, а также как они могут быть реализованы. Например, текущие усилия в Индии по реализации этих принципов с помощью нового законодательства в области психического здоровья включают стратегии поддержки принятия решений людьми, переживающими кризис психического здоровья, посредством предварительных директив и назначенных представителей<sup>204</sup>.

Гораздо более надежная оценка должна сопровождать программы по улучшению реагирования на кризис в сообществах, гарантируя, что не возникнут непреднамеренные неблагоприятные последствия, например, когда правоохранительные органы или народные целители вовлекаются в реагирование на кризис. Прежде чем адаптировать существующие или разрабатывать новые вмешательства, нам необходимо лучше понять, что происходит в момент кризиса, чтобы определить пути перехода к более основанной на правах и ориентированной на человека помощи. Вмешательства должны разрабатываться совместно с пациентами, их семьями, медицинским персоналом и социальными работниками и другими ключевыми членами сообщества, чтобы повысить их доступность, приемлемость и устойчивость.

В будущем, хотя перенос высокоинтенсивных, ресурсоемких, специализированных моделей из стран с высоким уровнем дохода в СНСД, вероятно, будет нежелательным и неэффективным для удовлетворения потребностей, обратные инновации возможны. Там, где кризисные меры разрабатываются с участием сообществ и пациентов, как в случае моделей добровольной помощи, рассмотренных ранее, они могут служить образцом для совместной кризисной помощи в странах с высоким уровнем дохода.



## ВЫВОДЫ

Основное внимание в этой статье уделялось конкретным моделям неотложной помощи и потенциалу, который они несут для улучшения помощи и расширения спектра вариантов, доступных в условиях кризиса. Однако это отражает точку зрения врача, а не пациента. Во время кризиса больной психиатрического профиля может обратиться за помощью и получить поддержку от ближайшего пункта медицинской помощи, и на него будет влиять не столько качество отдельных услуг, сколько общая доступность соответствующих видов помощи и степень, в которой гибкие меры реагирования на кризисные ситуации доступны от отзывчивого и чуткого персонала<sup>205</sup>.

До сих пор очень мало исследованной было посвящено общему пути пациента и системам экстренной помощи<sup>47</sup>. Оптимальной представляется гибкая и доступная локальная система экстренной помощи, которая предлагает различные варианты решения кризисных ситуаций для удовлетворения потребностей и предпочтений пациентов и объединяет различные модели. Однако относительно сложная система обслуживания, включающая несколько моделей кризисного обслуживания, также может привести к фрагментации и пробелам в обслуживании. Поэтому мы предлагаем, чтобы разработка интегрированных местных систем экстренной помощи стала приоритетом дальнейших исследований. Совместная разработка таких систем с пациентами и окружением, а также с персоналом во всех соответствующих секторах, имеет важное значение для такой реорганизации, позволяющей эффективно и приемлемо разрешать психические кризисы.

## Библиография

1. World Health Organization. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Howard LM, Leese M, Byford S et al. Methodological challenges in evaluating the effectiveness of women's crisis houses compared with psychiatric wards: findings from a pilot patient preference RCT. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:7227.
3. Fossey M, Godier-McBard L, Guthrie EA et al. Understanding liaison psychiatry commissioning: an observational study. *Ment Health Rev J* 2020;25:301-16.
4. Santillanes G, Axeen S, Lam CN et al. National trends in mental health-related emergency department visits by children and adults, 2009-2015. *Am J Emerg Med* 2020;38:2536-44.
5. Tran QN, Lambeth LG, Sanderson K et al. Trend of emergency department presentations with a mental health diagnosis in Aus-

6. UK National Health Service. The NHS five year forward view. London: National Health Service, 2014.
7. Sampson EL, Wright J, Dove J et al. Psychiatric liaison service referral patterns during the UK COVID-19 pandemic: an observational study. *Eur J Psychiatry* 2022;36:35-42.
8. Jeffery MM, D'Onofrio G, Paek H et al. Trends in emergency department visits and hospital admissions in health care systems in 5 states in the first months of the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Intern Med* 2020;180:1328-33.
9. Barratt H, Rojas-García A, Clarke K et al. Epidemiology of mental health attendances at emergency departments: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11:e0154449.
10. Cotton M-A, Johnson S, Bindman J et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 2007;7:52.
11. Dombagolla MH, Kant JA, Lai FW et al. Barriers to providing optimal management of psychiatric patients in the emergency department (psychiatric patient management). *Australas Emerg Care* 2019;22:8-12.
12. Clarke D, Usick R, Sanderson A et al. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2014;23:273-84.
13. Rayner G, Blackburn J, Edward KL et al. Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: a meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2019;28:40-53.
14. Fossey M, Parsonage M. Outcomes and performance in liaison psychiatry. London: Centre for Mental Health, 2014.
15. Evans R, Connell J, Ablard S et al. The impact of different liaison psychiatry models on the emergency department: a systematic review of the international evidence. *J Psychosom Res* 2019;119:53-64.
16. Xanthopoulou P, Ryan M, Lomas M et al. Psychosocial assessment in the emergency department: the experiences of people presenting with self-harm and suicidality. *Crisis* 2021; doi: 10.1027/0227-5910/a000786.
17. MacDonald S, Sampson C, Turley R et al. Patients' experiences of emergency hospital care following self-harm: systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *Qual Health Res* 2020;30:471-85.
18. Zeller S. Hospital-based psychiatric emergency programs: the missing link for mental health systems. *Psychiatr Times* 2019;36:1-31.
19. Zeller S, Calma N, Stone A. Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments. *West J Emerg Med* 2014;15: 1-6.
20. Braitberg G, Gerdzt M, Harding S et al. Behavioural assessment unit improves outcomes for patients with complex psychosocial needs. *Emerg Med Australas* 2018;30:353-8.
21. Goldsmith LP, Anderson K, Clarke G et al. The psychiatric decision unit as an emerging model in mental health crisis care: a national survey in England. *Int J Ment Health Nurs* 2021;30:95562.
22. Hussain D. Mental health patient slept in a CHAIR for a week while waiting for a bed. Birmingham Live, November 18, 2017.
23. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D et al. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *Br J Psychiatry* 2009;195:109-17.
24. Williams P, Csapke E, Rose D et al. Efficacy of a triage system to reduce length of hospital stay. *Br J Psychiatry* 2014;204:480-5.
25. Grassi L, Mitchell AJ, Otani M et al. Consultation-liaison psychiatry in the general hospital: the experience of UK, Italy, and Japan. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:44.
26. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
27. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an "Open Door-No Restraint" system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis* 2014;202:440-5.
28. Häfner H. Psychiatric crisis intervention – a change in psychiatric organization. Report on developmental trends in the Western European countries and in the USA. *Psychiatria Clinica* 1977;10:27-63.
29. Katschnig H, Konieczna T, Cooper JE. Emergency psychiatric and crisis intervention services in Europe: a report based on visits to services in seventeen countries. Geneva: World Health Organization, 1993.
30. Stulz N, Nevely A, Hilpert M et al. Referral to inpatient treatment does not necessarily imply a need for inpatient treatment. *Adm Policy Ment Health* 2015;42:474-83.
31. Parmar N, Bolton J. Alternatives to emergency departments for mental health assessments during the COVID-19 pandemic. London: Faculty of Liaison Psychiatry, Royal College of Psychiatrists, 2020.
32. Di Lorenzo R, Fiore G, Bruno A et al. Urgent psychiatric consultations at mental health center during COVID-19 pandemic: retrospective observational study. *Psychiatr Q* 2021;92:134159.
33. Dalton-Locke C, Johnson S, Harju-Seppanen J et al. Emerging models and trends in mental health crisis care in England: a national investigation of crisis care systems. *BMC Health Serv Res* 2021;21: 1174.
34. Mind. Listening to experience: an independent inquiry into acute and crisis mental healthcare. London: Mind, 2011.
35. Polak P. Patterns of discord: goals of patients, therapists, and community members. *Arch Gen Psychiatry* 1970;23:277-83.
36. Jones M, Polak P. Crisis and confrontation. *Br J Psychiatry* 1968;114:169-74.
37. Querido A. Community mental hygiene in the city of Amsterdam. *Mental Hygiene* 1935;19:17795.
38. Querido A. The shaping of community mental health care. *Br J Psychiatry* 1968;114:293-302.
39. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:216-32.
40. Lambert M, Karow A, Gallinat J et al. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental

- disorders (RECOVER). *BMJ Open* 2020;10:e036021.
41. Van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J* 2007;43:421-33.
  42. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:392-7.
  43. Hoult J. Community care of the acutely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1986;149:137-44.
  44. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Adv Psychiatr Treat* 2013;19:115-23.
  45. Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry* 2016;16:427.
  46. Hasselberg N, Holgersen K, Uverud G et al. Fidelity to an evidence-based model for crisis resolution teams: a cross-sectional multi-centre study in Norway. *BMC Psychiatry* 2021;21:231.
  47. Morant N, Lloyd-Evans B, Lamb D et al. Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry* 2017;17:254.
  48. Northumberland Tyne and Wear NHS Foundation Trust. Sunderland and South of Tyne Initial Response Team. <https://www.ntw.nhs.uk>.
  49. Murphy S, Irving CB, Adams CE et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;12: CD001087.
  50. Livingston JD. Contact between police and people with mental disorders: a review of rates. *Psychiatr Serv* 2016;67:850-7.
  51. Shore K, Lavoie JAA. Exploring mental health-related calls for police service: a Canadian study of police officers as 'front-line mental health workers'. *Policing* 2018;13:157-71.
  52. Charette Y, Crocker AG, Billette I. Police encounters involving citizens with mental illness: use of resources and outcomes. *Psychiatr Serv* 2014;65:511-6.
  53. Derrick K, Chia J, O'Donovan S et al. Examining Mental Health Act usage in an urban emergency department. *Australas Psychiatry* 2015;23:5179.
  54. Lamanna D, Shapiro GK, Kirst M et al. Corresponding police-mental health programmes: service user experiences and outcomes in a large urban centre. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27:891-900.
  55. Kirubarajan A, Puntis S, Perfect D et al. Street triage services in England: service models, national provision and the opinions of police. *BJPsych Bull* 2018;42:253-7.
  56. Puntis S, Perfect D, Kirubarajan A et al. A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage. *BMC Psychiatry* 2018;18:256.
  57. Callender M, Knight LJ, Moloney D et al. Mental health street triage: comparing experiences of delivery across three sites. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;28:16-27.
  58. StopSIM. Mental illness is not a crime. <https://stopsim.co.uk>.
  59. Royal College of Nursing. RCN position on the national rollout of Serenity Integrated Mentoring (SIM) and other similar models in England. <https://www.rcn.org.uk>.
  60. Royal College of Psychiatrists. RCPsych calls for urgent and transparent investigation into NHS Innovation Accelerator and AHSN following HIN suspension. <https://www.rcpsych.ac.uk>.
  61. Bowers L, Chaplin R, Quirk A et al. A conceptual model of the aims and functions of acute inpatient psychiatry. *J Ment Health* 2009;18:316-25.
  62. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002;1:84-90.
  63. Almeda N, García-Alonso CR, Salinas-Pérez JA et al. Causal modelling for supporting planning and management of mental health services and systems: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:332.
  64. Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez J et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:21023.
  65. Rains LS, Zenina T, Dias MC et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:403-17.
  66. Keown P, Weich S, Bhui KS et al. Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008: ecological study. *BMJ* 2011; 343:d3736.
  67. Cutting P, Henderson C. Women's experiences of hospital admission. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9:705-12.
  68. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:499-508.
  69. Nijman H, Palmstierna T, Almvik R et al. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:12-21.
  70. NHS England. Data on patient safety incidents reported to the NRLS by each NHS trust in England October 2019 to March 2020. <https://www.england.nhs.uk>.
  71. Thapa PB, Palmer SL, Owen RR et al. P.R.N. (As-needed) orders and exposure of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications. *Psychiatr Serv* 2003;54:1282-6.
  72. Muskett C. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. *Int J Ment Health Nurs* 2014;23:51-9.
  73. Johnson J, Hall LH, Berzins K et al. Mental healthcare staff well-being and burnout: a narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27:20-32.
  74. Edwards D, Evans N, Gillen E et al. What do we know about the risks for young people moving into, through and out of inpatient mental health care? Findings from an evidence synthesis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:55.
  75. Akther SF, Molyneaux E, Stuart R et al. Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open* 2019;5:10.
  76. Stuart R, Akther SF, Machin K et al. Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open* 2020;6:9.
  77. Sheridan Rains L, Weich S, Maddock C et al. Understanding increasing rates of psychiatric hospital detentions in England: development and preliminary testing of an explanatory model. *BJPsych Open* 2020;6:e88.
  78. Walker S, Mackay E, Barnett P et al. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry* 2019;6:1039-53.
  79. Paton C, Barnes TR, Cavanagh MR et al. Highdose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by P.R.N. prescribing. *Br J Psychiatry* 2008;192:435-9.
  80. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD002084.
  81. Wood L, Williams C, Billings J et al. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural informed psychological interventions for psychiatric inpatients with psychosis. *Schizophr Res* 2020;222:133-44.
  82. Goulet M-H, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggress Violent Behav* 2017;34:139-46.
  83. Bowers L, James K, Quirk A et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1412-22.
  84. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64:8505.
  85. Baker J, Berzins K, Canvin K et al. Non-pharmacological interventions to reduce restrictive practices in adult mental health inpatient settings: the COMPARE systematic mapping review. *Health Serv Deliv Res* 2021;9:5.
  86. McAllister S, Robert G, Tsianakas V et al. Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: an integrative review. *Int J Nurs Stud* 2019;93:10618.
  87. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry* 2021;218:18595.
  88. Marshall CA, McIntosh E, Sohrabi A et al. Boredom in inpatient mental healthcare settings: a scoping review. *Br J Occup Ther* 2020;83:41-51.
  89. Totman J, Mann F, Johnson S. Is locating acute wards in the general hospital an essential element in psychiatric reform? The UK experience. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2010;19:282-6.
  90. Sheehan B, Burton E, Wood S et al. Evaluating the built environment in inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2013;64:789-95.

91. Archer M, Lau Y, Sethi F. Women in acute psychiatric units, their characteristics and needs: a review. *BJPsych Bull* 2016;40:266-72.
92. Evlat G, Wood L, Glover N. A systematic review of the implementation of psychological therapies in acute mental health inpatient settings. *Clin Psychol Psychother* 2021;28:1574-86.
93. Weich S, Fenton S-J, Staniszewska S et al. Using patient experience data to support improvements in inpatient mental health care: the EURIPIDES multimethod study. *Health Serv Deliv Res* 2020;8:21.
94. Stapleton A, Wright N. The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *J Ment Health* 2019;28:443-57.
95. Johnson S, Needle JJ. Crisis resolution teams: rationale and core model. In: Johnson S, Needle J, Bindman J et al (eds). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008:67-84.
96. Winter DA, Shivakumar H, Brown RJ et al. Explorations of a crisis intervention service. *Br J Psychiatry* 1987;151:232-9.
97. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006;189:441-5.
98. Bone JK, McCloud T, Scott HR et al. Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a rapid evidence synthesis. *EClinicalMedicine* 2019;10:58-67.
99. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2015;15:74.
100. Lloyd-Evans B, Christoforou M, Osborn D et al. Crisis resolution teams for people experiencing mental health crises: the CORE mixed-methods research programme including two RCTs. *Programme Grants for Applied Research* 2019;7:1-102.
101. Lamb D, Lloyd-Evans B, Fullarton K et al. Crisis resolution and home treatment in the UK: a survey of model fidelity using a novel review methodology. *Int J Ment Health Nurs* 2020;29: 187-201.
102. Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:310-8.
103. Lyons C, Hopley P, Burton CR et al. Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:424-33.
104. Lloyd-Evans B, Osborn D, Marston L et al. The CORE service improvement programme for mental health crisis resolution teams: results from a cluster-randomised trial. *Br J Psychiatry* 2020;216:314-22.
105. Stulz N, Wyder L, Maeck L et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2020;216:32330.
106. Dirik A, Sandhu S, Giacco D et al. Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open* 2017; 7:e017680.
107. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011;3:192-204.
108. Pilling S, Ziedonis D, De Oliveira Gomes M et al. Open Dialogue: development and evaluation of a social network intervention for severe mental illness (ODDESSI). <https://www.ucl.ac.uk>.
109. Mezzina R, Johnson S. Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre. In: Johnson S, Needle JJ, Bindman J et al (eds). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008:251-65.
110. Rosen A. Integration of the crisis resolution function within community mental health teams. In: Johnson S, Needle JJ, Bindman J et al (eds). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008:235-50.
111. Taube-Schiff M, Ruhig M, Mehak A et al. Staff perspectives: what is the function of adult mental health day hospital programs? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017;24:580-8.
112. Schene A. Day hospital and partial hospitalization programmes. In: Thornicroft G, Szamukler G, Mueser KT et al (eds). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press, 2011:283-93.
113. Marshall M, Crowther R, Sledge WH et al. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12:CD004026.
114. Priebe S, Jones G, McCabe R et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional inpatient care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:243-9.
115. Lamb D, Steare T, Marston L et al. A comparison of clinical outcomes, service satisfaction and well-being in people using acute day units and crisis resolution teams: cohort study in England. *BJPsych Open* 2021;7:e68.
116. Lamb D, Davidson M, Lloyd-Evans B et al. Adult mental health provision in England: a national survey of acute day units. *BMC Health Serv Res* 2019;19:866.
117. Morant N, Davidson M, Wackett J et al. Acute day units for mental health crises: a qualitative study of service user and staff views and experiences. *BMC Psychiatry* 2021;21:146.
118. Johnson S, Gilbert H, Lloyd-Evans B et al. Inpatient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *Br J Psychiatry* 2009;194:456-63.
119. Bola JR, Mosher LR. At issue: predicting drugfree treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophr Bull* 2002;28:55975.
120. Thomas KA, Rickwood D. Clinical and costeffectiveness of acute and subacute residential mental health services: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2013;64:1140-9.
121. Prytherch H, Cooke A, Marsh I. Coercion or collaboration: service-user experiences of risk management in hospital and a trauma-informed crisis house. *Psychosis* 2020; doi:10.1080/17522439.2020.1830155.
122. Sweeney A, Fahmy S, Nolan F et al. The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study. *PLoS One* 2014;9:7.
123. Gilbert H, Slade M, Rose D et al. Service users' experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. *Br J Psychiatry* 2010;197(Suppl. 53):s26-31.
124. Osborn DP, Lloyd-Evans B, Johnson S et al. Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *Br J Psychiatry* 2010; 197(Suppl. 53):s41-5.
125. Drake R, Bond G. Psychiatric crisis care and the more is less paradox. *Community Ment Health J* 2021;57:1230-6.
126. Paton F, Wright K, Ayre N et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess* 2016;20:1-162.
127. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2019;214:260-8.
128. Johnson S, Lamb D, Marston L et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet* 2018;392:409-18.
129. Department of Health and Social Care. Independent review of the Mental Health Act. London: Department of Health and Social Care, 2018. <https://www.gov.uk>.
130. Newbigging K, Rees J, Ince R et al. The contribution of the voluntary sector to mental health crisis care: a mixed-methods study. *Health Serv Deliv Res* 2020;8:29.
131. Care Quality Commission. Right here, right now. People's experiences of help, care and support during a mental health crisis. Newcastle: Care Quality Commission, 2015. <https://www.cqc.org.uk>.
132. Crisp N, Smith G, Nicholson K. Old problems, new solutions - Improving acute psychiatric care for adults in England. The Commission on Acute Adult Psychiatric Care, 2016. <https://www.rcpsych.ac.uk>.
133. Care Quality Commission. Monitoring the Mental Health Act in 2016/17. Newcastle: Care Quality Commission, 2019. <https://www.cqc.org.uk>.
134. Dayson C, Wells P. Voluntary and community sector policy under the coalition government. *People, Place and Policy* 2013;7:91-9.
135. Macmillan R. 'Distinction' in the third sector. *Volunt Sect Rev* 2013;4:39-54.
136. Froggett L. Public innovation, civic partnership and the third sector - A psychosocial perspective. In: Agger A, Damgaard B, Hagedorn Krogh A et al (eds). *Collaborative governance and public innovation in Northern Europe*. Soest: Bentham, 2015:231-48.
137. Boscarato K, Lee S, Kroschel J et al. Consumer experience of formal crisis-response services and preferred methods of crisis intervention. *Int J Mental Health Nurs* 2014;23:287-95.
138. Hutchinson G, Gilvarry C, Fahy TA. Profile of service users attending a voluntary men-

- tal health sector service. *Psychiatr Bull* 2000;24:251-4.
139. Morant N, Lloyd-Evans B, Gilbert H et al. Implementing successful residential alternatives to acute in-patient psychiatric services: what can we learn from professional stakeholders' perspectives? *Psychiatr Prax* 2011;38.
  140. Edquist K. EU mental health governance and citizen participation: a global governmentality perspective. *Health Econ Policy Law* 2021;16:38-50.
  141. Faulkner A, Basset T. A long and honourable history. *J Ment Health Train Educ Pract* 2012; 7:53-9.
  142. Wallcraft J, Bryant M. The mental health service user movement in England. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2003.
  143. Faulkner A, Kalathil J. The freedom to be, the chance to dream: preserving user-led peer support in mental health. London: Together for Mental Wellbeing, 2012. <https://www.togetheruk.org>.
  144. Gillard S, Foster R, Gibson S et al. Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Ment Health Soc Incl* 2017;21:133-43.
  145. Mead S. Defining peer support. <http://chrysmassociates.co.uk>.
  146. Stone N, Warren F, Napier C. Peer support workers' experience of an intentional peer support scheme on an acute psychiatric ward. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice* 2010;7:93-102.
  147. Rooney JM, Miles N, Barker T. Patients' views: peer support worker on inpatient wards. *Ment Health Soc Incl* 2016;20:160-6.
  148. Moran GS, Kalha J, Mueller-Stierlin AS et al. Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and low-income countries: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial (UPSIDES-RCT). *Trials* 2020;21:371.
  149. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2014;14:39.
  150. Lyons N, Cooper C, Lloyd-Evans B. A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry* 2021;21:315.151.
  151. Vandewalle J, Debyser B, Beeckman D et al. Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2016;60:234-50.
  152. National Survivor User Network. Peer support charter. London: National Survivor User Network, 2019. <https://www.nsun.org.uk>.
  153. Gillard S. Peer support in mental health services: where is the research taking us, and do we want to go there? *J Ment Health* 2019;28:341-4.
  154. Faulkner A. Peer support: working with the voluntary, community and social enterprise sector. London: National Survivor User Network, 2020. <https://www.nsun.org.uk>.
  155. Stratford AC, Halpin M, Phillips K et al. The growth of peer support: an international charter. *J Ment Health* 2019;28:627-32.
  156. Wusinich C, Lindy DC, Russell D et al. Experiences of Parachute NYC: an integration of open dialogue and intentional peer support. *Community Ment Health J* 2020;56:1033-43.
  157. Venner F. Leeds Survivor Led Crisis Service – survivor-led philosophy in action. *A Life in the Day* 2009;13:28-31.
  158. Bagley A. Leeds Survivor Led Crisis Service. <https://www.slscs.org.uk>.
  159. Faulkner A. Remote and online peer support: a resource for peer support groups and organisations. London: National Survivor User Network, 2020. <https://www.nsun.org.uk>.
  160. Mishara BL, Daigle M, Bardon C et al. Comparison of the effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professional paid staff: results from studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide Life Threat Behav* 2016; 46:577-87.
  161. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P et al. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56:13-24.
  162. NHS England. NHS mental health crisis helplines receive three million calls. London: NHS England, 2021. <https://www.england.nhs.uk>.
  163. Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: a critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatry* 2015;5:286-304.
  164. Hubley S, Lynch SB, Schneck C et al. Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatry* 2016;6:269-82.
  165. Serhal E, Crawford A, Cheng J et al. Implementation and utilisation of telepsychiatry in Ontario: a population-based study. *Can J Psychiatry* 2017;62:716-25.
  166. Salmoiraghi A, Hussain S. A systematic review of the use of telepsychiatry in acute settings. *J Psychiatr Pract* 2015;21:389-93.
  167. Saurman E, Johnston J, Hindman J et al. A transferable telepsychiatry model for improving access to emergency mental health care. *J Telemed Telecare* 2014;20:391-9.
  168. Saurman E, Kirby SE, Lyle D. No longer 'flying blind': how access has changed emergency mental health care in rural and remote emergency departments, a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:156.
  169. Donley E, McClaren A, Jones R et al. Evaluation and implementation of a telepsychiatry trial in the emergency department of a metropolitan public hospital. *J Technol Hum Serv* 2017;35:292313.
  170. Hensel J, Graham R, Isaak C et al. A Novel emergency telepsychiatry program in a Canadian urban setting: identifying and addressing perceived barriers for successful implementation. *Can J Psychiatry* 2020;65:559-67.
  171. Narasimhan M, Druss BG, Hockenberry JM et al. Impact of a telepsychiatry program at emergency departments statewide on the quality, utilization, and costs of mental health services. *Psychiatr Serv* 2015;66:1167-72.
  172. Seidel RW, Kilgus MD. Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for Emergency Department psychiatry patients. *J Telemed Telecare* 2014;20:59-62.
  173. Shore JH, Hilty DM, Yellowlees P. Emergency management guidelines for telepsychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:199-206.
  174. Melia R, Francis K, Hickey E et al. Mobile health technology interventions for suicide prevention: systematic review. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020;8:e12516.
  175. Hensel JM, Bolton JM, Svenne DC et al. Innovation through virtualization: crisis mental health care during COVID-19. *Can J Community Ment Health* 2020;39:2.
  176. Woollicroft JO. Innovation in response to the COVID-19 pandemic crisis. *Acad Med* 2020;95:1140-2.
  177. San Juan NV, Shah P, Schlieff M et al. Service user experiences and views regarding telemental health during the COVID-19 pandemic: a coproduced framework analysis. *MedRxiv* 2021;21251978.
  178. Torous J, Bucci S, Bell IH et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry* 2021;20:318-35.
  179. Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the coronavirus disease 2019 pandemic – current and future outcomes of the rapid virtualization of psychiatric care. *JAMA Psychiatry* 2020;77:1211-2.
  180. Unützer J, Kimmel RJ, Snowden M. Psychiatry in the age of COVID-19. *World Psychiatry* 2020;19:130-1.
  181. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 2018;48:1560-71.
  182. Drew N, Funk M, Tang S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011;378:1664-75.
  183. Clement S, Schauman O, Graham T et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015;45:11-27.
  184. Nadkarni A, Hanlon C, Bhatia U et al. The management of adult psychiatric emergencies in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry* 2015;2:5407.
  185. Gureje O, Nortje G, Makanjuola V. The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. *Lancet Psychiatry* 2015;2:168-77.
  186. Smartt C, Prince M, Frissa S et al. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. *BJPsych Open* 2019;5:e57.
  187. Minas H, Diatri H. Pasung: physical restraint and confinement of the mentally ill in the community. *Int J Ment Health Sys* 2008;2:1-5.
  188. Kohrt BA, Blasingame E, Compton MT et al. Adapting the crisis intervention team

- (CIT) model of police-mental health collaboration in a low-income, post-conflict country: curriculum development in Liberia, West Africa. *Am J Public Health* 2015;105:e73-80.
189. Asher L, Fekadu A, Teferra S et al. "I cry every day and night, I have my son tied in chains": physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia. *Glob Health* 2017;13:1-14.
190. Tanaka C, Tuliao MTR, Tanaka E et al. A qualitative study on the stigma experienced by people with mental health problems and epilepsy in the Philippines. *BMC Psychiatry* 2018;18:325.
191. World Health Organization. *Mental health crisis services: promoting person-centred and rightsbased approaches*. Geneva: World Health Organization, 2021.
192. World Health Organization. *Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG) for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0*. Geneva: World Health Organization, 2019.
193. Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health* 2021;24:124-30.
194. Odenwald M, Lingenfelder B, Peschel W et al. A pilot study on community-based outpatient treatment for patients with chronic psychotic disorders in Somalia: change in symptoms, functioning and co-morbid khat use. *Int J Ment Health Systems* 2012;6:8.
195. Nelson D, Walcott G, Walters C et al. Community engagement mental health model for home treatment of psychosis in Jamaica. *Psychiatr Serv* 2020;71:522-4.
196. Bertolote J, Fleischmann A, De Leo D et al. Repetition of suicide attempts: data from five culturally different low-and middle-income country emergency care settings participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis* 2010;31:194201.
197. Amadéo S, Rereao M, Malogne A et al. Testing brief intervention and phone contact among subjects with suicidal behavior: a randomized controlled trial in French Polynesia in the frames of the World Health Organization/Suicide Trends in At-Risk Territories study. *Ment Illn* 2015;7:5818.
198. Wang L, Norman I, Xiao T et al. Psychological first aid training: a scoping review of its application, outcomes and implementation. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:4594.
199. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry* 2021;8:53550.
200. Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A et al. Ensuring Quality in Psychological Support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. *World Psychiatry* 2020;19:115-6.
201. Puschner B, Repper J, Mahlke C et al. Using peer support in developing empowering mental health services (UPSIDES): background, rationale and methodology. *Ann Glob Health* 2019;85:53.
202. Ryan GK, Kamuhirwa M, Mugisha J et al. Peer support for frequent users of inpatient mental health care in Uganda: protocol of a quasiexperimental study. *BMC Psychiatry* 2019;19:374.
203. Ryan GK, Semrau M, Nkurunungi E et al. Service user involvement in global mental health: what have we learned from recent research in low and middle-income countries? *Curr Opin Psychiatry* 2019;32:355-60.
204. Pathare S, Kapoor A. Implementation update on Mental Healthcare Act, 2017. In: Duffy R, Brendan K (eds). *India's Mental Healthcare Act, 2017*. Singapore: Springer, 2020:251-65.
205. Groot B, Vink M, Schout G et al. Pathways for improvement of care in psychiatric crisis: a plea for the cocreation with service users and ethics of care. *Arch Psychol* 2019;3.
- DOI:10.1002/wps.20962

## Нет служб, одиноких как остров: движение к экосистемному подходу для оценки психиатрических служб

Rosen A, Salvador-Carulla L. No service is an island: towards an ecosystem approach to mental health service evaluation. *World Psychiatry*. 2022;21(2):237-238. doi:10.1002/wps.20963

Johnson и соавт.<sup>1</sup> провели обзор масштабных изменений, происходящих в службах неотложной психиатрической помощи за последние два десятилетия. Авторы перечисляют и обсуждают обширный массив современных альтернатив, одновременно подчеркивая недостаток значимых доказательств, которые могли бы поддерживать использование таковых. В этой статье мы представляем некоторый дополнительный объем соответствующей информации для лучшего понимания контекста данных реформ и актуальных трудностей, связанных с их оценкой.

Ускоренные реформы неотложной психиатрической помощи должны быть встроены в более широкие изменения, начиная с уровня больницы и заканчивая оказанием помощи в обществе, связанном со сферой здравоохранения. Развитие передовых служб включает расширенную медицинскую помощь на дому, широкий спектр социальных служб, встроенных в первичное звено и неотложную психиатрическую службу, а также смешанные системы, охватывающие как реальную жизнь, так и цифровые технологии<sup>2</sup>. Комбинированные эффекты этих инноваций неизбежно смещают сам процесс оказания помощи с психиатрических больниц на социальные организации и общемедицинский сегмент.

Беспокойство усиливает тот факт, что неотложная медицинская помощь не может быть улучшена без адаптации всей системы к тому дизайну, применению и оценке, который соответствует новым моделям оказания помощи. Экосистема медицинской помощи включает четыре основных домена: территорию и сообщество, в котором мы живем; более широкие социальные и демографические характеристики; привычки, связанные со здоровьем. И отдельно рассматривается реализация медицинской помощи на разных уровнях экосистемы: нано (уровень пациент-специалист), микро (уровень организации), мезо (уровень локальной территории) и макро (уровень региона/страны)<sup>3</sup>. Такой взгляд на систему применим и для области психического здоровья.

Статья Johnson и соавторов описывает как интегрированные модели социальной помощи, включающие неотложную помощь, инициировались в сфере психиатрической помощи на десятилетия раньше, чем были адаптированы в общемедицинской системе. Заметьте: основному исследованию «госпиталь на дому» предшествовало несколько поколений рандомизированных контролируемых исследований интегрированной психиатрической помощи («с доставкой на дом»<sup>4</sup>). Прорывные инновации в сфере психического здоровья включали первые интегрированные модели помощи, из категорий социально/больничная система помощи<sup>5</sup>, «баланс помощи» между больницей и лечением в сообществе, и между другими секторами (здравоохранение и социальная служба)<sup>3</sup>.

Область психического здоровья также способствовала первой экологической модели для измерения реализации помощи (*Care Matrix*<sup>3</sup>), первым интегрированным стандартом, определяющим все разделы неотложной психиатрической помощи (*Area Integrated Mental Health Service Standards – AIMHS*<sup>3</sup>), а также инструментам для оценки психиатрической помощи в районе охвата, разработанным Европейской Командой Оценки Психиатрической Помощи (*European Psychiatric Care Assessment Team (EPCAT)*) в 2000 г.<sup>6</sup>

Однако первое сотрудничество в области психического здоровья может оставить позади преимущества в других областях медицины в связи с ограничением внимания, уделяемого неотложной помощи, и методологических затруднениях при оценке в условиях реального мира. Службы неотложной психиатрической помощи чаще всего анализируют в отрыве от системы в целом. Например, требования об увеличении количества кабинетов неотложной помощи и больничных коек в Австралии выдвигаются без учета системного подхода в отношении преодоления кризисов психического здоровья<sup>4</sup>. Нам требуется обратить внимание на то, что продолжительная помощь (например, в центрах продленного дня, реабилитационных

программах, асертивных общественных лечебных командах, социальных домах и поддерживаемых местах проживания, часто с их собственными возможностями работы с кризисными ситуациями) может предотвращать обострения, помогать в реализации ранних вмешательств и, как следствие, уменьшать потребность в неотложной помощи.

Недостаток современной доказательной базы для новых служб и интервенций в неотложной психиатрии относится к практическим и этическим проблемам в наборе участников среди пациентов в кризисных ситуациях, но это не единственная сложность. Доказательный подход может быть просто не способен сформулировать обоснования эффективности новых моделей неотложной помощи. Это сложные нелинейные системы, работа которых происходит в условиях неопределенности. Следовательно, реалистичная расстановка приоритетов требует включения системного мышления, стандартной классификации служб, новых техник анализа данных, инструментов моделирования, а также систем поддержки решений, которые бы включали внутреннюю экспертизу<sup>3</sup>.

Терминологическая двусмысленность и недостаток сопоставимости – ключевые проблемы в исследованиях психиатрических служб. Впервые высказано Leginski и соавт.<sup>5</sup> и широко подтверждено нашей службой мэппинговых исследований<sup>6</sup>, что номинальное определение службы не соответствует ее функции. Например, разнообразие в целевом времени ответа в «командах кризисных решений и лечения на дому» (*Crisis resolution and home treatment teams (CRHTTs)*), описанное в Англии и в Норвегии<sup>1</sup>, может демонстрировать, что под этим названием сгруппированы очень разные службы.

«Служба» (*service*) – это зонтичный термин, а не единица, которую можно подвергнуть анализу. Европейский Мэппинговый Перечень Служб (*The European Service Mapping Schedule (ESMS)*) и его расширение за пределами психиатрии, называемое «Европейское Описание и Оценка Услуг и Каталогов» (*European Description and*

*Evaluation of Services and DirectoriEs (DESDE)*), были широко использованы для мэппинга служб медицинских состояний (психического здоровья, хронических заболеваний, нетрудоспособности, старения) и секторов услуг (здоровье, социальные службы, трудовая занятость, образование) более чем в 34 странах<sup>6</sup>.

Процесс прояснения структуры помощи, облегченный при помощи ESMS/DESDE, не ограничивается описаниями служб. Он предоставляет операциональное определение неотложной помощи: оценку и начальное лечение кризисного состояния, есть ли ухудшение физического или психического состояния, оценку поведения или социального функционирования пациента, которое связано с состоянием здоровья, и может ли лечение быть обеспечено в тот же день или, как минимум, в течение 72 часов после возникновения необходимости такой помощи. Стандартные определения связанных служб и категорий неотложной помощи, таких как кризис, экстренность, стихийное бедствие или катастрофа, тоже требуют общепринятой терминологии<sup>7</sup>.

Сопоставимое описание организаций на обслуживаемых территориях критически важно для доступности этих служб, их вместительности (например, в индивидуальных «местах» или койко-местах) и предоставлении рабочих мест. Однажды собранная, такая информация может быть использована для оценки развития системы, для анализа различий и сходств, оценки качества, а также моделирования эффекта и реализации новых служб и потребности в персонале. Таким образом, мэппинг системы оказания помощи был использован для расчета оптимальной рабочей силы в эквивалентных стационарных отделениях и дневных неотложных стационарах в Стране Басков (Испания) и относительной технической эффективности оказания услуг в обслуживаемых областях как неотложной, так и плановой служб<sup>6</sup>.

Импакт-анализ – это следующий ключевой компонент для измерений в области психического здоровья. Он не должен ограничиваться на конечных оценочных точках, касающихся пациентов. Наибольшее внимание должно быть уделено процессу осуществления и анализу готовности, а также использованию, принятию и внедрению новой службы в условиях реального мира<sup>8</sup>. Стремясь к точности, мы не должны забывать о необходимости адаптации к местному контексту<sup>9</sup>.

Отдельно стоит упомянуть роль международных сетей в продвижении новых моделей оказания помощи и их применения. Соответствующими примерами являются *Crisis Now/Recovery International* – повсеместно растущая сеть учреждений, которая реализует дружелюбный, партнерский и основанный строго на социальных началах сервис, еще не подкрепленный тщательными исследованиями; *I-CIRCLE* – консорциум, который распространяет социальные модели в урбанизированной среде; *EUCOM* – модель социальной помощи в Европе.

Более широкие биопсихосоциально-культуральные инновации развивались с акцентом на комплексном научном подходе, сочетая в себе реальный опыт, семейную экспертизу, соблюдение прав человека и основанный на сообществе подход к восстановлению. Попытки изменить или отменить экономически выгодные реформы, основанные на сообществе, часто сопровождаются повышением потребности в койках в стационаре<sup>4</sup>. Эти госпиталь-центричные взгляды не должны в дальнейшем преобладать над податливыми и целостными экосистемами, включающими общественный и стационарный компоненты.

Трансформация неотложной психиатрической помощи в сторону моделей, основанных на сообществе, расширяет системы психиатрической помощи, предвещая более обширные реформы неотложной помощи в целом и поддерживая движение в сторону по-

мощи через сообщество. В соответствии с предыдущими преимуществами, оценка психиатрического сектора неотложной помощи должна адаптировать экосистемный взгляд, включая систематическую оценку доставки своих услуг службами, их вклад в процесс лечения, результаты, рабочую силу и особенно обслуживание самих пациентов и их семей, подтверждая живой опыт.

**Alan Rosen<sup>1,2</sup>,  
Luis Salvador-Carulla<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup>Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong, Wollongong, NSW, Australia;

<sup>2</sup>Brain & Mind Institute, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; <sup>3</sup>Health Research Institute, Faculty of Health, University of Canberra, Canberra, NSW, Australia; <sup>4</sup>Menzies Centre for Health Policy, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia

Перевод: Северцев В.В. (Москва)

Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М.

(Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J., et al. *World Psychiatry*. 2022;21(2):220–236.
2. Starling A. *Int J. Care Coord.* 2018; 21(1–2):50–54.
3. Rosen A., Gill N.S., Salvador-Carulla L. *Curr Opin Psychiatry*. 2020; 33(4):375–390.
4. Rosen A., Rock D., Salvador-Carulla L. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020; 54(12):1154–1156.
5. Leginski W.A., Croze C., Driggers J. et al. *Data standards for mental health decision support systems*. Washington: Department of Health and Human Services, 1989.
6. Romero-López-Alberca C., Gutiérrez-Colosía M.R., Salinas-Pérez J.A., et al. *Eur Psychiatry*. 2019; 61:97–110.
7. Rosen A., Clenaghan P., Richard S. et al. In: Johnson S., Needle J.J., Bindman J. et al (eds). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008: 235–50.
8. Salvador-Carulla L., Fernandez A., Sarma H. et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(15):7924.
9. Goodrich D.E., Miake-Lye I., Braganza M.Z. et al. *The QUERI roadmap for implementation*

DOI:10.1002/wps.20963

## Неотложная психиатрическая помощь: необходимость понимания контекста и адаптированных решений

Jacob KS. Acute psychiatric care: the need for contextual understanding and tailored solutions. *World Psychiatry*. 2022;21(2):238–239. doi:10.1002/wps.20964

Jonson и соавт.<sup>1</sup> рассмотрели разнообразные аспекты неотложной психиатрической помощи с целью найти до-

казательно обоснованные подходы, которые помогут расширить объем вмешательств, а также повысят до-

ступность и качество помощи. Они ознакомились с ассортиментом используемых вмешательств и разнообраз-

разными параметрами систем здравоохранения в разных странах.

Кризисные состояния – междисциплинарный феномен, который служит результатом сложного сочетания психического заболевания, потребления психоактивных веществ, эмоциональных резервов и социальной поддержки пациента. Эти состояния оказываются сложными вызовами для оценки их многочисленных аспектов и требуют многостороннего реагирования.

Качество доказательств для современных кризисных вмешательств и моделей оказания неотложной психиатрической помощи находится сегодня в лучшем случае на среднем уровне. Доступность лишь нескольких исследований, многие из которых отличаются малыми выборками, узкими критериями включения, прицельным фокусом на оценку результатов и недостатком всеобъемлющей карты вклада специалистов и приверженности к терапии, обуславливает отсутствие надежной доказательной базы для многих типов вмешательств<sup>2,3</sup>.

Разнообразные показатели точности для реализации различных моделей вмешательств и программ в отдельных регионах предлагают разнящиеся переводы кризисных комплексов<sup>4</sup>. Непредсказуемость кризисных ситуаций и необходимость в срочной помощи осложняют оценку вмешательств. Рандомизация участников в кризисных обстоятельствах сталкивается со значительными этическими трудностями.

Большинство оценок качества осуществления медицинской помощи дается медицинскими специалистами с низкой вовлеченностью пациентов. Пациентские сообщества, в основе которых лежит борьба за гражданские права, социальную справедливость и культурную ответственность, представляются многообещающими для разрешения кризисов и даже для их предотвращения, поэтому такие организации должны быть включены в дальнейшие исследования. Вовлечение в лечебный процесс волонтерских движений для улучшения реализации поддержки, особенно для социально незащищенных категорий граждан, тоже должно быть систематично исследовано.

Реализация неотложной психиатрической помощи в последнее время сильнее сконцентрировалась на телепсихиатрии, которая стала вытеснять очное взаимодействие. Хотя телефония, видеоконференции и приложения для смартфонов позволяют увеличить ресурс медицинских специалистов, уменьшить время ожидания, снизить цену и повысить доступность помощи, они не решают проблемы, связан-

ные с отсутствием доступа к гаджетам, приватностью в домах пациентов, терапевтическими отношениями, качеством помощи и методами оплаты. Эти технологии ожидают доказательств, чтобы быть использованными в рутинной клинической практике.

Большинство доказательств, касающихся неотложной психиатрической помощи, поступает из стран с высоким уровнем дохода. Психиатрическая помощь в странах с низким и средним уровнем дохода, учитывая их ограниченные финансовые и человеческие ресурсы, разрыв между городом и деревней, а также разнообразные убеждения о психических болезнях (например, религиозные и традиционно-медицинские модели объяснения, вспомогательные лечебные средства, стигма и табу), часто отличается неадекватным обеспечением здравоохранения, недостатком основанных на доказательных данных руководств по использованию интервенций и огромными пробелами в лечении. Окончательно усугубляют ситуацию отсутствие правового регулирования, ориентированности на восстановление и инклюзивные практики в обществе по отношению к кризисным явлениям, а также высокая стоимость, недоступность и непринятие специалистов из области психиатрии.

Несмотря на успех некоторых программ, проблемы, связанные с эффективностью, работоспособностью и выгодностью вмешательств в неотложной психиатрической помощи, должны быть исследованы<sup>5</sup>. Пока рандомизированные контролируемые исследования остаются краеугольным камнем в доказательной медицине, результаты отдельного исследования или систематического обзора нескольких таких исследований предоставляют доказательства эффективности лечения (то есть того, что «лечение работает где-то»), но обязательно служат доказательствами работоспособности в клинической практике (то есть того, что «лечение работает чаще всего»).

Экстраполирование знаний, полученных в рандомизированных контролируемых исследованиях, проведенных на других выборках, тоже представляет проблему. Доказательства эффективности («работает ли это?»), работоспособности («применимо ли это в практике?») и рентабельности («стоит ли оно того?») должны быть получены до широкого распространения каких-либо моделей или программ<sup>6</sup>. Хоторнский эффект также оказывает влияние на сравнение инновационных вмешательств и «группы контроля с применением стандартной терапии». Мотивационный ответ

субъекта может быть вызван интересом, заботой и вниманием, получаемым в процессе наблюдения и оказания помощи, а не самим специфическим вмешательством.

Изменения в рутине клинической практики с течением времени, различия в системах здравоохранения, разнообразие в демографических и клинических характеристиках пациентов, а также социальные условия, определяющие как физическое<sup>7</sup>, так и душевное здоровье<sup>8</sup>, – все это факторы, влияющие на репрезентативность клинических исследований. Множество кризисных ситуаций сформировано под значительным влиянием социально-экономических и внешне-средовых условий, в которых они живут. В то время как прицельные психиатрические вмешательства будут помогать людям в кризисной ситуации структурно, вмешательства на популяционном уровне и уровня общественного здоровья должны использоваться для уменьшения влияния социального неравенства на здоровье<sup>8</sup>.

Подходы, сформированные в разных дисциплинах (такие как теория кризисных вмешательств, психиатрический взгляд), различные уровни общественной поддержки (например, лица, оказывающие уход, консультанты и специалисты), разделение задач (например, сортировка, оценка и лечение), различные варианты оценки (такие как очный, с помощью телефона или видеосвязи), разные пути предоставления помощи (такие как здравоохранение и полиция), совместная работа разных служб (полиции, скорой помощи, специалистов здравоохранения), особый правовой статус (например, добровольный, недобровольный и принудительный), возможность для оказания помощи в разных местах (например, на дому, в отделениях неотложной помощи, совмещенных с психиатрическими отделениями), широкий спектр явлений (например, ситуационный кризис, расстройства личности, употребление психоактивных веществ/отравления, психоз), разные виды нарушений (как суицидальные мысли, так и несуицидальное самоповреждение, суицидальные попытки, насилие) делают сравнение разных видов помощи во множестве регионов сложным. Аналогично различные терапевтические тактики (например, психологические, фармакологические, практики физического ограничения) и отличия в последовательности оказания помощи в отдельных моделях делают экстраполяцию результатов затруднительной.

В дополнение, отличия в распространности кризисных состояний в разных популяциях, разница в жела-



нии получить помощь и различный порог для отличающихся видов клинических вмешательств еще больше усложняют интерпретацию результатов. Несоответствия в бюджетах, обществе, инфраструктуре больницы, а также кадровом составе тоже осложняют сравнение. Несмотря на успех некоторых моделей и интерес к инновационным подходам, несовпадения в реальной практике в разных регионах делают задачу создания универсально применимой модели затруднительной.

Хоть оценка вмешательств и обязательна, их успешность не может быть автоматически применена к другим условиям. Фактически существует множество сложных программ, которые часто применяются в пробном режиме, успех которых обеспечен высоким уровнем финансовой, административной и политической поддержки, однако они сложны для оценки даже в схожих условиях. Их применимость в разных регионах, системах здравоохранения и странах может быть крайне сложной.

Гетерогенность состояний, с которыми сталкивается неотложная психиатрия, неодинаковые вмешательства и различие условий требуют по-

нимания контекста. Реальность локальной окружающей среды и ее специфические проблемы требуют особых решений. Перенос структуры знаний, общих подходов и практики в условиях с разным контекстом может приводить к низким положительным результатам подходов к лечению<sup>9</sup>. Стандартизированные протоколы могут не учитывать местных проблем, требующих контекстуального анализа и интерпретаций, основанных на региональных реалиях. Это особенно актуально для многофакторных и междисциплинарных протоколов вмешательств, касающихся неотложной психиатрии и кризисной помощи.

Решения в клинической практике должны учитывать более широкий биопсихосоциальный контекст, включающий клинический, психологический, социальный и экономический аспекты, связанные с лечением осложнения, и риски, а также взгляды на лечение пациента и лица, оказывающего уход. Главный вызов, возникающий при попытке повторить успешный проект, – это необходимость понимать местный контекст, встраивать в него локальные знания и пробовать дополнять их специфическими для региона решениями.

## Kuruthukulangara S. Jacob<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Melbourne, Ballarat, VIC, Australia

Перевод: Северцев В.В. (Москва)

Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М.

(Санкт-Петербург)

### Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J., et al. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):220–36.
2. Murphy S.M., Irving C.B., Adams C.E. et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2015(12):CD001087.
3. Lyons N., Cooper C., Lloyd-Evans B. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):315.
4. Hasselberg N., Holgersen K., Uverud G. et al. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):231.
5. Cartwright N. *Lancet*. 2011; 377(9775):1400–1.
6. Haynes B. *BMJ*. 1999; 319(7211):652–3.
7. Marmot M. *Lancet*. 2005; 365(9464):1099–104.
8. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization, 2014.
9. Jacob K.S. *Int Psychogeriatr*. 2012; 24(11):1703–7.

DOI:10.1002/wps.20964

## Необходимость правозащитного подхода к моделям оказания неотложной помощи

Newton-Howes G, Gordon S. The need for a rights-based approach to acute models of care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):240-241. doi:10.1002/wps.20965

Johnson и соавт.<sup>1</sup> предоставляют всеобъемлющий обзор спектра неотложных услуг и моделей ухода, которые в настоящее время рассматриваются и используются системами охраны психического здоровья, в первую очередь в странах с высоким уровнем дохода. Данная статья представляет собой отличную отправную точку для оценки диапазона, доступности и качества поддержки, доступной тем, кто испытывает острый психосоциальный дистресс<sup>2</sup>. Авторы ясно показывают, что существует множество возможных путей оказания медицинской помощи, множество методов оценки, которые могут быть применены, и столь же разнообразный набор потенциальных вариантов поддержки после оценки.

Широта и глубина всего этого просто поразительны. Однако, что не менее примечательно, так это отсутствие четкого научно обоснованного направления исследований. Это противоречит широко распространенному

мнению о том, что существует доказательная база, лежащая в основе преимущественно биомедицинских подходов, используемых в большинстве стран с высоким уровнем дохода. Как отмечают Johnson и соавт., большинство исследований имеют отрицательные результаты или не находят пользы для предложенной модели ухода. Это приводит к тому, что подходы к планированию, внедрению и оценке неотложной помощи становятся серьезной проблемой<sup>3</sup>. «Объем» и «статус» неотложных услуг в настоящее время создают реальную головоломку для специалистов по планированию услуг и отдельных врачей: каковы наилучшие подходы к улучшению доступа и качества медицинской помощи?

На самом деле, маловероятно, что найдутся «наилучшие подходы», которые можно было бы обобщить для отдельных людей с точки зрения их представления, времени, культуры или модели здравоохранения для определенной страны. Что требуется,

так это контекстуально релевантная модель ухода с адекватными доказательствами. Мы бы предположили, что суждения о том, являются ли подходы к неотложной помощи, доступные в обществе, достаточными и подходящими, в основном принадлежат пациентам, которые эту помощь получают, и их сетям поддержки<sup>4</sup>. Для проведения такой оценки представляется вероятным, что понимание острого психосоциального дистресса, с точки зрения пациента, оказывается необходимым условием и что это должно включать знание пациентами их прав.

Взятые в целом, существующие данные свидетельствуют о том, что биомедицинские модели оценки (такие как оценка в отделении неотложной помощи) в значительной степени бесполезны, с точки зрения пациента, и могут увеличить вероятность стационарного лечения. Такая работа зачастую проводится на основе плохо определенного «риска», который многие отделения ставят в приоритет пе-

ред смягчением последствий. Поэтому необходимы альтернативные варианты разработки более эффективных методов оценки и оказания неотложной помощи.

Интересно наблюдать, что бригады неотложной помощи на дому, которые не основаны на теоретической модели, более позитивно воспринимаются пациентами, как и кризисные дома по месту жительства. Они существуют по всей Новой Зеландии и субъективно отражают положительный опыт, описанный в литературе. Обе эти модели имеют менее клиническую направленность, с акцентом на потребности человека, попавшего в беду, и подходы к их удовлетворению, в отличие от акцента на риске. Подразумевается, что биомедицинские модели, описанные как «острые копыя», могут быть недостаточными или даже устаревшими и что совместно разработанные модели неотложной помощи необходимы для их адекватного дополнения с целью удовлетворения потребностей пациентов и их сетей поддержки.

Мы отмечаем различие между обзором, относящимся к странам с высоким уровнем дохода, и обзором, касающимся стран с низким и средним уровнем дохода (*LMICS*) в статье *Johnson* и его соавторов<sup>1</sup>. Определенную озабоченность вызывает критический подход к проблемам и стратегиям, существующим в странах с низким уровнем дохода. Выявленный систематический обзор вмешательств в области психического здоровья при кризисах в условиях работы специалистов в *LMICS*<sup>5</sup>, который выявил отсутствие основанных на фактических данных рекомендаций по оказанию помощи в критических ситуациях, в целом согласуется с выводами обзора *Johnson*<sup>1</sup>. Как отметил Специальный докладчик Организации Объединенных Наций (ООН) в 2020 г., «во всем мире почти все контексты разделяют необходимость смены парадигмы в области психического здоровья, хотя то, как этот сдвиг выглядит на практике, является предметом многочисленных дискуссий... хотя доминирующий глобальный статус-кво в области психического здоровья существует, он разрушается под давлением этих разнородных и мощных движений и переживаний»<sup>6</sup>. Аналогичным образом, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщает, что

«общесекторальные решения требуются не только в странах с низким уровнем дохода, но и в странах со средним и высоким уровнем дохода»<sup>7</sup>. Мы бы предположили, что проблемы, выявленные в странах с низким и средним уровнем дохода, распространяются и на страны с высоким уровнем дохода.

Одно из мощных движений, на которое ссылается Специальный докладчик ООН, представлено ожиданиями стран, подписавших и ратифицировавших Конвенцию ООН о правах инвалидов 2006 г. Данное движение включает, в частности, право лиц с инвалидностью (включая психосоциальную инвалидность) на правоспособность, которое охватывает как собственно правоспособность (способность обладать правами), так и правосубъектность (способность осуществлять эти права).

Распространенным предположением, опровергающим этот подход, является осознанная необходимость заменить выбор человека с острым психосоциальным расстройством, чтобы удовлетворить его/ее потребности, с помощью, например, законодательства о психическом здоровье. Возможно, эти опасения основаны на плохо определенных терминах, таких как «понимание», и все больше споров возникает вокруг надлежащих оценок их потенциала<sup>8</sup>, даже в острых обстоятельствах<sup>9</sup>. В ответ на это опасение Конвенция требует, чтобы людям оказывалась поддержка в принятии решений в соответствии с их собственной волей и предпочтениями даже в ситуациях, когда у них могут быть нарушены навыки принятия решений.

Как указано *Johnson* и соавторами, в недавно опубликованном руководстве ВОЗ<sup>7</sup> излагаются основные принципы, основанные на правах пациентов, ориентированные на восстановление подходов к службам охраны психического здоровья в сообществе, включая кризисные службы. В данные принципы входят обязательство уважать правоспособность, непринудительную практику, вовлечение общин, участие и подход к восстановлению. По сути, потребности и права человека, попавшего в беду, должны быть ориентиром при выборе модели оказания помощи.

В целом, *Johnson* и соавт. дают отличный обзор текущего спектра услуг и соображений качества, связанных с

неотложной психиатрической помощью. Авторы указывают на то, что литература разрознена или не поддерживает многие из предлагаемых повседневных вмешательств. Меняющийся глобальный контекст для оказания помощи с постоянно растущим признанием прав людей, испытывающих острые психосоциальные расстройства, также ставит под сомнение статус-кво.

Мы хотели бы присоединиться к выводу авторов о том, что необходимо разработать, оценить и внедрить новые подходы, и мы бы предположили, что основанные на правах человека, ориентированные на восстановление подходы должны способствовать любому расширению спектра и улучшению доступа и качества неотложной психиатрической помощи. Совместная работа с людьми с жизненным опытом и сетями их поддержки, вероятно, наилучшим образом облегчит это изменение.

**Giles Newton-Howes<sup>1</sup>,  
Sarah Gordon<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychological Medicine, University of Otago, Wellington, New Zealand;

<sup>2</sup>World of Difference, University of Otago, Wellington, New Zealand

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В.

(Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. *World Psychiatry* 2022; 21:220–36.
2. Aubrecht K. *Rev Disabil Stud* 2012; 8:1–15.
3. Head B.W. *Public Policy* 2008; 3:101–18.
4. Priebe S., Miglietta E. *World Psychiatry* 2019; 18:301.
5. Nadkarni A., Hanlon C., Bhatia U. et al. *Lancet Psychiatry* 2015; 2:540–7.
6. Pūras D. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. <https://undocs.org/A/HRC/44/48>.
7. World Health Organization. *Mental health crisis services: promoting person-centred and rightsbased approaches*. Geneva: World Health Organization, 2021.
8. Newton-Howes G., Pickering N., Young G. *Clin Ethics* 2019; 14:173–7.
9. Pickering N., Newton-Howes G., Young G. *Am J Bioeth* 2021; doi: 10.1080/15265161.2021.1941422.

DOI:10.1002/wps.20965

# Непрерывность лечения и терапевтические отношения как критические элементы неотложной психиатрической помощи

Ruud T, Friis S. Continuity of care and therapeutic relationships as critical elements in acute psychiatric care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):241-242. doi:10.1002/wps.20966

Во всеобъемлющем обзоре *Jonson* и соавт.<sup>1</sup> подчеркивают, что неотложная психиатрическая помощь потребляет внушительную часть ресурсов, предоставляемых психиатрическим службам, однако данные о моделях с наиболее позитивными результатами и опытом пациентов остаются на удивление ограниченными.

Хорошо известно, что непрерывность помощи и терапевтические отношения рассматриваются как важные факторы в работе психиатрических служб<sup>2,3</sup>. Существуют убедительные данные, что эти факторы так же важны и при оказании неотложной психиатрической помощи. Непрерывность помощи продемонстрировала положительную связь с результатами лечения в условиях неотложной психиатрической службы<sup>4</sup>. Рассматривая терапевтические отношения, основная масса пациентов называет эмоциональную поддержку основным компонентом работы кризисной команды, а также подчеркивает необходимость того, чтобы больным было уделено достаточное внимание и предоставлено достаточно возможностей для того, чтобы рассказать свою историю, поделиться эмоциями и проблемами<sup>5</sup>.

Построение и поддержание терапевтических отношений в стационарах, которые занимаются неотложной психиатрией, затруднительно, однако, как было показано, возможно, и ведет к снижению использования принуждения, повышению удовлетворения пациентов и обеспечению приверженности к терапии<sup>6</sup>. Существует необходимость адаптировать профессиональное обучение и включить в него построение и поддержание терапевтических отношений в типичных ситуациях неотложной помощи, с учетом ограниченности времени и других трудностей. Методы исследования самих терапевтических отношений также должны быть адаптированы для формата неотложной психиатрии, где пациенты имеют личный контакт и с их лечащим врачом, и с другим персоналом.

Организация неотложной помощи имеет тенденцию к сосредоточению на доступности служб, которые требуются во время кризисных состояний.

Меньше внимания уделяется построению терапевтических отношений и обеспечению продолжительной помощи в процессе перехода от первого контакта к дальнейшей терапии. В психиатрических стационарах это приводит к краткосрочной госпитализации, с уклоном в фармакотерапию и не приводит к формированию терапевтического альянса и взаимодействию с пациентом как с личностью, не обеспечивает сохранения адекватного межличностного контакта в процессе перехода к последующим этапам оказания помощи. Слишком короткая госпитализация, как и выписка без соответствующего дальнейшего наблюдения, может привести к часто повторяющимся госпитализациям в острые психиатрические отделения. И достаточный срок госпитализации, и обеспечение наблюдения медицинскими службами после выписки снижают частоту повторных поступлений<sup>7</sup>.

Пациенты с тяжелыми психическими расстройствами с большей вероятностью будут сохранять стабильное состояние в случае длительного контакта со специалистами, которые установили с ними доверительные отношения, также им может потребоваться время, чтобы установить аналогичные отношения с врачом общей практики или кем-то другим в первичном звене. Дополнительной проблемой оказывается то, что врачи общей практики зачастую перегружены и имеют очень ограниченные возможности для продолжения наблюдения пациентов с ментальными заболеваниями.

Также должно учитываться, что кризисы в психическом здоровье часто отражают проблемы, которые развивались в течение времени и становились постепенно более серьезными. Ранние интервенции могут быть направлены на решение проблем на более ранних этапах, когда это требует меньших усилий, и такие службы (с низким порогом вовлечения) могут быть частью психиатрических служб или служб первичного звена. Краткая госпитализация, контролируемая пациентом (*Brief patient-controlled admission (PCA)*), в психиатрическое отделение в общественном центре отражает такую низкопороговую модель.

Она была разработана в Норвегии, и пациенты отметили ее удобство. Госпитализация в *PCA* обычно ограничена пятью днями<sup>8</sup>.

Команды кризисных отделений в Норвегии подчеркивали, что ранние вмешательства и низкопороговые службы в дополнение к основанным в общественных структурах кризисным интервенциям направлены на пациентов, которые в ином случае поступили бы в стационар. Сравнивая свою работу с деятельностью служб Великобритании, Норвежская команда отмечает, что реализует помощь более широкой группе пациентов, с большим объемом психологических вмешательств и меньшим применением психофармакотерапии<sup>9</sup>. Эта практика также включает более длительные сессии для оказания психологической помощи и формирования терапевтических отношений.

Как и некоторые другие основанные на командном принципе работы службы здравоохранения, команды кризисной помощи – это сложная модель, в которой несколько человек обеспечивают широкий спектр вмешательств. Различия между командными подходами предполагают, что сложно реализовать все элементы или компоненты одинаково хорошо, а также, что иногда различные компоненты могут конкурировать между собой. Например, обеспечение быстрого ответа новичкам в программе конкурирует с обеспечением интенсивной помощи и частых визитов тем, кто уже включен в работу службы. Адаптация подходов к местным условиям чаще всего необходима, что может доставить дополнительные трудности при сравнении сложных вмешательств между странами и регионами.

*Johnson* и соавт. описывают широкий спектр моделей оказания неотложной психиатрической помощи, используемых на разных этапах и в разных контекстах. Для большинства этих моделей существует недостаток обоснованных, доказательных данных, и получение подтверждения для всех, возможно, недостижимо. Так или иначе, благоприятным решением может быть использование для сложных вмешательств исследовательских моделей, еще находящихся в разра-

ботке, чтобы исследовать отдельные элементы неотложной психиатрической помощи. Если такие исследования смогут определить, какие именно элементы наиболее важны для получения клинических результатов, эти элементы могут быть применены и изучены в разнообразных моделях и других контекстах.

Дилемма появления более специализированных и дифференцированных психиатрических служб, включая неотложную помощь, приводит к более частому прерыванию терапии теми пациентами, которым требуется пройти через разные этапы болезни. Модели с более общими и интегрированными командными принципами работы могут обеспечить большую продолжительность личных отношений между пациентом и сотрудниками служб. Требования к эффективности сфокусированы на лечении расстройств, но зачастую оставляют мало пространства для взаимодействия между специалистом и человеком, страдающим расстройством.

Мы должны больше узнать о том, какие исходы наиболее важны для пациентов и какие элементы неотложной психиатрической помощи обеспечивают разнообразные исходы. В частности, важно лучше понимать, каким образом непрерывность оказания помощи и терапевтические отношения обеспечивают позитивный опыт и положительный исход лечения для пациента неотложной психиатрической помощи и как эти два критически важных элемента могут быть реализованы.

#### **Torleif Ruud<sup>1,2</sup>, Svein Friis<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup>Division of Mental Health Services, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway; <sup>2</sup>Clinic of Health Services Research and Psychiatry, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Blindern, Oslo, Norway; <sup>3</sup>Division of Mental Health and Addiction, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway; <sup>4</sup>Division of Mental Health and Addiction, Department of Research and Innovation, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Перевод: Северцев В.В. (Москва)  
Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М.  
(Санкт-Петербург)

#### **Библиография**

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):220–36.
2. Adair C.E., McDougall G.M., Beckie A. et al. *Psychiatr Serv*. 2003; 54(10):1351–6.
3. Martin D.J., Garske J.P., Davis M.K. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(3):438–50.
4. Puntis S., Rugkåsa J., Forrest A. et al. *Psychiatr Serv*. 2015; 66(4):354–63.
5. Morant N., Lloyd-Evans B., Lamb D. et al. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1):254.
6. Bolsinger J., Jaeger M., Hoff P. et al. *Front Psychiatry*. 2019; 10:965.
7. Kalseth J., Lassemo E., Wahlbeck K. et al. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1):376.
8. Nytingnes O., Šaltytė Benth J., Ruud T. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(1):36.
9. Hasselberg N., Holgersen K.H., Uverud G.M., et al. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):231.

DOI:10.1002/wps.20966

## **Мероприятия и технологии: разработка более безопасной неотложной стационарной психиатрической помощи**

Simpson A. Activities and technologies: developing safer acute inpatient mental health care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):242–243. doi:10.1002/wps.20967

*Johnson* и соавт.<sup>1</sup> предоставляют всеобъемлющий и информативный обзор фактических данных и ключевых вопросов, касающихся неотложной и кризисной психиатрической помощи. Как они предполагают, психиатрическая стационарная помощь чаще всего непопулярна – как среди пациентов, так и среди многих сотрудников – и может быть травмирующей, вызывающей повторный негативный опыт и принудительной.

Существует сильная напряженность вокруг попыток обеспечения безопасности людей с тяжелыми психическими расстройствами и стремления построить и поддерживать привлекательные, принимающие терапевтические отношения и среду, зачастую в рамках систем и организаций здравоохранения, которые имеют недостаточное финансирование и крайне недоукомплектованы персоналом.

Те сотрудники, которые посвящают свое время и силы оказанию стационарной помощи, часто делают это с большим мастерством и гуманностью. В межнациональном сравнительном тематическом исследовании<sup>2</sup> сообщается о положительной

практике в стационарных отделениях для острых пациентов, свидетельствующей о безопасном, уважительном и сострадательном оказании помощи. Пациенты знали об усилиях, прилагаемых для обеспечения их безопасности, но не чувствовали себя рутинно вовлеченными в планирование оказания помощи или принятие решений по регулированию рисков. Исследования по увеличению времени терапевтического контакта, совместному принятию решений при оценке риска и использованию инструментов, ориентированных на выздоровление, могут способствовать дальнейшему развитию персонализированного планирования помощи.

Неизменная проблема скуки в психиатрических отделениях также освещается в статье *Johnson* и соавторов. Инициативы, находящиеся в свободном доступе, такие как *Star Wards* ([www.starwards.org.uk](http://www.starwards.org.uk)), предоставляют множество творческих предложений для улучшения взаимодействий в заполненных психиатрических отделениях и могут создать возможности для персонала и пациентов участвовать в обсуждениях и сотруд-

ничестве с целью разработки и осуществления конструктивной деятельности.

Существует настоятельная необходимость в проведении исследований для изучения организационных факторов, которые стоит внедрить для поддержки более интерактивной и продуктивной среды при оказании неотложной психиатрической помощи<sup>3</sup>. Возможны ли такие решения в ограничительных и избегающих рисков условиях, нам еще предстоит узнать. Мероприятия, которые следует особо отметить, в дополнение к избавлению от скуки, включают поощрение вовлеченности пациентов, оценку их способности заниматься повседневной деятельностью, подготовку к выписке и поддержку осторожных шагов к выздоровлению.

Маловероятно, что все эти потребности могут быть адекватно удовлетворены за короткое время, обычно проводимое пациентом в отделении, также нужно учитывать различные демографические и диагностические характеристики. Это относится, в частности, к развитию необходимых навыков и уверенности в себе для до-

стижения и поддержания выздоровления при взаимодействии пациента с зачастую враждебным внешним миром. Междисциплинарные подходы с участием специалистов по трудотерапии и коллег-работников могут обеспечить решение данного вопроса.

Johnson и соавторы<sup>1</sup> освещают доказательств, поддерживающие использование *Six Core Strategies* и *Safewards* для уменьшения конфликтов и применения ограничительных мер в стационарных отделениях. Недавний обзор признал увеличенную доказательную базу по эффективности *Safewards* в отделениях для острых пациентов в различных странах<sup>4</sup>. Необходимы дополнительные исследования для оценки адаптации в психиатрических отделениях интенсивной терапии, службах охраны психического здоровья, отделениях неотложной помощи и палатах для различных возрастных категорий. Однако нехватка персонала и значительное давление, с которым сталкиваются работники сферы охраны психического здоровья, также создают серьезные препятствия для тех, кто осуществляет вмешательство<sup>5</sup> и проводит соответствующие исследования<sup>6</sup>.

Описательный обзор литературы<sup>7</sup> выявил относительно небольшой объем исследований по использованию системы телевидения замкнутого контура (*CCTV*) для повышения безопасности пациентов и персонала в отделениях неотложной психиатрической помощи, но отметил жертвование конфиденциальностью. Видеонаблюдение (*CCTV*) усилило субъективное чувство безопасности у пациентов и персонала, однако не было никаких доказательств того, что оно повысило объективную безопасность или снизило уровень насилия.

Видеонаблюдение и (в последнее время) инфракрасные камеры также используются для тщательного наблюдения и мониторинга жизненно важных показателей у пациентов, в том числе в изоляции. Такая технология может быть менее инвазивной для пациентов, снимает необходимость прерывания сна при проведении проверок и может быть предпочтительной для некоторых пациентов, по-

скольку позволяет избежать вторжения персонала в личное пространство человека. Это может снизить количество триггеров для конфликтов и агрессии и риск последующего психологического вреда, связанного с ограничительными мерами. Видеомониторинг может также позволить оставить чрезмерно возбужденных пациентов в покое, давая возможность при этом персоналу продолжать свои наблюдения.

С другой стороны, использование электронного наблюдения может рассматриваться как дистанцирующее и дегуманизирующее. Исследования показывают, что основным фактором, успокаивающим пациентов и уменьшающим травматизм во время эпизода изоляции или ограничения, оказывается контакт и общение с персоналом<sup>8</sup>. Симптомы страха, недоверия или бреда могут усиливаться у некоторых пациентов, и существуют опасения, что системы видеонаблюдения могут усугубить параноидальные мысли или вызвать тревожные воспоминания о предыдущем жестоком обращении, связанном с видеозаписями. Видеокамеры могут напрямую способствовать созданию атмосферы отстраненности, контроля и страха, что может содействовать возникновению тех самых явлений, которые, как предполагается, при наблюдении должны уменьшаться. Видеосъемка пациентов, особенно находящихся в уязвимом положении, может подкрепить чувство стыда и ущемить право на личную жизнь.

Эти проблемы и необходимость дополнительных исследований имеют важное значение, поскольку наличие и растущая доступность цифровых технологий привели к внедрению настенных камер (*BWC*) в стационарных отделениях, в отделениях неотложной помощи и (для фельдшеров) в машинах скорой помощи. *BWCs* – это небольшие устройства, которые можно носить на одежде, они записывают изображения и звуки в непосредственной близости от пользователя. Сотрудники психиатрической службы просят носить *BWCs* и включать их во время происшествий, а иногда и по просьбе пациента. Есть надежда,

что использование *BWCs* поможет разряжать опасные ситуации, уменьшит агрессию и улучшит ответственность и сбор доказательств по поводу серьезных инцидентов. Однако недавний систематический обзор литературы выявил только две неудовлетворительные оценки использования *BWC* в психиатрических отделениях: с неоднозначными результатами, но с некоторым снижением числа более серьезных инцидентов<sup>9</sup>.

В заключение отметим, что удовлетворение потребностей пациентов в активности и причастности в переполненных психиатрических отделениях сегодня следует рассматривать как приоритетную задачу, в то время как идея использования электронного наблюдения в учреждениях, оказывающих помощь при острых психических расстройствах, на данный момент не подкреплена убедительными научными данными и вызывает серьезные сомнения.

### Alan Simpson

Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience and Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery & Palliative Care, King's College London, London, UK

Перевод: Каспартов М.В. (Минск)  
Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В.  
(Санкт-Петербург)

### Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. *World Psychiatry* 2022; 21:220–36.
2. Coffey M., Hannigan B., Barlow S. et al. *BMC Psychiatry* 2019; 19:115.
3. Foye U., Li Y., Birken M. et al. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020; 27:482–93.
4. Lawrence D., Bagshaw R., Stubbings D. et al. *Int J Forensic Mental Health* 2022; 21:68–88.
5. Fletcher J., Brophy L., Pirkis J. et al. *Front Psychiatry* 2021; 12:733272.
6. McAllister S., Simpson A., Tsianakas V. et al. *BMJ Open* 2021; 11:e047114.
7. Appenzeller Y.E., Appelbaum P.S., Trachsel M. *Psychiatr Serv* 2020; 71:480–6.
8. Knox D.K., Holloman G.H. Jr. *West J Emerg Med* 2012; 13:35–40.
9. Wilson K., Eaton J., Foye U. et al. *Int J Mental Health Nurs* 2021; doi: 10.1111/inm.12954.

DOI:10.1002/wps.20967

# Обеспечение равноправия пациентов в кризисных службах психического здоровья

Goldman ML, Vinson SY. Centering equity in mental health crisis services. *World Psychiatry*. 2022;21(2):243-244. doi:10.1002/wps.20968

Обзор, проведенный *Johnson* и соавт.<sup>1</sup>, описывает убедительную историю: доказательная база в основных областях, касающихся неотложных и кризисных служб психического здоровья, крайне слаба. В данной статье мы рассматриваем основные пробелы в этой области, которые относятся к исследованию существующего неравенства в доступе к кризисным услугам и различном качестве услуг, а также степень, в которой новые модели и вмешательства способны это равенство обеспечить.

В США призывы к адекватному финансированию не обеспеченных ресурсами отделений неотложной помощи, психиатрических больниц и пениitenciарных заведений уже давно<sup>2</sup> находятся на повестке дня после гибели при задержании полицией Д. Пруда, афроамериканца с тяжелым психическим расстройством. Организации по защите прав потребителей и движения за расовую справедливость, такие как *Black Lives Matter*, выступают за альтернативы полицейскому реагированию на действия людей в тяжелом психическом состоянии. Этот импульс получил дальнейшее развитие в связи с увеличением бремени психических заболеваний в условиях пандемии COVID-19. Кроме того, был введен долгожданный номер горячей линии 988 (трехзначный номер, специально предназначенный для оказания психиатрической помощи) в США<sup>3</sup>.

Направление в службы психического здоровья часто выдвигается в качестве средства для решения проблем, возникающих на пересечении институтов охраны психического здоровья и уголовно-правовой системы<sup>4</sup>. Однако данные о том, что кризисные программы приводят к значимой перенадресации пациентов и снижению неравенства, неоднозначны. В отличие от уголовно-правовой системы проявления расового неравенства и структурного вреда в системе охраны психического здоровья редко становятся вирусными и всеохватывающими. Но они, безусловно, существуют и хорошо задокументированы в отношении доступа, вовлечения, принудительной практики и получения услуг, имеющих доказанную эффективность.

Недавняя оценка работы команды совместного реагирования группой, состоящей из психиатра и полицей-

ского, показала, что риск заключения в тюрьму снижался в краткосрочной, но не в долгосрочной перспективе; инициальные данные также показали, что частота заключений под стражу была значительно ниже среди получателей кризисных услуг, которые идентифицировали себя как чернокожие<sup>6</sup>. Кроме того, неопубликованные данные из Аризоны свидетельствуют о том, что пациенты *Medicaid*, которые получали помощь от мобильных кризисных команд и кризисных центров, с большей вероятностью попадали в тюрьму в течение 30 дней после окончания кризисного эпизода.

Для улучшения доказательной базы в отношении кризисных услуг как фактора, смягчающего неравенство в сфере психического здоровья, необходимо решить множество проблем. Серьезные недостатки в системе сбора и анализа социально-демографических данных затрудняют последовательное измерение исходного уровня или изменения неравенства в зависимости от расы, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, групп коренного населения (обычно называемых коренными американцами, или американскими индейцами, в США, но также это касается и других групп на международном уровне), иммиграционного статуса, социально-экономического положения, уровня образования, бездомности, инвалидности и языковых предпочтений.

Примечательно, что соответствующие социально-демографические иерархии различаются на региональном и международном уровнях, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов, где другие факторы (например, каста или фамилия) могут проявляться в неравенстве в большей степени, чем расовый вопрос, на который часто обращают внимание в США. Хотя все эти социально-демографические факторы должны быть изучены на предмет неравенства, мы сосредоточились на расовом равенстве, понимая, что выводы, сделанные в этой области, помогут продвижению равенства в более широком смысле.

Одной из причин, почему не существует социально-демографических данных по этой проблеме, является отсутствие стимулов для сбора этой важной информации. Ни органы контроля качества, ни налогоплательщики (государственные или частные) не

требуют регулярного измерения этих параметров. Хотя американские организации, такие как Национальный форум качества, разрабатывают методы корректировки риска, которые будут включать соответствующие данные о социально-экономическом статусе и других факторах, до широкого внедрения этих способов еще далеко.

Еще одной проблемой, связанной с оценкой справедливости помощи в службах кризисного вмешательства, является диагностическая переоценка, которая относится к оценкам, приводящим к различающимся в этнических подгруппах диагнозам, поставленным на основе неклинических факторов (например, гипердиагностика шизофрении у афроамериканских мужчин). Такие предубеждения на исходном уровне могут снизить достоверность обследования контрольных групп и исказить результаты. Этот вопрос вызывает особую озабоченность при оценке принудительных вмешательств, таких как недобровольная госпитализация и принудительное медикаментозное лечение, которые, как было показано, применяются расово несправедливым образом<sup>7</sup>.

По мере внедрения кризисных программ во всем мире системные администраторы, лица, принимающие решения, и поставщики услуг должны взять на себя обязательство использовать оптику справедливости как при разработке, так и при оценке систем кризисного реагирования. Важнейшим первым шагом является привлечение сообществ непосредственно к разработке кризисных систем в рамках значимого, постоянного сотрудничества, с механизмами для измерения прогресса и обеспечения подотчетности.

Лидеры организаций должны взять на себя четкие обязательства сначала учесть существующее неравенство, а затем нести ответственность за его устранение. Соответствующие мероприятия включают тренинги, образование и проектную деятельность, связанные со структурным неравенством. Программы могут использовать такие ресурсы, как «Шкала оценки расового равенства» от Правительственного альянса по расе и равенству<sup>8</sup>, а также «Инструмент самооценки для модификации против расизма» (*SMART*)<sup>9</sup>. Программы могут поддерживать инвестиции в кадровый потенциал в области психического здоровья путем

организации стажировок, а также использовать другие возможности обучения, направленные на диверсификацию кадров, чтобы отразить особенности обслуживаемых сообществ. Включение в работу специалистов-ровесников также может способствовать социально-экономическому и расовому/этническому разнообразию персонала, а также быть дополнительным преимуществом при снижении стигмы.

Что касается разработки и оценки кризисных интервенций, необходимы ресурсы для поддержки строгих, ориентированных на конечные результаты стратегий, для того чтобы измерить воздействие программы на закрепление, ухудшение или ликвидацию неравенства. Программы могут опираться на модели исследований с участием общественности и методы науки о внедрении моделей, чтобы приглашать к участию заинтересованные стороны как непосредственно от сообщества, так и от профессионального экспертного совета в процессе исследования, чтобы облегчить определение и включение результатов, значимых для ключевых заинтересованных сторон.

Для повышения качества данных специалисты по оценке могут обеспечить специализированное обучение клинического персонала тому, как собирать социально-демографические данные, необходимые для проведения анализа расовой справедливости. Аналогично необходимости диверсификации клинического персонала поддержка исследователей с различ-

ным опытом работы является важным способом обеспечения равенства. В заключение отметим, что для достижения этих целей необходимо увеличить финансирование исследований кризисных служб психического здоровья, а анализы степени равенства получающих помощь должны быть частью каждого профинансированного исследовательского проекта.

Содействие проактивным подходам к измерению и изучению неравенства может помочь продвижению цели достижения истинного равенства в том, как системы реагируют на людей в кризисных ситуациях. Метрики должны выходить за рамки простых описательных показателей, таких как мощность и время реагирования, и сосредотачиваться на более значимых показателях процесса и результатов, таких как связь с амбулаторным лечением и позитивная динамика симптомов. Чтобы не упрочить неадекватные страховые выплаты за амбулаторные психиатрические услуги, важно, чтобы при оценке кризисных систем изучались результаты лечения, а также неравенство между пациентами, итоги проведенного лечения и различия между важными подгруппами.

Отсутствие достоверных данных о том, какую роль играют кризисные услуги в продвижении справедливости, остается серьезной проблемой. Повышенное внимание к этому ключевому компоненту системы охраны психического здоровья станет хорошей возможностью для решения проблемы неравенства пациентов в области психического здоровья.

**Matthew L. Goldman<sup>1</sup>,  
Sarah Y. Vinson<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>San Francisco Department of Public Health, and Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of California, San Francisco, CA, USA;

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Morehouse School of Medicine, and Lorio Forensics, Atlanta, GA, USA

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. *World Psychiatry* 2022; 21:220–36.
2. Vinson S.Y., Dennis A.L. *Psychiatr Serv* 2021; 72: 1428–33.
3. Hogan M.F., Goldman M.L. *Psychiatr Serv* 2020; 72:169–73.
4. Balfour M.E., Hahn Stephenson A., Delany-Brumsey A. et al. *Psychiatr Serv* 2021; doi: 10.1176/appi.ps.202000721.
5. Alegría M., Frank R.G., Hansen H.B. et al. *Health Aff* 2021; 40:226–34.
6. Bailey K., Lowder E.M., Grommon E et al. *Psychiatr Serv* 2021; doi: 10.1176/appi.ps.202000864.
7. Swanson J., Swartz M., Van Dorn R.A. et al. *Health Aff* 2009; 28:816–26.
8. Local and Regional Government Alliance on Race & Equity. *Racial Equity Toolkit: an opportunity to operationalize equity.* <https://www.racialequityalliance.org/>.
9. Talley R.M., Shoyinka S., Minkoff K. *Community Ment Health J* 2021; 57:1208–13.

DOI:10.1002/wps.20968

## Кризис внутри кризиса – хрупкость системы оказания неотложной психиатрической помощи

Schneberger AR, Huber CG. Crisis within a crisis – the fragility of acute psychiatric care delivery. *World Psychiatry*. 2022;21(2):245-246. doi:10.1002/wps.20969

В статье Johnson и соавт.<sup>1</sup> представляют всеобъемлющее описание различных моделей помощи, направленных на преодоление кризисов психического здоровья, уделяя особое внимание промежуточной оценке и экстренному преодолению кризиса, интенсивному лечению, посткризисному периоду, а также дальнейшим перспективам кризисной помощи, включая профилактику, и особенности кризисной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода.

Авторы пришли к выводу, что существуют разнообразные варианты моделей помощи, но при этом доказа-

тельств, основанных на надежных исследованиях, мало, а большинство исследований и интервенций отражают скорее точку зрения клинициста, чем точку зрения пациента.

Поколения врачей и пациентов стремились улучшить управление услугами в области кризисной психиатрии, и обширный обзор этих усилий поражает во многих отношениях. С одной стороны, он иллюстрирует сложность проблемы; с другой – демонстрирует творческий подход, необходимый для ее решения. Однако обилие моделей, которые описывают авторы, также отражает общую не-

адекватность имеющихся алгоритмов помощи и неспособность экспертов и пользователей услуг найти эффективные решения вопроса. Кроме того, сложные системы, как правило, неэффективны и запутывают пути к лечению, увеличивая время, необходимое пациенту для того, чтобы получить адекватную помощь и поддержку, а также прямые и косвенные расходы на психическое здоровье.

Пандемия COVID-19 создала множество новых проблем для нашего общества, особенно если говорить о наиболее уязвимых группах населения, включая людей с психическими

заболеваниями. В то время как объединенные усилия ученых во всем мире привели к беспрецедентно быстрому развитию стратегий иммунизации, оказание медицинских услуг в целом и оказание услуг по охране психического здоровья в частности пострадали<sup>2</sup>. Являясь непреднамеренным глобальным стресс-тестом для систем здравоохранения, COVID-19 выявил структурные слабые места в наших службах неотложной психиатрической помощи.

Инфекция COVID-19 сама по себе вызывает острые нарушения психического здоровья, а также отдаленные неврологические и психиатрические последствия. Кроме того, вынужденное сокращение социальных контактов и деятельности во время изоляции, беспокойство и стресс перед лицом надвигающихся экономических трудностей и неопределенность во время глобального кризиса выявили ранее не диагностированные психические расстройства, привели к увеличению частоты рецидивов существующих психических заболеваний и вызвали рост впервые выявленных психических проблем. Этот рост психиатрической заболеваемости привел к резкой нагрузке на аппарат предоставления помощи, к которому большинство систем психиатрического здравоохранения не были готовы<sup>3</sup>.

Работники по оказанию психиатрической помощи и управленцы борются за обеспечение психиатрической помощи, прибегая к творческим мерам, включая новые цифровизированные медицинские решения. Несмотря на эти усилия, во многих случаях – и особенно в институциональных условиях – оказывается невозможным поддерживать услуги на допандемическом уровне, что приводит к деградации терапевтического альянса, одного из наиболее важных факторов успеха в психиатрическом лечении<sup>4</sup>. Кризис психического здоровья в рамках пандемического кризиса выявил отсутствие надежного алгоритма решений, поддерживающего вмешательство, необходимые для оказания помощи людям с психическими заболеваниями, и может рассматриваться как показатель хрупкости оказания психиатрической помощи.

Кроме того, как отмечают *Johnson* и соавторы<sup>1</sup>, доступ пациентов или потребителей к неотложной психиатрической помощи часто характеризуется потерей автономии и самоопределения. Агрессивное поведение и насилие со стороны психиатрических пациентов используются для оправдания более строгих условий содержания в стационарных учреждениях в интересах поддержания безопасности при работе с такими больными, кото-

рые могут в противном случае причинить вред себе или представлять опасность для общества. Однако последние данные указывают другое: более открытые подходы к лечению, расширяющие возможности и способствующие уменьшению принуждения, способны снизить агрессию и насилие в неотложных психиатрических учреждениях<sup>5</sup>, что говорит о том, что возможно внедрить и поддерживать услуги с минимальным использованием принуждения и максимальной автономией пациента.

Однако эта работа требует больших усилий и рассчитана на длительный срок. Опять же, пандемия COVID-19 показывает, как легко этот прогресс может быть утрачен. Во время пандемического кризиса уровень недобровольных госпитализаций и принудительных мер возрос<sup>6</sup>. Это неизбежно вызвано ростом обострения психических заболеваний – нередко это связано с возросшей необходимостью обеспечения безопасности населения и работников психиатрической службы в периоды неопределенности<sup>7</sup>. Нормативные установки перевешивают моральные сомнения во время кризисов и могут привести к тому, что работники психиатрической службы будут чаще прибегать к принуждению в лечебных учреждениях.

И наконец, пандемия COVID-19 напоминает нам о важности сосредоточения не только на непосредственном вмешательстве в кризисы психического здоровья, но и на возможности предотвращать эти кризисы. Система психического здоровья должна обеспечивать вмешательства, направленные на повышение жизнестойкости и благополучия, облегчения ухода за собой и на поддержку принципов неформального ухода. Темой обзора *Johnson* и соавторов<sup>1</sup> является неотложная психиатрическая помощь, поэтому авторы дали лишь краткий обзор вторичной и третичной профилактики. Однако нельзя недооценивать важность профилактики в ее значении противодействию развитию острых психиатрических состояний, что уменьшает страдания заболевших, а также снижает нагрузку на систему охраны психического здоровья и расходы на здравоохранение.

Мы согласны с авторами, что необходимо продвигать новые исследования и создавать интегрированные местные учреждения кризисной помощи для удовлетворения разнообразных потребностей людей с психическими расстройствами. Крайне важно включать в работу людей, которые пользуются помощью, их семьи, сообщества и персонал во всех соответствующих секторах психиатриче-

ской помощи для разработки систем лечения, которые учитывают особые потребности пациентов. Пандемия COVID-19 продемонстрировала потребность в более качественных и долговечных структурах помощи людям с психическими заболеваниями. Чтобы достичь этой цели, необходимо сосредоточиться на расширении прав и возможностей, а также снижении стигматизации пациентов<sup>8</sup>.

Для того чтобы противостоять структурной стигматизации проблем психического здоровья, принимающим решения необходимо бросить вызов и быть ответственными за включение здравоохранения в политику борьбы с пандемиями. Необходимо сместить акцент с системы помощи, включающей множество моделей кризисных служб, которая приводит к пробелам в оказании помощи и к неудовлетворению общественности и здравоохранения, на политику борьбы с пандемиями. Необходимо сместить акцент с фрагментированной, сложной системы помощи, включающей множество моделей кризисных служб и приводящей к пробелам в оказании помощи и неудовлетворенности общественности и психиатрических потребностей, в сторону полного континуума психиатрической помощи<sup>9</sup>. Правительство должно поддерживать и финансировать развитие комплексной непрерывной психиатрической помощи, начиная от стационарных коек в психиатрических учреждениях и заканчивая базовыми услугами, основанными на научно обоснованных данных национального уровня.

Международные исследовательские группы, включая ученых и пользователей услуг из стран с низким и средним уровнем дохода, являются ключом к сбору и своевременному распространению данных о лучших моделях и практиках с целью обеспечения доказательной базы для устойчивого оказания неотложной психиатрической помощи.

**Andres R. Schneeberger<sup>1-3</sup>,  
Christian G. Huber<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Department of Adult Psychiatry, Psychiatric Services Grisons, Chur, Switzerland;

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatics, Psychiatric University Clinics, Zurich, Switzerland;

<sup>3</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, USA;

<sup>4</sup>Department of General Adult Psychiatry, University Psychiatric Clinics, Basel, Switzerland

Перевод: Коврижных И.В. (Санкт-Петербург)  
Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)



## Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. *World Psychiatry* 2022; 21:220–36.
2. Richter D., Bonsack C., Burr Furrer C.M. et al. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother* 2021; 172: w03158.
3. Thome J., Deloyer J., Coogan A.N. et al. *World J Biol Psychiatry* 2021; 22:516–25.
4. Bolsinger J., Jaeger M., Hoff P. et al. *Front Psychiatry* 2020; 10:965.
5. Schneeberger A.R., Kowalinski E., Fröhlich D. et al. *J Psychiatr Res* 2017; 95:189–95.
6. Fasshauer J.M., Bollmann A., Hohenstein S. et al. *J Psychiatr Res* 2021; 142:140–3.
7. Molewijk B., Kok A., Husum T et al. *BMC Medical Ethics* 2017; 18:1–14.
8. Huber C., Sowislo J., Schneeberger A. et al. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother* 2015; 166:22432.
9. Pinals D.A., Fuller D.A. *Psychiatr Serv* 2020; 71:713–21.

DOI:10.1002/wps.20969

# Последствия острого кризиса – вовлечение людей с психозом в реабилитационно ориентированную помощь

Siskind D, Yung A. After the acute crisis – engaging people with psychosis in rehabilitation-oriented care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):246-247. doi:10.1002/wps.20970

Johnson и соавт.<sup>1</sup> приводят веские доводы в пользу необходимости улучшения качества и доступности неотложной психиатрической помощи. Однако после угасания клиники острого состояния обычно сохраняются стойкие симптомы и функциональные нарушения, связанные с психическим заболеванием, особенно у людей, живущих с психотическими расстройствами, такими как шизофрения. Эти люди нуждаются в доступе к услугам, ориентированным на реабилитацию, чтобы предотвратить рецидивы и последующее возвращение в кризисные службы, а также помочь достичь индивидуальных целей в выздоровлении.

Как отмечают Johnson и соавт.<sup>1</sup>, существуют доказательства того, что раннее вмешательство в связи с психозом (EIPS) связано с меньшим риском рецидива и повторной госпитализации в сравнении с обычным лечением<sup>2</sup>. Обоснование EIPS заключается в том, что большая часть инвалидности, связанной с психотическими расстройствами, возникает в течение первых нескольких лет после начального психотического эпизода и что значительный процент потери трудоспособности можно предотвратить или уменьшить с помощью всестороннего ухода, сфокусированного на факторах риска функциональных нарушений. К ним относятся разрыв связей со сверстниками и семьей, безработица, стигматизация, дискриминация, деморализация и травма<sup>2</sup>.

Целью EIPS является обеспечение интегрированной помощи, с тем чтобы за острым приступом первого эпизода психоза последовало восстановление с учетом индивидуальных потребностей пациента<sup>2</sup>. Ряд психологических, психосоциальных и фармакологических вмешательств доступен лицам в рамках EIPS, хотя данные услуги и различаются в разных службах. Часто ис-

пользуемые вмешательства включают строго контролируемое медикаментозное лечение, семейное психообразование, индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), обучение социальным навыкам и профессиональное образование<sup>2</sup>.

EIPS демонстрирует улучшенные показатели ремиссии и выздоровления по оценкам врачей или исследователей, в сравнении с обычным лечением. Однако в настоящее время наблюдается уход от клинической классификации «выздоровления» как отсутствия или уменьшения симптомов, улучшения функционирования и/или сокращения использования услуг в области психического здоровья, с упором вместо этого на персонализированное восстановление, определяемое самим человеком на основании его жизненного опыта<sup>3</sup>.

В то время как EIPS может улучшить результаты людей на ранних стадиях психотических заболеваний, есть пациенты, которые демонстрируют субоптимальную ответную реакцию или вовсе не приходят к выздоровлению. Наибольшему риску неблагоприятного исхода подвержены лица с длительной нелеченой психотической симптоматикой до первого эпизода психоза, плохой преморбидной адаптацией, высокими показателями негативной симптоматики на начальных стадиях болезни и нарушенным когнитивным функционированием<sup>4</sup>. Кроме того, если нейролептики улучшают психотические симптомы у большинства людей, у каждого третьего человека с шизофренией развивается резистентность по отношению к лечению заболевания<sup>5</sup>. Это определяется сохраняющимися психотическими симптомами и функциональными дефицитами, возникающими после как минимум двух адекватных испытаний антипсихотических препаратов первого ряда.

Многие факторы риска неблагоприятного исхода могут быть идентифицированы на ранних этапах первого эпизода психоза. Таким образом, существует возможность разработать стратифицированные пути помощи, при которых лица с самым высоким риском неблагоприятного исхода будут находиться под тщательным наблюдением и на раннем этапе обеспечиваться специализированным лечением. Например, лицам с высоким риском стойкой положительной симптоматики и функционального ухудшения может быть предложено ранее назначение клозапина.

Клозапин считается наиболее эффективным препаратом для уменьшения как положительных симптомов шизофрении<sup>6</sup>, так и количества госпитализаций в психиатрические службы<sup>7</sup>. Несмотря на его общепризнанное преимущество при резистентности к лечению шизофрении, между первым появлением резистентных к терапии симптомов и началом приема этого препарата зачастую проходит много лет. Улучшение раннего доступа к клозапину как в странах с высоким уровнем дохода, так и в странах с низким и средним уровнем дохода является необходимым условием для сокращения потребности в неотложной психиатрической помощи людей с резистентной к лечению шизофренией. Это также увеличило бы шансы гораздо большего количества людей с шизофренией наслаждаться хорошим качеством жизни.

Ранние и стойкие негативные симптомы служат еще одним фактором риска неблагоприятного прогноза при раннем психозе. Лежащий в основе данных симптомов этиопатогенез неизвестен, и для них не существует доказательных методов лечения. Антипсихотики, антидепрессанты, стимуляторы, включая метилфенидат, *d*-амфетамин и модафинил, и противосу-

дорожные препараты были испытаны, но метаанализ показывает, что их эффективность невысока. Для устранения приводящих к нетрудоспособности симптомов необходима организация дальнейших испытаний.

Помимо фармакологических вмешательств, людям с устойчивым психозом необходим комплексный подход, включающий психосоциальные вмешательства, ориентированные на реабилитацию, для уменьшения потребности в неотложной психиатрической помощи. Реабилитационные мероприятия с доказательной базой включают КПТ при психозах (КПТп) и социально-когнитивное обучение, чтобы помочь справиться с дистрессом, связанным с психотическими симптомами, и улучшить психосоциальное функционирование.

Часть людей с ранним психозом будет иметь высокий уровень когнитивных нарушений при начальном проявлении расстройства. Регулярный скрининг и всесторонняя оценка когнитивных способностей на ранних стадиях заболевания могут способствовать выявлению подобных пациентов. Раннее проведение таких вмешательств, как когнитивная реабилитация, может улучшить когнитивное функционирование и, как было показано, улучшает психосоциальное функционирование у пациентов с ранним психозом<sup>9</sup>.

Отмечено, что семейные вмешательства, в частности психообразование, снижают частоту острых проявлений и необходимость повторных госпитализаций. Мероприятия, ориентированные на трудоустройство, такие как индивидуальное обеспечение работой и поддержка, могут помочь вернуть людей, живущих с психозом, к значимым социальным ролям посредством трудоустройства и образования. Необходимы дальнейшие исследования для определения предикторов чувствительности к лечению, чтобы данные вмешательства применялись именно по отношению к тем лицам, которые с наибольшей веро-

ятностью дадут хороший ответ на терапию.

Сопутствующее злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами может негативно сказаться на психическом здоровье людей, живущих с хроническим психозом, что приведет к увеличению потребности в неотложной психиатрической помощи. Мероприятия с доказательной базой, в том числе повышение мотивации и профилактика рецидивов, должны проводиться как часть комплексного пакета психиатрических услуг для снижения количества острых рецидивов<sup>8</sup>.

Люди, живущие с психозом, имеют гораздо более высокие показатели предотвратимой сопутствующей соматической патологии, что приводит к сокращению продолжительности жизни на 20 лет. Это обусловлено более высокими показателями кардио-метаболических заболеваний, отчасти из-за более высокого наследственного риска, неправильного питания, сидячего образа жизни, более высокой частоты курения и побочных реакций антипсихотиков второго поколения, нарушающих регуляцию уровня глюкозы в крови. Ранний доступ к научно обоснованным мероприятиям по охране физического здоровья для предотвращения ожирения имеет решающее значение для снижения бремени кардиометаболических заболеваний и потребностей в неотложной медицинской помощи. Неоднократно доказано, что мультидисциплинарные вмешательства, затрагивающие образ жизни, в том числе диета и физические упражнения, эффективны в снижении сопутствующей кардиометаболической патологии. Фармакологические вмешательства, в частности метформин, также могут модифицировать увеличение массы тела как в качестве первичной профилактики, так и в качестве вторичного лечения. Данные вмешательства должны начинаться одновременно с ранним лечением психоза.

Существует острая необходимость в улучшении качества и доступности неотложных психиатрических услуг. Однако эти услуги – как в странах с высоким уровнем дохода, так и в странах с низким и средним уровнем дохода – должны подкрепляться помощью, ориентированной на реабилитацию людей с психозом. Услуги по лечению раннего и хронического психоза имеют решающее значение для того, чтобы разорвать порочный круг зависимости людей, живущих с психозом, от неотложной помощи в острых ситуациях и улучшить качество их жизни.

### Dan Siskind<sup>1-3</sup>, Alison Yung<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Metro South Addiction and Mental Health Service, Brisbane, QLD, Australia;

<sup>2</sup>University of Queensland, School of Clinical Medicine, Brisbane, QLD, Australia;

<sup>3</sup>Physical and Mental Health Stream, Queensland Centre for Mental Health Research, Brisbane, QLD, Australia;

<sup>4</sup>Institute for Mental and Physical Health and Clinical Translation, Deakin University, Geelong, VIC, Australia;

<sup>5</sup>School of Health Sciences, University of Manchester, Manchester, UK

Перевод: Каспартов М.В. (Минск)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

### Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. *World Psychiatry* 2022; 21:220–36.
2. Correll C.U., Galling B., Pawar A. et al. *JAMA Psychiatry* 2018; 75:555–65.
3. Law H., Gee B., Dehmahdi N. et al. *J Ment Health* 2020; 29:464–72.
4. Santesteban-Echarri O., Paino M., Rice S. et al. *Clin Psychol Rev* 2017; 58:59–75.
5. Siskind D., Orr S., Sinha S., Yu O. et al. *Br J Psychiatry* 2021; 1–6.
6. Siskind D., McCartney L., Goldschlager R. et al. *Br J Psychiatry* 2016; 209:385–92.
7. Land R., Siskind D., Mcardle P. et al. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 135:296–309.
8. Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S. et al. *Schizophr Bull* 2010; 36:48–70.
9. Lee R., Redoblado-Hodge M., Naismith S. et al. *Psychol Med* 2013; 43:1161–73.

DOI:10.1002/wps.20970

# Смертность людей с шизофренией: систематический обзор и метаанализ относительного риска и отягчающих или ослабляющих факторов

Christoph U. Correll<sup>1-3</sup>, Marco Solmi<sup>4-7</sup>, Giovanni Croatto<sup>8</sup>, Lynne Kolton Schneider<sup>9</sup>, S. Christy Rohani-Montez<sup>9</sup>, Leanne Fairley<sup>9</sup>, Nathalie Smith<sup>9</sup>, István Bitter<sup>10</sup>, Philip Gorwood<sup>11,12</sup>, Heidi Taipale<sup>13-16</sup>, Jari Tiihonen<sup>13-15</sup>

<sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; <sup>2</sup>Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Northwell Health, Glen Oaks, NY, USA; <sup>3</sup>Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Hempstead, NY, USA; <sup>4</sup>Department of Psychiatry, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; <sup>5</sup>Department of Mental Health, Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada; <sup>6</sup>Ottawa Hospital Research Institute (OHRI) Clinical Epidemiology Program, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; <sup>7</sup>School of Epidemiology and Public Health, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; <sup>8</sup>Mental Health Department, AULSS 3 Serenissima, Mestre, Venice, Italy; <sup>9</sup>WebMD Global LLC, London, UK; <sup>10</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; <sup>11</sup>INSERM U1266, Institute of Psychiatry and Neurosciences of Paris (IPNP), Paris, France; <sup>12</sup>GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences (CMME, Sainte-Anne Hospital), Université de Paris, Paris, France; <sup>13</sup>Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; <sup>14</sup>Center for Psychiatry Research, Stockholm City Council, Stockholm, Sweden; <sup>15</sup>Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland; <sup>16</sup>School of Pharmacy, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Перевод: Василенко Е.Е. (Челябинск)

Редактура: к. м. н. Бойко А.С. (Томск)

Correll C, Solmi M, Croatto G et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):248-271. doi:10.1002/wps.20994

**Резюме.** Люди с шизофренией умирают на 15–20 лет раньше здоровых. Понимание риска смертности и отягчающих/ослабляющих факторов имеет важное значение для сокращения этого разрыва. Мы выполнили систематический обзор и метаанализ по модели случайных эффектов, куда вошли про- и ретроспективные, общенациональные и целевые когортные исследования, авторы которых оценивали риски смертности у людей с шизофренией в сравнении с общей популяцией или группами, сопоставимыми по коморбидным соматическим заболеваниям, а также лицами с другими психическими расстройствами, и учитывали модулирующие переменные. Первоначальный исход оценивался относительным риском (ОР) смертности от всех причин; ключевыми вторичными исходами были смертность от самоубийств и естественных причин. Другие вторичные исходы включали любую иную смертность от конкретных причин. Мы оценили публикационное смещение, сделали анализ подгрупп, воспользовались моделью мета-регрессии и провели оценку качества при помощи шкалы Ньюкасл–Оттава. В 135 исследованиях, проведенных с 1957 по 2021 год (шизофрения:  $n=4\,536\,447$ ; контроли из общего населения  $n=1\,115\,600\,059$ ; контроли с другими психиатрическими заболеваниями:  $n=3\,827\,955$ ), у лиц с шизофренией общая смертность оказалась выше, чем в группе контроля без этой психопатологии (ОР=2,52, 95% ДИ: 2,38–2,68,  $n=79$ ), причем максимальный риск приходился на первый психотический эпизод (ОР=7,43, 95% ДИ: 4,02–13,75,  $n=2$ ) и дебют (то есть еще более раннюю стадию) шизофрении (ОР=3,52, 95% ДИ: 3,09–4,00,  $n=7$ ) по сравнению с общей популяцией. Смертность от конкретных причин была самой высокой при суициде, отравлении/травме или неустановленной неестественной причине (ОР=9,76–8,42), за которыми в порядке убывания показателей следовали пневмония (ОР=7,00, 95% ДИ: 6,79–7,23), инфекционные/эндокринные/респираторные заболевания, патологии мочеполовой системы или диабет (ОР=от 3 до 4), употребление алкоголя, заболевания желудочно-кишечного тракта, почек или нервной системы или любые естественные причины (ОР=от 2 до 3) и причины, связанные с патологиями печени, сердечно-сосудистой системы, молочных желез, поджелудочной железы или любыми онкологическими заболеваниями (ОР=от 1,33 до 1,96). Смертность от всех причин несильно, но статистически значимо возрастала с увеличением медианы продолжительности исследования ( $\beta=0,0009$ , 95% ДИ: 0,001–0,02,  $p=0,02$ ). Лица с шизофренией в возрасте до 40 лет демонстрировали повышенную смертность от всех причин и связанную с самоубийством по сравнению с лицами старше 40 лет, а более высокий процент женщин был ассоциирован с повышением риска смертности, связанной с суицидом, в выборках пациентов с шизофренией. Смертность от всех причин была выше у пациентов при дебюте шизофрении, чем у лиц с ранее диагностированной шизофренией (ОР=3,52 в сравнении с 2,86,  $p=0,009$ ). Коморбидное расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, увеличило смертность от всех причин (ОР=1,62, 95% ДИ: 1,47–1,80,  $n=3$ ). Антипсихотики обладали протективным эффектом относительно общей смертности по сравнению с их отсутствием (ОР=0,71, 95% ДИ: 0,59–0,84,  $n=11$ ), с наибольшим эффектом для инъекционных пролонгированных антипсихотиков второго поколения (ИП-АП2) (ОР=0,39, 95% ДИ: 0,27–0,56,  $n=3$ ), клоzapина (ОР=0,43, 95% ДИ: 0,34–0,55,  $n=3$ ), любых инъекционных пролонгированных форм (ОР=0,47, 95% ДИ: 0,39–0,58,  $n=2$ ) и любых нейролептиков второго поколения (ОР=0,53, 95% ДИ: 0,44–0,63,  $n=4$ ). Нейролептики также защищали от смертности по естественным причинам, однако антипсихотики первого поколения (АПП) ассоциировались с повышенной смертностью от суицида и естественной причины при дебюте шизофрении. Более высокое качество исследования и количество переменных, использованных для корректировки анализа, уменьшили высокий риск смертности от естественных причин, а более поздний год исследования уменьшил значительный протективный эффект антипсихотиков. Эти результаты показывают, что повышенная смертность при шизофрении связана с несколькими модифицируемыми факторами. Борьба с сопутствующим злоупотреблением психоактивными веществами, длительная поддерживающая антипсихотическая терапия и адекватное/раннее применение ИП-АП2 и клоzapина могут уменьшить этот разрыв в смертности в сравнении со здоровой популяцией.

**Ключевые слова:** шизофрения; психоз; смертность; суицид; первый психотический эпизод шизофрении; антипсихотики; коморбидность; расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; сердечно-сосудистые заболевания; соматическое здоровье; инъекционные пролонгированные антипсихотики; клоzapин.

Шизофрения ассоциируется с одним из самых высоких рисков смертности пациентов среди всех психических расстройств<sup>1</sup>. Хотя хорошо известно, что люди с этим расстройством умирают раньше относительно общей популя-

ции, причины предполагаемого разрыва в ожидаемой продолжительности жизни в 15–20 лет не вполне ясны<sup>2</sup>.

К модифицируемым факторам риска, ассоциирующимся с более высокой и ранней смертностью у лиц с шизофре-

нией, относят нездоровый образ жизни, ограниченный доступ к ресурсам для поддержания физического здоровья, частые коморбидные заболевания, а также прием (или, напротив, отсутствие такового) антипсихотических препаратов<sup>3,4</sup>. Однако неясно, меняется ли риск смертности с дебютом шизофрении или эволюционирует по мере ее развития. Сообщалось о большем разрыве в показателях смертности среди молодых людей не только из-за самоубийств, но и по причинам, связанным с физическим здоровьем<sup>5</sup>.

В финском общенациональном исследовании, проводившемся с 1984 по 2014 г., 42 712 человек с шизофренией сравнивали с 3 877 129 – 4 515 838 людьми из общей популяции: выяснилось, что у пациентов с шизофренией стандартизированный коэффициент общей смертности был более высоким, чем у населения в целом, и оставался стабильным спустя 30 лет последующего наблюдения (1984 г. =2,6; 2014 г. =2,7)<sup>6</sup>. Однако в датском общенациональном когортном исследовании наблюдали ежегодный рост стандартизированного коэффициента смертности – с 1995 по 2014 г. показатель ежегодно увеличивался на 0,03 единицы<sup>7</sup>.

Появляется все больше данных в пользу протективного эффекта антипсихотического лечения шизофрении в сравнении с отсутствием такового<sup>8-10</sup>. Примечательно, что, несмотря на связь антипсихотиков с нежелательными кардио-метаболическими последствиями, способными повысить риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний<sup>11-14</sup> (несущих наибольший абсолютный риск смерти при шизофрении<sup>15-19</sup>), прием антипсихотических препаратов (по сравнению с отсутствием такового) не повышал риск госпитализации из-за любых соматических патологий (отношение рисков (*hazard ratio*) с доверительным интервалом, HR=1,00, 95% ДИ: 0,98–1,03), включая сердечно-сосудистые заболевания (HR=1,00, 95% ДИ: 0,92–1,07)<sup>10</sup>. Напротив, у пациентов с шизофренией, находящихся на антипсихотической терапии, риск смерти от сердечно-сосудистых патологий был существенно ниже, чем у тех, кто не принимал антипсихотики (HR=0,62, 95% ДИ: 0,57–0,67)<sup>10</sup>.

Этот кажущийся парадокс объяснили тем, что люди, принимающие антипсихотики, ведут более здоровый образ жизни, меньше подвержены стрессу, связанному с психозом, реже сталкиваются с повышением кортизола и больше склонны обращаться за помощью. Авторы недавнего исследования, проведя внутрисубъектный анализ, обнаружили, что пациенты на антипсихотической терапии реже прекращают принимать препараты для лечения диабета (*adjusted hazard ratio* – скорректированное отношение рисков, aHR=0,56, 95% ДИ: 0,47–0,66), статины (aHR=0,61, 95% ДИ: 0,53–0,70), антигипертензивные средства (aHR=0,63, 95% ДИ: 0,56–0,71) и бета-блокаторы (aHR=0,79, 95% ДИ: 0,73–0,87), чем те, кто не придерживается лечения антипсихотиками<sup>20</sup>.

Кроме того, выяснилось, что разные антипсихотические препараты неодинаково снижают риск смерти у лиц с шизофренией<sup>8-10</sup>. Например, согласно шведскому проспективному общенациональному исследованию на основе регистрационных данных, в среднем за 5,7, у лиц, использовавших инъекционные пролонгированные антипсихотики (ИП-АП), риск смертности оказался примерно на 33% ниже, чем у тех, кто принимал антипсихотики перорально<sup>9</sup>. Большой защитный эффект ИП-АП в сравнении с пероральными антипсихотиками подтвердили в тайваньском общенациональном когортном исследовании со средней продолжительностью наблюдения, равной 14 годам: авторы сообщили, что прием ИП-АП ассоциировался с 34% снижением риска общей смертности, причем при переходе на ИП-АП в первые два года после постановки диагноза шизофрении защитный эффект был больше (47% снижение риска смертности)<sup>8</sup>.

Наконец, прием клозапина, одного из средств с наибольшим риском развития кардиометаболических осложнений<sup>21,22</sup>, также связали со снижением риска общей смертности; например, в финском общенациональном исследовании на основе баз данных, где наблюдение в среднем велось в течение 14,1 года, у лиц, принимающих клозапин, показатели общей смертности снизились на 61%, а риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний – на 45% относительно тех, кто не использовал антипсихотики<sup>10</sup>. В соответствии с ранее отмеченной связью между приемом антипсихотиков и приверженностью к лечению кардиометаболических патологий, из всех антипсихотиков II поколения (АП2) клозапин продемонстрировал лучшие показатели по приверженности к терапии статинами, антидиабетическими средствами и бета-блокаторами<sup>20</sup>.

Повышенная смертность среди лиц с шизофренией, судя по всему, во многом обусловлена коморбидными соматическими патологиями и нездоровым образом жизни. Такие люди больше остальных подвержены риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе из-за (компонентов) возможного метаболического синдрома<sup>13</sup> и диабета<sup>14</sup> наряду с малоподвижным образом жизни<sup>2</sup> и курением<sup>23</sup>; кроме того, они реже знакомятся с просветительскими материалами по отказу от курения и могут не иметь должного доступа к профилактической или неотложной помощи, необходимой в связи с коморбидными заболеваниями, в отличие от пациентов без шизофрении<sup>24-27</sup>. Более того, повышенный риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с шизофренией усугубляется более низким качеством ухода, необходимого при данной группе патологий<sup>28</sup>.

До конца неясно, как антипсихотики, принимаемые при шизофрении, влияют на смертность от конкретных причин; все еще идут споры о том, снижают ли антипсихотические препараты общую смертность (в основном благодаря сглаживанию риска, связанного с суицидом), одновременно повышая риск смерти по естественным причинам из-за нежелательного воздействия на реполяризацию сердца, массу тела и других кардиометаболических факторов риска<sup>4,29,30</sup>, которые могут усугубиться с возрастом<sup>31</sup>.

Насколько нам известно, до настоящего времени никто не проводил крупномасштабного, всеобъемлющего метаанализа, который бы включал несколько контрольных групп, наиболее релевантные конкретные причины смертности и антипсихотическую терапию, а также ослабляющие или отягощающие факторы, оказывающие влияние на смертность при шизофрении. Большинство ранее проведенных метаанализов включало менее 30 исследований, многие из которых либо были сосредоточены на одной конкретной причине смерти (например, суициде, сердечно-сосудистом заболевании или использовании конкретных антипсихотических препаратов), либо рассматривали шизофрению в одном ряду с другими серьезными психопатологиями.

Чтобы восполнить этот пробел, мы провели систематический обзор и метаанализ, где изучили риски смерти по любым и конкретным причинам у лиц с шизофренией в сравнении с несколькими контрольными группами, а также рассмотрели факторы, повышающие или сглаживающие риск смерти у испытуемых, уделив должное внимание репрезентативности выборки, качеству исследования и временным трендам.

## МЕТОДЫ

### Методология поиска исследований

Мы провели систематический обзор в соответствии со стандартом PRISMA 2020<sup>32</sup>, выполнив поиск по базам

Medline, PubMed и PsycINFO до 9 сентября 2021 г. с использованием ключевых слов поиска: «шизофрения» и «смертность / смерть / летальный исход», *исключая* «животные / не люди»; также был проведен дополнительный поиск вручную. С результатами поиска согласно стандарту PRISMA 2020 и абстрактами можно ознакомиться в приложении.

### Критерии отбора исследований

Критериям соответствовали рецензируемые опубликованные когортные исследования (про- или ретроспективные; общенациональные или нет). Мы включили только исследования, в которых более 70% участников имели диагноз «шизофрения» и где было набрано не менее 100 испытуемых. Публикации должны были включать количественные отчеты – например, отношение шансов (ОШ), относительный риск (ОР), отношение рисков (*hazard ratio* – HR) или необработанные числа – взаимосвязи между диагнозом «шизофрения» по сравнению с контрольной группой и любым типом смертности. При наличии predisponирующего или протективного фактора, определяющего подгруппу участников с шизофренией, например сопутствующих заболеваний сердца, диабета или расстройств, связанных с употреблением ПАВ, были отобраны только те подгруппы, в которых лица с шизофренией и из контрольной группы совпадали по этому фактору.

Мы не принимали некогортные испытания, такие как исследования «случай – контроль», обзоры, метаанализы и систематические обзоры. Отбор также не проходил публикации без информации о смертности и количественных данных, а также те, сведения из которых нельзя было подвергнуть метаанализу. Мы не рассматривали нерцензуемые работы (публикации на рассмотрении, постерные доклады, тезисы и презентации) и не ставили никаких ограничений по языку или времени.

Отбором исследований и извлечением данных об исходах, а также информации о потенциальных модификаторах эффекта занимались четыре независимых эксперта (GC, LKS, MS, NS). Для оценки качества/риска публикационного смещения использовали шкалу Ньюкасл – Оттава<sup>33</sup>. При возникновении расхождений привлекали еще одного эксперта (CUC). За недостающей информацией обращались к авторам оригинальных исследований.

### Исходы

Основным исходом назначили ОР общей смертности у лиц с шизофренией в сравнении с контрольной группой. Ключевыми вторичными исходами стали смертность от суицида и естественных причин, а дополнительными – смертность по другим конкретным причинам.

Мы анализировали новые и ранее выявленные случаи шизофрении вместе и по отдельности. К когорте с ранее выявленными случаями относили испытуемых, живущих с шизофренией в течение определенного количества времени, независимо от того, когда развилась психопатология или был поставлен диагноз. В группу новых случаев включали испытуемых, у которых шизофрения была выявлена в течение периода наблюдения, а также все новые случаи шизофрении. Контрольную группу набирали из общей популяции, независимо от наличия коморбидных соматических патологий (далее – «общая популяция»), или собирали контрольные выборки, сопоставимые по соматическим заболеваниям. Пациентов с шизофренией сравнивали с обеими контрольными группами вместе и, по возможности, с каждой из них по отдельности.

### Методология извлечения информации

Получая результаты для различных степеней коррекции ОР, мы всегда выбирали скорректированные для наибольшего числа переменных. При наличии данных как по новым, так и по ранее выявленным случаям мы использовали информацию с обеих этих когорт. Если исследовательские данные были представлены только в графическом виде, мы извлекали информацию с соответствующих рисунков. Когда в исследовании использовали точечную оценку данных и не включали стандартное отклонение или 95% доверительный интервал (ДИ), мы вычисляли 95% ДИ как среднее значение для всех публикаций с доступной информацией.

Если в испытаниях были проведены только необработанные данные по смертности, коэффициент смертности мы рассчитывали, разделив показатель смертности в группе шизофрении на показатель контролей. Когда авторы представляли данные в сокращенном или расширенном виде, мы выбирали последний вариант из соображений осторожности и желания учесть как можно больше потенциальных смертей. В тех случаях, когда данные по выборкам, перекрывающимся не менее чем на 50%, были представлены в разных публикациях, мы использовали данные с 95% ДИ из более крупной выборки.

Если предметом исследования выступала подгруппа пациентов с шизофренией и коморбидной соматической патологией (например, шизофрения и сахарный диабет II типа), контрольная группа должна была быть сопоставима по тому же соматическому заболеванию. Если не уточнялось количество контрольных испытуемых, а группа определялась географическим регионом, штатом или страной, мы брали численность этой популяции в середине периода исследования. Если в анализе подгрупп не указывался размер контрольной выборки, мы использовали те же соотношения, что и в группе испытуемых с шизофренией (например, то же соотношение мужчин и женщин). Если в репрезентативных исследованиях не было контрольной группы, мы собирали данные из источников переписи населения, соответствующих времени проведения исследования.

### Анализ данных

Мы провели метаанализ по модели случайных эффектов<sup>34</sup> и высчитали ОР для основного и вторичных исходов. Учитывая редкость (< 10%) интересующего нас исхода, то есть смерти, а также то, что во всех включенных исследованиях использовался один и тот же дизайн и оценивалась одна и та же нужная нам популяция, мы объединили ОШ, ОР, HR и стандартизированные коэффициенты смертности. При отсутствии меры связи мы брали необработанные данные (то есть число событий и размеры выборок испытуемых с шизофренией и контролей) и рассчитывали нескорректированный показатель ОР. При наличии и нескорректированного, и скорректированного размера эффекта мы отдавали предпочтение последнему.

В качестве меры неоднородности<sup>35</sup> мы использовали величину  $I^2$ , а для оценки предвзятости – тест Эггера<sup>36</sup>. При выявлении публикационного смещения (то есть при  $p < 0,1$ ), мы проводили *rim-and-fill* тест и подсчитывали показатель количества неудач – благополучий (*fail-safe number*)<sup>37</sup>.

Источники неоднородности изучили при помощи модели метарегрессии, а также анализов чувствительности и подгрупп. В метарегрессионных анализах со случайными эффектами в качестве модерирующих переменных учитывали время наблюдения, медиану продолжительности исследования, количество переменных для коррекции, средний возраст, пол и размер выборки. Анализы чувстви-

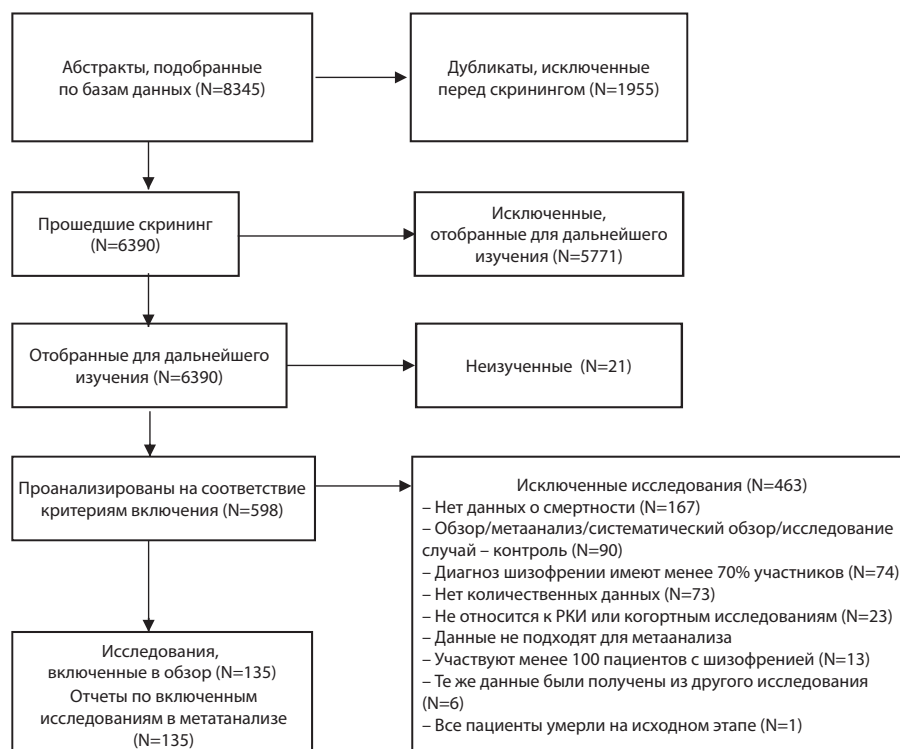


Рисунок 1. График PRISMA. РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

тельности проводили в исследованиях, сравнивающих участников с шизофренией с общей популяцией, а также в работах с участием контролей, сопоставимых по соматическим патологиям, и испытаний с выборками новых и ранее диагностированных случаев шизофрении. Анализы подгрупп проводили с использованием общенациональных и более скромных выборок, шкалы Ньюкасл – Оттава для оценки качества, корректировки результатов, среднего возраста выборки, выборки с новыми или ранее диагностированными случаями и класса назначенных антипсихотических препаратов. Оценивая эффект антипсихотической терапии, за единицу анализа мы приняли подгруппы (по классу, составу или конкретному лекарственному средству), а не сводные данные по всему исследованию, так как одно исследование могло включать несколько разных в контексте антипсихотиков подгрупп. Для проведения всех анализов мы использовали *Comprehensive Meta Analysis Version 2.0*.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе первоначального поиска удалось выделить 8345 исследовательских резюме; после удаления дубликатов для рассматривания осталось 6 390. Мы отобрали 135 исследований<sup>5–10,38–166</sup>, исключив 463 статьи после оценки их полных версий (Рисунок 1, Таблица 1 и доп. информация). В итоге мы проанализировали данные 4 536 447 людей с шизофренией и 1 115 600 059 контролей из общей популяции.

Авторы исследований сравнивали участников с шизофренией ( $N=3\ 494\ 716$ ) с испытуемыми из общей популяции ( $N=1\ 097\ 856\ 754$ ) ( $n=72$ ); участников с шизофренией ( $N=29\ 616$ ) с испытуемыми из общей популяции, сопоставимыми по коморбидным соматическим патологиям ( $N=17\ 733\ 923$ ) ( $n=30$ ); и участников с шизофренией ( $N=19\ 011$ ) с лицами, имеющими другие психические расстройства ( $N=3\ 827\ 955$ ) ( $n=6$ ). Кроме того, в 27 исследованиях ( $N=994\ 273$ ) изучали связь между наличием/отсут-

ствием факторов риска/защитных факторов и смертности в двух группах испытуемых с шизофренией.

Исследования проводились в США ( $n=20$ ), Дании ( $n=19$ ), Тайване ( $n=17$ ), Швеции ( $n=10$ ), Финляндии ( $n=9$ ), Канаде ( $n=9$ ), Великобритании ( $n=9$ ), Китае ( $n=6$ ), Израиле ( $n=5$ ), Франции ( $n=4$ ); по три в Италии, Гонконге, Нидерландах, Корее или нескольких странах; по два в Австралии, Японии и Испании; и по одному в Эфиопии, Венгрии, Германии, Индии, Норвегии и Сингапуре. Было проведено 22 (16,3%) проспективных и 113 (83,7%) ретроспективных когортных исследования, причем данные 85 из них (63,0%) собирались по общенациональным базам. Исследования были проведены в период между 1957 и 2021 гг.

Примерно в трети исследований (32,6%), включенных в метаанализ, не сообщалось о возрастном диапазоне. Среди исследований, указавших возраст участников, в 23 (17%) участвовали люди старше 15 лет, а в других 22 (16,3%) – старше 18 лет. В оставшихся 46 исследованиях наблюдался широкий разброс возрастных диапазонов: участникам могло быть от 10 до 109 лет.

В целом 20 исследований (14,8%) рассматривали исключительно (или в том числе) новые случаи шизофрении (когда патология находится на ранней стадии), в двух исследованиях (1,5%) участвовали пациенты с первым психотическим эпизодом, и пять работ (3,7%) были посвящены резидентной шизофренией. Что касается исходов, в 49 исследованиях (36,3%) рассматривали только общую смертность, в 25 (18,5%) – только смертность по конкретным причинам и в 63 (46,7%) – оба этих показателя (см. Таблицу 1).

### Основной исход: общая смертность

В 79 исследованиях общая смертность в группе людей с шизофренией была значительно выше, чем у контролей ( $OR=2,52$ , 95% ДИ: 2,38–2,68,  $I^2=99,7%$ ) (Таблица 2). Разница была особенно заметной в двух исследованиях, включавших лиц с первичным эпизодом ( $OR=7,43$ , 95% ДИ: 4,02–13,75,

**Таблица 1. Включенные в метаанализ исследования, сообщающие о риске смерти от любых и конкретных причин при шизофрении в сравнении с контрольной группой, а также о защитных факторах и факторах риска**

	Страна	Годы проведения	Группа сравнения	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число пациентов	Число контролей	Причины смертности	NOS
Alleback & Wistedt <sup>38</sup>	Швеция	1971–1981	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	1190	16 902	Любые, суицид, разные конкретные причины, неуточненные	9
Amadeo и др. <sup>39</sup>	Италия	1982–1991	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	3172	153 352	Любые	9
Attar и др. <sup>40</sup>	Дания	1995–2013	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	726	2178	ССЗ и ЦВЗ	9
Bagewadi и др. <sup>41</sup>	Индия	2009–2011	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	325	NA	Любые	9
Berardi и др. <sup>42</sup>	Италия	2008–2017	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	7940	4 250 075	Любые, естественные, разные конкретные причины	9
Bitter и др. <sup>5</sup>	Венгрия	2005–2013	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	65 165	390 599	Любые	9
Black & Fisher <sup>43</sup>	США	1970–1988	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	356	2 869 448	Любые, естественные, неуточненные	9
Bouza и др. <sup>44</sup>	Испания	2004–2004	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	16 776	3 951 000	Любые	9
Bralet и др. <sup>45</sup>	Франция	1991–1999	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	150	552 303	Любые	8
Brown и др. <sup>46</sup>	Великобритания	1981–2006	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	370	24 328 853	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины, неуточненные	9
Buda и др. <sup>47</sup>	США	1934–1974	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	332	NA	Суицид, естественные, разные конкретные причины, неуточненные	9
Castagnini и др. <sup>48</sup>	Дания	1995–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	4576	3 565 833	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины, неуточненные	9
Chan и др. <sup>49</sup>	Гонконг	2006–2016	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	3105	13 545	Естественные, разные конкретные причины	9
Chen и др. <sup>50</sup>	Тайвань	2000–2016	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	170 322	22 710 322	ССЗ	9
Chen и др. <sup>51</sup>	Тайвань	1999–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	7531	22 547 531	Любые	9
Chen и др. <sup>52</sup>	Тайвань	1998–2004	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	5515	24 238	Любые, естественные, неуточненные	9
Cheng и др. <sup>53</sup>	Тайвань	1998–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	2 457	22 561 450	Любые, естественные, разные конкретные причины, неуточненные	9
Crump и др. <sup>54</sup>	Швеция	2001–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	25 359	6 908 922	Любые, травма, другие	9
Curkendall и др. <sup>55</sup>	Канада	1994–1998	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	3022	13 110	Любые, естественные	8
Daumit и др. <sup>56</sup>	США	1992–2001	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	2303	5 171 640	ССЗ	8
Dickerson и др. <sup>57</sup>	США	1999–2009	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	517	2 448 017	Естественные	7
Dickerson и др. <sup>58</sup>	США	1999–2012	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	710	182 165 000	Естественные	9

Таблица 1. Включенные в метаанализ исследования, сообщающие о риске смерти от любых и конкретных причин при шизофрении в сравнении с контрольной группой, а также о защитных факторах и факторах риска (Продолжение)								
	Страна	Годы проведения	Группа сравнения	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число пациентов	Число контролей	Причины смертности	NOS
Enger и др. <sup>59</sup>	США	1995–1999	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	1920	11 520	Любые, естественные, ССЗ	9
Fors и др. <sup>60</sup>	Швеция	1991–2000	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	255	1 530	Любые, естественные, ССЗ, неуточненные	9
Gatov и др. <sup>61</sup>	Канада	1993–2012	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	34 338	8 793 478	Любые	9
Girardi и др. <sup>62</sup>	Италия	2008–2018	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	12 196	9 787 004	Суицид, естественные, разные конкретные причины	9
Guan и др. <sup>63</sup>	Нидерланды	1999–2007	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	4590	23 062	Любые, суицид, естественные, другие	9
Haugland и др. <sup>64</sup>	США	1975–1978	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	351	NA	Любые	9
Hayes и др. <sup>65</sup>	Великобритания	2000–2014	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	22 497	241 884	Любые, суицид, ССЗ	9
Heila и др. <sup>66</sup>	Финляндия	1980–1996	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	58 761	7 314 595	Любые, суицид	9
Hellemose и др. <sup>67</sup>	Дания	1970–2011	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	17 530	5 389 084	Другие	9
Hennessy и др. <sup>68</sup>	США	1993–1996	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	136 927	29 086	ССЗ	7
Hewer & Rössler <sup>69</sup>	Германия	1984–1986	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	8927	61 057 927	Любые, суицид, естественные	9
Kilbourne и др. <sup>70</sup>	США	1999–2006	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	22 817	38 859	ССЗ	9
Kim и др. <sup>71</sup>	Корея	2002–2013	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	9387	1 025 340	Любые	9
Kiviniemi и др. <sup>72</sup>	Финляндия	1995–2001	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	7591	5 120 000	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины, неуточненные	9
Kredentser и др. <sup>73</sup>	Канада	1999–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	9038	978 128	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	9
Kugathasan и др. <sup>74</sup>	Дания	1995–2015	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	30 210	5 432 821	Любые, естественные, разные конкретные причины	9
Kugathasan и др. <sup>75</sup>	Великобритания	2013–2017	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	36 425	218 297	Разные конкретные причины	9
Kurdyak и др. <sup>76</sup>	Канада	2007–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	13 385	12 851 821	Любые, суицид, травма, другие	9
Lahti и др. <sup>77</sup>	Финляндия	1969–2004	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	204	12 735	ССЗ и ЦВЗ	9
Laursen и др. <sup>78</sup>	Дания, Финляндия, Швеция	2000–2007	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	66 088	19 691 360	Любые, естественные, ССЗ и ЦВЗ, неуточненные	9
Laursen и др. <sup>79</sup>	Дания	1992–2006	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	30 614	8 999 225	ССЗ	9
Laursen и др. <sup>80</sup>	Дания	1995–2007	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	16 079	4 873 115	Естественные	9
Lomholt и др. <sup>7</sup>	Дания	1995–2014	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	38 500	6 176 414	Любые	9
Luo и др. <sup>81</sup>	Китай	2007–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	2071	1 909 205	Любые	9



**Таблица 1. Включенные в метаанализ исследования, сообщающие о риске смерти от любых и конкретных причин при шизофрении в сравнении с контрольной группой, а также о защитных факторах и факторах риска (Продолжение)**

	Страна	Годы проведения	Группа сравнения	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число пациентов	Число контролей	Причины смертности	NOS
Meesters и др. <sup>82</sup>	Нидерланды	2008–2012	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	157	25 788	Любые	9
Mortensen & Juel <sup>83</sup>	Дания	1957–1986	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	6178	2 494 178	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	6
Mortensen & Juel <sup>84</sup>	Дания	1970–1987	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	9156	5 131 156	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	6
Newman & Bland <sup>85</sup>	Канада	1976–1985	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	3623	4 479 623	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	6
Nielsen и др. <sup>86</sup>	Дания	1980–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	14 974	1 326 393	Любые	9
Olfson и др. <sup>87</sup>	США	2001–2007	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	1 138 853	173 699 853	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	9
Olfson и др. <sup>88</sup>	США	2007–2016	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	668 836	311 580 000	Суицид, другие неестественные	9
Ösby и др. <sup>89</sup>	Швеция	1973–1995	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	7784	1 792 216	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины, неуточненные	9
Pan и др. <sup>90</sup>	Тайвань	2001–2016	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	170 322	23 000 000	Суицид, другие неестественные	9
Pan и др. <sup>91</sup>	Тайвань	2005–2008 2010–2013	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	95 632 104 561	2 292 000 229 200	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	9
Phillippe и др. <sup>92</sup>	Франция	1993–2002	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	3470	33 264 661	Любые, естественные	6
Phillips и др. <sup>93</sup>	Китай	1995–1999	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	102	19 121	Суицид, естественные	9
Ran и др. <sup>94</sup>	Китай	1994–2004	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	500	123 562	Любые, суицид, травма, естественные	9
Ruschena и др. <sup>95</sup>	Австралия	1995–1995	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	25 202	35 361 211	Любые, суицид, травма, естественные, неуточненные	7
Talaslahti и др. <sup>96</sup>	Финляндия	1992–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	9461	1 891 543	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	9
Tanskanen и др. <sup>96</sup>	Финляндия	1984–1994 2014	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	159 858	16 701 991	Суицид, естественные, ССЗ, другие	9
Teferra и др. <sup>97</sup>	Эфиопия	2001–2005	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	307	68 685	Любые	9
Tenback и др. <sup>98</sup>	Нидерланды	2006–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	7 415	105 141	Любые	9
Tokuda и др. <sup>99</sup>	Япония	1987–2004	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	1108	190 157	Любые	9
Tornianen и др. <sup>100</sup>	Швеция	2006–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н	48 441	1 032 760	Любые, суицид, разные конкретные причины	9
Tran и др. <sup>101</sup>	Франция	1993–2003	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	3434	3434	ССЗ	9
Westman и др. <sup>102</sup>	Швеция	1987–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	46 911	10 678 728	Любые, суицид, травма, ССЗ и ЦВЗ, другие	9
Wood и др. <sup>103</sup>	США	1972–1976	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	8779	235 558	Любые	9
Yung и др. <sup>104</sup>	Китай	2006–2016	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	817	8987	Любые, ЦВЗ	9

Таблица 1. Включенные в метаанализ исследования, сообщающие о риске смерти от любых и конкретных причин при шизофрении в сравнении с контрольной группой, а также о защитных факторах и факторах риска (Продолжение)								
	Страна	Годы проведения	Группа сравнения	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число пациентов	Число контролей	Причины смертности	NOS
Zilber и др. <sup>106</sup>	Израиль	1978–1983	Шизофрения в сравнении с общей популяцией	РД	9282	NA	Любые, суицид, естественные, разные конкретные причины	9
Attar и др. <sup>107</sup>	Швеция	2000–2018	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по острому инфаркту миокарда	РД	1008	285 325	Любые	9
Babidge и др. <sup>108</sup>	Австралия	1988–1998	Шизофрения в сравнении с бездомными без шизофрении	РД	455	708	Любые	9
Bodén и др. <sup>109</sup>	Швеция	1997–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по острому инфаркту миокарда	РД	541	209 592	Любые, ССЗ	9
Bradford и др. <sup>110</sup>	США	2001–2005	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по раку легких	РД	835	34 644	Любые	9
Chan и др. <sup>111</sup>	Гонконг	2001–2016	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по сахарному диабету	РД	6991	75 673	Любые, сахарный диабет	9
Chong и др. <sup>112</sup>	Сингапур	2000–2006	Шизофрения в сравнении с шизофренией и коморбидной поздней дискинезией	РД	241	561	Любые, естественные, разные конкретные причины	9
Chou и др. <sup>113</sup>	Тайвань	2000–2008	Шизофрения в сравнении с пациентами без шизофрении, но с онкологическим заболеванием	РД	1131	6377	Любые	9
Chou и др. <sup>114</sup>	Тайвань	2000–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по пневмонии	РД	6040	13 878	Любые	9
Closson и др. <sup>115</sup>	Канада	1998–2012	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по ВИЧ-инфекции	РД	835	13 331	Любые	9
Crump и др. <sup>116</sup>	Швеция	2003–2009	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по ИБС или онкологическому заболеванию	РД	8277	6 097 834	Любые	9
Druss и др. <sup>117</sup>	США	1994–1995	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по острому инфаркту миокарда	РД	161	88 241	Любые	9
Fleetwood и др. <sup>118</sup>	Великобритания	1991–2014	Шизофрения в сравнении с пациентами без шизофрении, но с острым инфарктом миокарда	РД	923	235 310	ССЗ	9
Fond и др. <sup>119</sup>	Франция	2020–2020	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по COVID	РД	823	50 750	COVID	9
Guerrero Fernandez de Alba и др. <sup>120</sup>	Испания	2012–2015	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по сахарному диабету	РД	931	52 266	Любые	9
Hauck и др. <sup>121</sup>	Канада	2008–2015	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по инфаркту миокарда	РД	1145	108 610	Любые	9
Jeon и др. <sup>122</sup>	Корея	2019–2020	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по COVID	РД	159	2976	COVID	9

Таблица 1. Включенные в метаанализ исследования, сообщающие о риске смерти от любых и конкретных причин при шизофрении в сравнении с контрольной группой, а также о защитных факторах и факторах риска (Продолжение)								
	Страна	Годы проведения	Группа сравнения	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число пациентов	Число контролей	Причины смертности	NOS
Kang и др. <sup>123</sup>	Тайвань	2002–2004	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по инсульту	РД	485	2910	ЦВЗ	9
Kapral и др. <sup>124</sup>	Канада	2002–2017	Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой и наличием инсульта	РД	612	52 473	ЦВЗ, другие	9
Kershenbaum и др. <sup>125</sup>	Великобритания	2013–2019	Шизофрения в сравнении с тревожными расстройствами	РД	238	1 115	Любые	9
Kugathasan и др. <sup>126</sup>	Дания	1995–2015	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по инфаркту миокарда	РД	631	101 510	Любые	9
Kurdyak и др. <sup>127</sup>	Канада	2002–2006	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по острому инфаркту миокарда	РД	842	71 668	ССЗ	9
Laursen и др. <sup>128</sup>	Дания	1998–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по инсульту	РД	3660	877 507	Любые, ССЗ, неуточненные	9
Liao и др. <sup>129</sup>	Тайвань	2004–2007	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по опыту хирургических вмешательств	РД	8967	44 835	Другие	9
Mohamed и др. <sup>130</sup>	США	2004–2014	Шизофрения в сравнении с другими тяжелыми психическими заболеваниями в сравнении с пациентами без таковых, но с инфарктом миокарда	РД	23 582	6 322 796	ССЗ	9
Shen и др. <sup>131</sup>	Тайвань	2005–2007	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по нахождению в ОРИИТ	РД	203	2239	Любые	9
Sögaard и др. <sup>132</sup>	Дания	2000–2015	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по фибрилляции предсердий	РД	534	2 552 772	ССЗ	9
Toender и др. <sup>133</sup>	Дания	1999–2017	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по сахарному диабету	РД	1004	184 470	Любые, сахарный диабет, другие	9
Tsai и др. <sup>134</sup>	Тайвань	1999–2008	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по инсульту	РД	1377	4329	Любые	9
Tsai и др. <sup>135</sup>	Тайвань	1999–2010	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по остеопоротическому перелому	РД	30 335	151 675	Любые	9
Tzur Bitan и др. <sup>136</sup>	Израиль	2020–2021	Шизофрения в сравнении с пациентами без шизофрении, сопоставимыми по COVID	РД	25 539	51 078	COVID	8
Wellejus Albertsen и др. <sup>137</sup>	Дания	2000–2013	Шизофрения в сравнении с общей популяцией, сопоставимой по острому инфаркту миокарда	РД	1160	36 685	ССЗ	9
Alaräisänen и др. <sup>138</sup>	Финляндия	1997–2005	Шизофрения в сравнении с другими психическими заболеваниями	Н	100	422	Суицид	9
Dickerson и др. <sup>139</sup>	США	1999–2018	Шизофрения в сравнении с биполярным или большим депрессивным расстройством	РД	861	1745	Естественные	9

Таблица 1. Включенные в метаанализ исследования, сообщающие о риске смерти от любых и конкретных причин при шизофрении в сравнении с контрольной группой, а также о защитных факторах и факторах риска (Продолжение)								
	Страна	Годы проведения	Группа сравнения	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число пациентов	Число контролей	Причины смертности	NOS
Kodesh и др. <sup>141</sup>	Израиль	2002–2012	Шизофрения с очень поздним дебютом в сравнении с шизофренией без	РД	329	94 120	Любые	9
Chen и др. <sup>142</sup>	Тайвань	1998–2008	АП2 в сравнении с АП1 при шизофрении	Н	812	1624	Любые	9
Cho и др. <sup>143</sup>	Великобритания	2008–2015	РШ с клозапином и без него	РШ	1 025	2817	Любые	9
Cullen и др. <sup>144</sup>	США	1994–2004	Шизофрения с ежегодной непрерывной антипсихотической терапией и без таковой	РД	2132	–	Любые, суицид, ССЗ	9
Dickerson и др. <sup>145</sup>	США	1999–2004	Шизофрения с токсоплазмозом и без такового	РД	358	–	Естественные	9
Fontanella и др. <sup>146</sup>	США	2006–2013	Шизофрения с бензодиазепинами и без таковых, с антипсихотиками и без таковых	РД	5212	32 694	Любые, суицид, естественные	9
Funayama и др. <sup>147</sup>	Япония	1999–2016	Шизофрения с кататонией и без нее	РД	140	1710	Любые	9
Hayes и др. <sup>148</sup>	Великобритания	2007–2011	РШ с клозапином и без него	РШ	617	9437	Любые	9
Hjorthoj и др. <sup>149</sup>	Дания	1969–2013	Шизофрения с коморбидными ПР-ПАВ и без них	РД	29 549	41 470	Любые, суицид, разные конкретные причины	9
Horsdal и др. <sup>150</sup>	Дания	2000–2012	Шизофрения с аномальными уровнями С-реактивного белка и БКК и без таких нарушений	Н	208	1025	Любые	9
Huang и др. <sup>8</sup>	Тайвань	2002–2017	Шизофрения с пероральными АП в сравнении с ИП-АП	Н	2614	2614	Суицид, естественные	9
Kadra и др. <sup>151</sup>	Великобритания	2007–2014	Шизофрения в сравнении с биполярным расстройством	РД	5896	7782	Любые	9
Kiviniemi и др. <sup>152</sup>	Финляндия	1998–2003	Первый эпизод шизофрении с антипсихотиками или без таковых	Н	5266	6713	Любые, суицид, ССЗ	9
Kugathasan и др. <sup>153</sup>	Дания	1980–2015	Шизофрения с многочисленными коморбидными соматическими патологиями и без таковых	РД	9775	1798	Любые	9
Lahteenvuo и др. <sup>154</sup>	Финляндия, Швеция	1972–2007 2006–2016	Шизофрения с ПР-ПАВ и без таковых	РД	8 1104 514	30 86014 616	Суицид, травма, естественные	9
Liu и др. <sup>155</sup>	Китай	2006–2010	Шизофрения в сравнении с другими психическими заболеваниями	РД	7628	3 810 782	Любые	9
Oh и др. <sup>156</sup>	Корея	2003–2017	Шизофрения с антипсихотиками и без таковых	РД	77 139	86 923	Любые, суицид, разные конкретные причины	9
Pridan и др. <sup>157</sup>	Израиль	2007–2012	РШ с клозапином и без него	РШ	43	527	Любые	9
Ran и др. <sup>158</sup>	Китай	1994–2015	Шизофрения: женщины в сравнении с мужчинами и более старшие в сравнении с более молодыми людьми	РД	510	123 062	Любые, суицид, естественные, другие	9
Strom и др. <sup>159</sup>	Разные страны	2002–2006	Шизофрения с zipразидоном в сравнении с оланзапином	РД	9077	18 154	Любые, суицид, ССЗ, другие	9

**Таблица 1. Включенные в метаанализ исследования, сообщающие о риске смерти от любых и конкретных причин при шизофрении в сравнении с контрольной группой, а также о защитных факторах и факторах риска (Окончание)**

	Страна	Годы проведения	Группа сравнения	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число пациентов	Число контролей	Причины смертности	NOS
Strømme и др. <sup>160</sup>	Норвегия	2005–2014	Шизофрения с антипсихотиками и без таковых	РД	101	696	Любые	9
Stroup и др. <sup>161</sup>	США	2001–2009	РШ с клозапином и без него	РШ	3123	6246	Любые	9
Taipale и др. <sup>9</sup>	Швеция	2006–2013	Шизофрения с антипсихотиками и без таковых	РДН	34 426	–	Любые	9
Taipale и др. <sup>10</sup>	Финляндия	1996–2015	Шизофрения с антипсихотиками и без таковых	РДН	62 250	–	Любые, суицид, ССЗ	9
Tang и др. <sup>162</sup>	Тайвань	2001–2015	Шизофрения с пероральными АП в сравнении с ИП-АП	РД	58 615	87 247	ССЗ	9
Taub и др. <sup>163</sup>	Израиль	2012–2014	Шизофрения с клозапином и соматическими патологиями по сравнению с отсутствием последних	РД	2406	1817	Любые	9
Tiihonen и др. <sup>164</sup>	Финляндия	2000–2007	Шизофрения с антипсихотиками, антидепрессантами или бензодиазепинами в сравнении с отсутствием таковых	Н	2192	2588	Любые	9
Wimberley и др. <sup>165</sup>	Дания	1996–2013	РШ с клозапином и без него	РШ	1372	2370	Любые, суицид, естественные, другие	9
Wu & Shur-Fen Gau <sup>166</sup>	Тайвань	2001–2012	Шизофрения с антипсихотиками или бензодиазепинами и без таковых	РД	32 512	68 718	Любые	9

NOS – Шкала Ньюкасл – Оттава; I – новые случаи шизофрении; P – ранее диагностированные случаи шизофрении; РШ – резистентная шизофрения; АП2 – антипсихотики 2-го поколения; АП1 – антипсихотики I поколения; ИП-АП – инъекционные пролонгированные антипсихотики; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

$I^2=93,0\%$ ), и значительно более выраженной при сравнении новых и ранее выявленных случаев ( $OR=3,52$ , 95% ДИ: 3,09–4,00,  $I^2=97,1\%$ ,  $n=7$  для новых случаев в сравнении с  $OR=2,86$ , 95% ДИ: 2,62–3,12,  $I^2=99,67\%$ ,  $n=50$ ,  $p=0,009$  для ранее выявленных) (см. Таблицу 2, Рисунки 3–4 и доп. информацию).

При сравнении людей с шизофренией и контролей, сопоставимых по соматическим патологиям, разница в риске смерти была менее выраженной, но все еще оставалась значительной ( $OR=1,66$ , 95% ДИ: 1,42–1,94,  $I^2=97,2\%$ ,  $n=22$ ) (см. Таблицу 2). В частности, для лиц с шизофренией была характерна значительно более высокая смертность, чем у контролей, сопоставимых по острому инфаркту миокарда ( $OR=1,82$ , 95% ДИ: 1,49–2,22,  $I^2=83,1\%$ ,  $n=6$ ), сахарному диабету ( $OR=1,91$ , 95% ДИ: 1,08–3,38,  $I^2=99,4\%$ ,  $n=4$ ) и инсульту ( $OR=1,35$ , 95% ДИ: 1,22–1,50,  $I^2=0\%$ ,  $n=2$ ) (см. Таблицу 2).

При сравнении людей с шизофренией и лиц с другими психическими расстройствами значимого увеличения риска смерти не обнаружили, за исключением случаев биполярного расстройства ( $OR=1,26$ , 95% ДИ: 1,03–1,53,  $I^2=25,4\%$ ,  $n=3$ ) (см. Таблицу 2).

Что касается защитных факторов и факторов риска, показатели общей смертности были выше у лиц с шизофренией и коморбидными ПР-ПАВ ( $OR=1,62$ , 95% ДИ: 1,47–1,80,  $I^2=57,4\%$ ,  $n=3$ ) (см. Таблицу 2).

Обнаружив публикационное смещение, мы проводили *trim-and-fill* анализы, которые позволяли подтвердить величину и значимость выводов первичного анализа; показатель *fail-safe N* варьировал от 545 до 27 164 601 (см. доп. информацию).

### Основные вторичные исходы: смертность от суицида и естественных причин

В 28 исследованиях люди с шизофренией чаще погибали от самоубийства по сравнению с общей популяцией ( $OR=9,76$ , 95% ДИ: 7,60–12,55,  $I^2=99,5\%$ ) (см. Таблицу 2 и Рисунок 2): это говорит о том, что суицид относится к наиболее серьезным факторам относительного риска смерти при шизофрении. В когорте новых случаев число смертей от суицида было выше, чем в группе ранее выявленных, однако статистически разница оказалась незначительной ( $OR=12,7$ , 95% ДИ: 5,25–30,53,  $I^2=99,8\%$ ,  $n=5$  в сравнении с  $OR=9,28$ , 95% ДИ: 7,31–11,78,  $I^2=98,8\%$ ,  $n=23$ ,  $p=0,51$ ) (см. Таблицу 2, Рисунки 3–4 и доп. информацию).

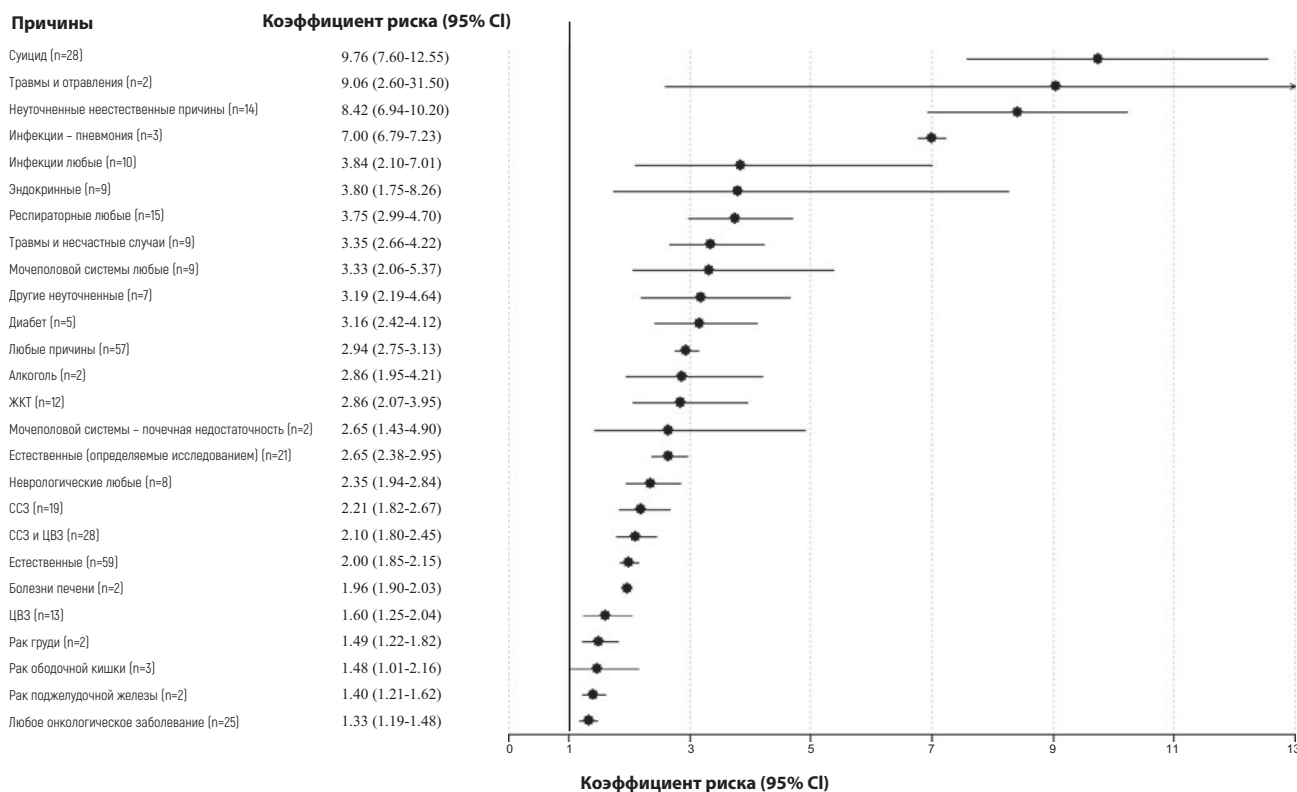
Обнаружив публикационное смещение, мы проводили *trim-and-fill* анализы, которые позволяли подтвердить величину и значимость выводов первичного анализа; показатель *fail-safe N* варьировал от 25 581 до 229 490 (также см. доп. информацию).

### Смертность от естественных причин

В 59 исследованиях для людей с шизофренией была характерна более высокая смертность от естественных причин (к которым не относятся суицид, отравление и несчастные случаи), чем в группах, набранных из общей популяции или состоящих из сопоставимых по соматическим патологиям контролей ( $OR=2,00$ , 95% ДИ: 1,85–2,15,  $I^2=99,5\%$ ) (см. Таблицу 2).

<b>Таблица 2. Риск смерти от любых и конкретных причин у людей с шизофренией и контрольных групп</b>							
	<b>Новые/ранее диагностированные (Н/РД)</b>	<b>Число исследований</b>	<b>Коэффициент риска</b>	<b>95% ДИ</b>	<b>p</b>	<b>I<sup>2</sup></b>	<b>P Эггера</b>
<b>Общая смертность</b>							
Шизофрения в сравнении с любой другой популяцией	Н + РД	79	2,523	2,377–2,678	0,000	99,7	0,001
	РД	72	2,432	2,253–2,626	0,000	99,591	0,690
Первый эпизод шизофрении в сравнении с общей популяцией	Н	2	7,433	4,017–13,754	0,000	92,965	нет данных
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	57	2,938	2,753–3,135	0,000	99,733	0,050
	Н	7	3,516	3,092–3,998	0,000	97,114	0,840
	РД	50	2,859	2,622–3,117	0,000	99,669	0,360
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (с сопоставлением по всем переменным)	РД	22	1,664	1,425–1,943	0,000	97,226	0,530
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (сопоставление по острому инфаркту миокарда)	РД	6	1,821	1,491–2,224	0,000	83,146	0,840
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (сопоставление по сахарному диабету)	РД	4	1,913	1,082–3,380	0,026	99,414	0,500
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (сопоставление по инсульту)	РД	2	1,351	1,219–1,498	0,000	0,000	нет данных
Шизофрения в сравнении с другими психическими расстройствами	Н + РД	5	2,130	0,648–7,002	0,213	99,349	0,110
	РД	5	2,130	0,648–7,002	0,213	99,349	0,110
Шизофрения в сравнении с биполярным расстройством	РД	3	1,257	1,031–1,533	0,023	25,362	0,210
Шизофрения с ПР-ПАВ и без такового	РД	3	1,625	1,467–1,799	0,000	57,443	0,680
<b>Смертность от суицида</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	28	9,764	7,598–12,549	0,000	99,478	0,030
	Н	5	12,654	5,245–30,530	0,000	99,802	0,050
	РД	23	9,281	7,311–11,782	0,000	98,793	0,680
<b>Смертность от естественных причин</b>							
Шизофрения в сравнении с любой другой популяцией	Н + РД	59	1,996	1,851–2,153	0,000	99,464	0,020
	РД	53	1,967	1,793–2,158	0,000	99,201	0,040
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	44	2,162	1,985–2,355	0,000	99,571	0,004
	Н	6	2,149	1,861–2,481	0,000	94,602	0,270
	РД	38	2,154	1,961–2,367	0,000	99,182	0,140
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (с сопоставлением по всем переменным)	РД	16	1,565	1,346–1,821	0,000	94,001	0,030
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (с сопоставлением по острому инфаркту миокарда)	РД	5	1,659	1,238–2,223	0,001	96,379	0,070
<b>Смертность от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний</b>							
Шизофрения в сравнении с любой другой популяцией	Н + РД	30	2,028	1,678–2,452	0,000	99,470	0,020
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	28	2,099	1,797–2,451	0,000	99,008	0,001
	Н	4	3,470	1,792–6,719	0,000	97,883	0,570
	РД	24	1,984	1,729–2,275	0,000	97,690	0,210
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (с сопоставлением по всем переменным)	РД	2	1,329	0,907–1,946	0,144	97,625	нет данных
<b>Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний</b>							
Шизофрения в сравнении с любой другой популяцией	Н + РД	25	2,089	1,764–2,474	0,000	99,289	0,020
	РД	20	1,963	1,653–2,331	0,000	98,841	0,220
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	19	2,205	1,824–2,666	0,000	99,412	0,050
	Н	5	2,701	1,802–4,050	0,000	98,514	0,250
	РД	14	2,058	1,680–2,522	0,000	99,120	0,370

Таблица 2. Риск смерти от любых и конкретных причин у людей с шизофренией и контрольных групп (Окончание)							
	Новые/ранее диагностированные (Н/РД)	Число исследований	Коэффициент риска	95% ДИ	p	I <sup>2</sup>	P Эггера
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (с сопоставлением по всем переменным)	РД	7	1,855	1,392–2,473	0,000	91,665	0,480
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (с сопоставлением по острому инфаркту миокарда)	РД	4	1,847	1,515–2,252	0,000	73,575	0,360
<b>Смертность от цереброваскулярных заболеваний</b>							
Шизофрения в сравнении с любой другой популяцией	Н + РД	16	1,458	1,168–1,822	0,001	97,435	0,090
	РД	11	1,386	0,993–1,936	0,055	98,027	0,260
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	13	1,598	1,250–2,042	0,000	97,748	0,220
	Н	5	1,764	1,357–2,292	0,000	72,580	0,090
	РД	8	1,583	1,062–2,359	0,024	98,505	0,490
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (с сопоставлением по всем переменным)	РД	3	0,972	0,520–1,817	0,929	91,905	0,240
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой (сопоставление по инсульту)	РД	2	0,724	0,173–3,038	0,659	95,719	нет данных
<b>Смертность от сахарного диабета</b>							
Шизофрения в сравнении с любой другой популяцией	Н + РД	7	2,512	1,623–3,889	0,000	99,121	0,170
	РД	6	2,271	1,444–3,572	0,000	98,201	0,920
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	5	3,159	2,420–4,123	0,000	94,848	0,270
	РД	4	2,878	1,858–4,458	0,000	94,485	0,630
Шизофрения в сравнении с отсутствием таковой	РД	2	1,483	1,032–2,131	0,033	95,695	нет данных
<b>Смертность от любого онкологического заболевания</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	25	1,327	1,187–1,482	0,000	97,942	0,001
	Н	5	1,315	0,982–1,760	0,066	93,121	0,060
	РД	20	1,328	1,157–1,524	0,000	97,109	0,420
<b>Смертность от эндокринных заболеваний</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	9	3,802	1,750–8,262	0,001	97,438	0,500
	Н	3	4,217	1,747–10,179	0,001	76,243	0,390
	РД	6	3,519	1,216–10,185	0,020	98,350	0,640
<b>Смертность от заболеваний ЖКТ</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	12	2,859	2,069–3,950	0,000	96,838	0,930
	Н	4	2,384	1,939–2,932	0,000	0,000	0,910
	РД	8	3,060	2,046–4,577	0,000	97,959	0,800
<b>Смертность от любых инфекционных заболеваний</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	10	3,840	2,103–7,012	0,000	97,025	0,460
	РД	8	4,344	2,228–8,471	0,000	97,679	0,410
<b>Смертность от любых болезней печени</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	2	1,964	1,899–2,032	0,000	0,000	нет данных
<b>Смертность от любых неврологических заболеваний</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	8	2,347	1,942–2,838	0,000	6,879	0,400
	Н	4	1,972	1,126–3,452	0,018	25,381	0,270
	РД	4	2,435	2,245–2,641	0,000	0,000	0,840
<b>Смертность от любых респираторных заболеваний</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	15	3,748	2,989–4,699	0,000	97,563	0,790
	Н	4	3,267	2,365–4,515	0,000	60,784	0,430
	РД	11	3,860	2,963–5,029	0,000	98,217	0,720
<b>Смертность от любых заболеваний мочеполовой системы</b>							
Шизофрения в сравнении с общей популяцией	Н + РД	9	3,328	2,062–5,372	0,000	98,032	0,640
	РД	7	3,752	2,183–6,450	0,000	98,518	0,560
Значимые величины коэффициента риска выделены полужирным начертанием. РШ – резистентная шизофрения; АП1 – антипсихотики I поколения; АП2 – антипсихотики II поколения; ИП-АП – инъекционные пролонгированные антипсихотики.							



**Рисунок 2.** Значимые результаты для риска смерти по любым и конкретным причинам в когорте новых и ранее диагностированных случаев шизофрении в сравнении с общей популяцией

Более высокую смертность от естественных причин среди лиц с шизофренией подтвердили в 44 исследованиях, где изучаемую группу сравнивали с контролями из общей популяции (OR=2,16, 95% ДИ: 1,99–2,36, I<sup>2</sup>=99,6%) без различий между новыми и ранее диагностированными случаями шизофрении (OR=2,15, 95% ДИ: 1,86–2,48, I<sup>2</sup>=94,6, n=6 в сравнении с OR=2,15, 95% ДИ: 1,96–2,37, I<sup>2</sup>=99,1%, n=38, p=0,939) (см. Таблицу 2, см. Рисунки 3–4 и доп. информацию).

В 16 исследованиях, где лиц с ранее диагностированной шизофренией сравнивали с сопоставимыми по соматическим патологиям контролями, риск смерти от естественных причин также оказался значительно повышен (OR=1,56, 95% ДИ: 1,35–1,82, I<sup>2</sup>=94,0%), в том числе при сравнении с сопоставимыми пациентами с острым инфарктом миокарда (OR=1,66, 95% ДИ: 1,24–2,22, I<sup>2</sup>=96,4%, n=5) (см. Таблицу 2).

Обнаружив публикационное смещение, мы проводили *trim-and-fill* анализы, которые позволяли подтвердить величину и значимость выводов первичного анализа; показатель *fail-safe N* варьировал от 235 до 282 469, за исключением небольшого снижения размера эффекта при сравнении с сопоставимыми по соматическим патологиям контролями (отсеяны четыре исследования, OR=1,35, 95% ДИ: 1,17–1,56) (также см. приложение).

### Дополнительные вторичные исходы: смертность по другим конкретным причинам

#### Сердечно-сосудистые и/или цереброваскулярные заболевания

В 30 исследованиях шизофрения ассоциировалась с более высокими показателями смертности от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний по сравнению как с общей популяцией, так и с контролями, сопостави-

мыми по данным соматическим патологиям (OR=2,03, 95% ДИ: 1,68–2,45, I<sup>2</sup>=99,5%) (см. Таблицу 2). Разделив причины, мы увидели, что для лиц с шизофренией была характерна более высокая смертность как от сердечно-сосудистых (OR=2,09, 95% ДИ: 1,76–2,47, I<sup>2</sup>=99,3%, n=25), так и от цереброваскулярных заболеваний (OR=1,46, 95% ДИ: 1,17–1,82, I<sup>2</sup>=97,4%, n=16) (см. Таблицу 2).

Сравнивая участников, у которых была диагностирована шизофрения, с общей популяцией, удалось сделать важные выводы о совокупной смертности (OR=2,10, 95% ДИ: 1,80–2,45, I<sup>2</sup>=99,0%, n=28), а также смертности от сердечно-сосудистых (OR=2,21, 95% ДИ: 1,82–2,67, I<sup>2</sup>=99,4%, n=19) и цереброваскулярных заболеваний (OR=1,60, 95% ДИ: 1,25–2,04, I<sup>2</sup>=97,7%, n=13). Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний оказалась значительно выше среди новых случаев (OR=3,47, 95% ДИ: 1,79–6,72, I<sup>2</sup>=97,9%, n=4) по сравнению с ранее диагностированными (OR=1,98, 95% ДИ: 1,73–2,27, I<sup>2</sup>=97,7%, n=24) (см. Таблицу 2 и Рисунок 2).

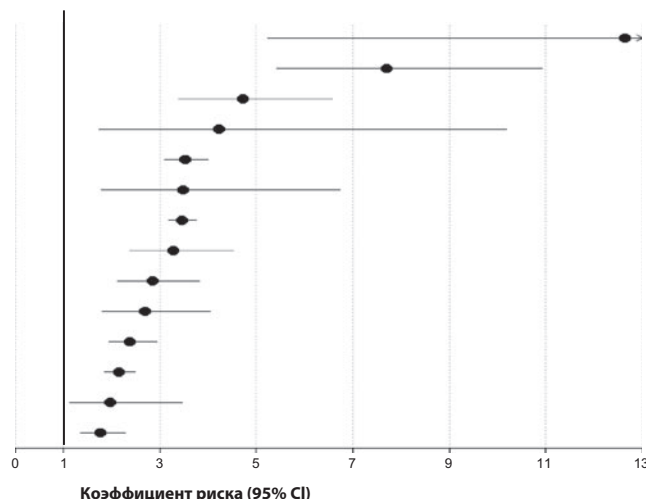
Для пациентов с шизофренией была характерна значительно более частая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, чем для сопоставимых по данной патологии контроли (OR=1,86, 95% ДИ: 1,39–2,47, I<sup>2</sup>=91,7%, n=7), включая когорты, подобранные конкретно по острому инфаркту миокарда (OR=1,85, 95% ДИ: 1,52–2,25, I<sup>2</sup>=73,6%, n=4) (см. Таблицу 2).

#### Остальные конкретные причины

По сравнению с общей популяцией лица с шизофренией значительно чаще умирали от пневмонии (OR=7,00, 95% ДИ: 6,79–7,23, n=3), любых инфекций (OR=3,84, 95% ДИ: 2,10–7,01, n=10), любых эндокринных заболеваний (OR=3,80, 95% ДИ: 1,75–8,26, n=9), любых респираторных заболеваний (OR=3,75, 95% ДИ: 2,99–4,70, n=15), любых заболеваний мочеполовой системы (OR=3,33, 95% ДИ:



Причины	Коэффициент риска (95% CI)
Суицид (n=5)	12.7 (5.25-30.53)
Неуточненные неестественные (n=5)	7.69 (5.42-10.90)
Другие неуточненные (n=3)	4.72 (3.39-6.56)
Эндокринные (n=3)	4.22 (1.75-10.18)
Любые (n=7)	3.52 (3.09-4.00)
ССЗ и ЦВЗ (n=4)	3.47 (1.79-6.72)
Травмы и несчастные случаи (n=5)	3.45 (3.18-3.75)
Респираторные любые (n=4)	3.27 (2.36-4.51)
Естественные (определяемые исследованием) (n=5)	2.85 (2.14-3.81)
ССЗ (n=5)	2.70 (1.80-4.05)
ЖКТ (n=4)	2.38 (1.94-2.93)
Естественные (n=6)	2.15 (1.86-2.48)
Неврологические любые (n=4)	1.97 (1.13-3.45)
ЦВЗ (n=5)	1.76 (1.36-2.29)



**Рисунок 3.** Значимые результаты для риска смерти по любым и конкретным причинам в когорте новых случаев шизофрении в сравнении с общей популяцией

2,06–5,37,  $n=9$ ), сахарного диабета (ОР=3,16, 95% ДИ: 2,42–4,12,  $n=5$ ), любых заболеваний ЖКТ (ОР=2,86, 95% ДИ: 2,07–3,95,  $n=12$ ), любых неврологических заболеваний (ОР=2,35, 95% ДИ: 1,94–2,84,  $n=8$ ), любых болезней печени (ОР=1,96, 95% ДИ: 1,90–2,03,  $n=2$ ) и любых онкологических заболеваний (ОР=1,33, 95% ДИ: 1,19–1,48,  $n=25$ ) (см. Таблицу 2 и Рисунок 2).

В группе шизофрении также наблюдали более высокую смертность от травм и отравлений (ОР=9,06, 95% ДИ: 2,60–31,50,  $n=2$ ) и неуточненных неестественных причин (ОР=8,42, 95% ДИ: 6,94–10,20,  $n=14$ ), чем в целом по популяции (Рисунок 2 и доп. информация).

Не удалось выявить значимой связи между статусом нового диагностированного случая и смертностью от онкологических заболеваний (ОР=1,31, 95% ДИ: 0,98–1,76,  $n=5$ ), хотя среди испытуемых с ранее диагностированной шизофренией такая связь прослеживалась (ОР=1,33, 95% ДИ: 1,16–1,52,  $n=20$ ) (см. Таблицу 2 и Рисунок 4). В обеих упомянутых когортах наблюдали повышенный риск смерти от эндокринных заболеваний (новые: ОР=4,22, 95% ДИ: 1,75–10,18,  $n=3$ ; ранее диагностированные: ОР=3,52, 95% ДИ: 1,22–10,18,  $n=6$ ), заболеваний ЖКТ (новые: ОР=2,38, 95% ДИ: 1,94–2,93,  $n=4$ ; ранее диагностированные: ОР=3,06, 95% ДИ: 2,04–4,58,  $n=8$ ), неврологических заболеваний (новые: ОР=1,97, 95% ДИ: 1,13–3,45,  $n=4$ ; ранее диагностированные: ОР=2,43, 95% ДИ: 2,24–2,64,  $n=4$ ) и респираторных заболеваний (новые: ОР=3,27, 95% ДИ: 2,36–4,51,  $n=4$ ; ранее диагностированные: ОР=3,86, 95% ДИ: 2,96–5,03,  $n=11$ ) (см. Таблицу 2 и Рисунки 2–4).

### Анализ подгрупп и метарегрессия

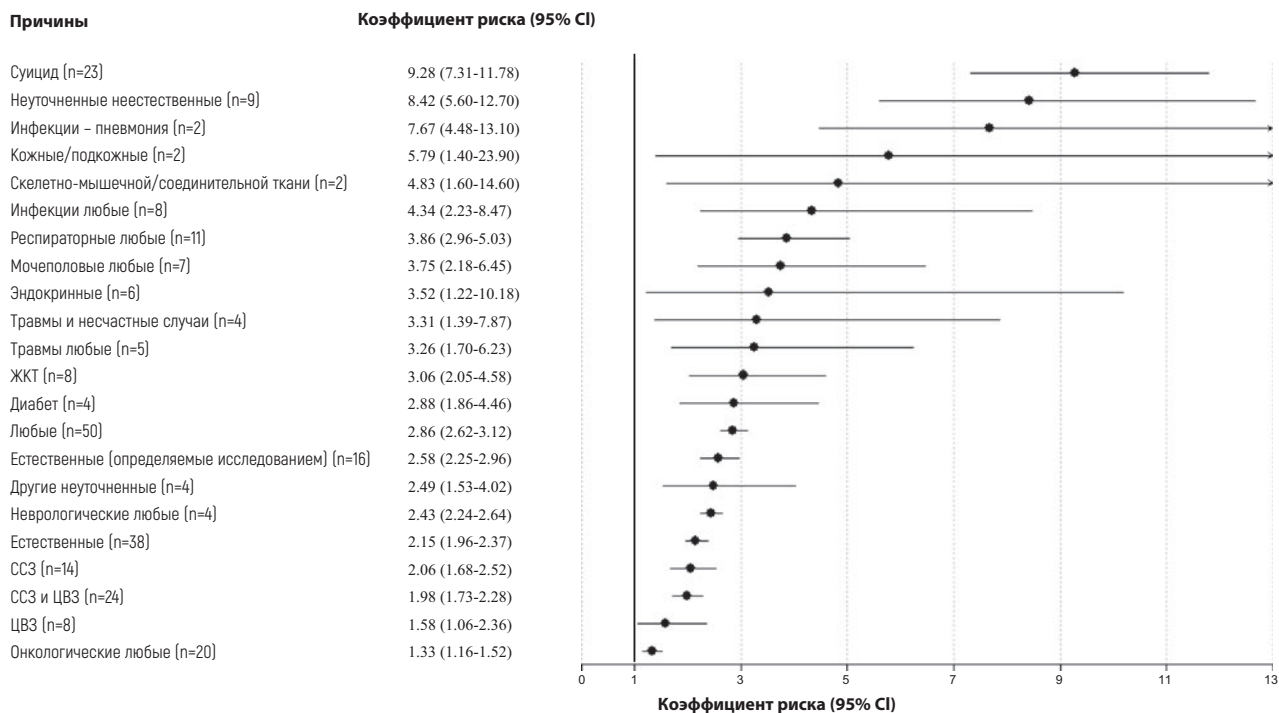
При приеме любого антипсихотика показатели общей смертности среди участников с новыми и ранее диагностированными случаями шизофрении были ниже, чем у соответствующих пациентов, не принимавших антипсихотические препараты (ОР=0,71, 95% ДИ: 0,59–0,84,  $I^2=97,7\%$ ,  $n=11$ ). Снижение риска смерти по любым причинам в сравнении с отсутствием антипсихотической терапии существенно варьировалось в зависимости от препарата, определяющего подгруппу ( $p=0,0001$ ). Приведем данные в порядке ослабления такого эффекта: любые ИП-АП2 (ОР=0,39, 95% ДИ: 0,27–0,56,  $I^2=81,0\%$ ,  $n=3$ ), клоzapин (ОР=0,43, 95% ДИ: 0,34–0,55,  $I^2=77,9\%$ ,  $n=3$ ), любые ИП-АП (ОР=0,47, 95% ДИ: 0,39–0,58,  $I^2=91,8\%$ ,  $n=2$ ), любые пероральные АП2 (ОР=0,47, 95% ДИ: 0,45–0,50,  $I^2=18,9\%$ ,

$n=4$ ), любые инъекционные пролонгированные антипсихотики I поколения (ИП-АП1) (ОР=0,50, 95% ДИ: 0,43–0,57,  $I^2=68,9\%$ ,  $n=3$ ), любые АП2 (ОР=0,53, 95% ДИ: 0,44–0,63,  $I^2=91,0\%$ ,  $n=4$ ), любые пероральные антипсихотики (ОР=0,64, 95% ДИ: 0,51–0,80,  $I^2=95,9\%$ ,  $n=4$ ) и любые АП1 (ОР=0,73, 95% ДИ: 0,55–0,97,  $I^2=97,0\%$ ,  $n=5$ ). Среди участников, принимавших клоzapин при устойчивой к лечению шизофрении, значимость снижения общей смертности находилась на пограничном уровне, если сравнивать с другими препаратами (ОР=0,70, 95% ДИ: 0,49–1,00,  $I^2=57,9\%$ ,  $n=5$ ) (Рисунок 5 и доп. информация).

В группе новых случаев наибольший защитный эффект продемонстрировали ИП-АП2 (ОР=0,15, 95% ДИ: 0,04–0,55,  $n=1$ ), тогда как у любых пероральных антипсихотиков или АП1 в любой форме это влияние оказалось незначительным ( $p=0,07$  для сравнения между антипсихотиками). В группе ранее диагностированных случаев наибольший эффект также продемонстрировали ИП-АП2 (ОР=0,42, 95% ДИ: 0,29–0,59,  $n=2$ ), а наименьший – прием любого антипсихотика (ОР=0,69, 95% ДИ: 0,57–0,84,  $n=7$ ) ( $p=0,0001$  для сравнения между антипсихотиками) (см. приложение).

В группе новых и ранее диагностированных случаев шизофрении прием антипсихотиков (в отличие от отсутствия такового) ассоциировался со снижением смертности от суицида (ОР=0,73, 95% ДИ: 0,47–1,12,  $I^2=94,4\%$ ,  $n=4$ ). Снижение смертности от суицида на фоне антипсихотической терапии (если сравнивать с отсутствием таковой) значительно различалось в зависимости от применяемого антипсихотика ( $p=0,0001$ ), далее подгруппы приведены в порядке убывания защитного эффекта: клоzapин (ОР=0,22, 95% ДИ: 0,16–0,30,  $I^2=0\%$ ,  $n=2$ ), любой ИП-АП2 (ОР=0,43, 95% ДИ: 0,24–0,78, данных об  $I^2$  нет,  $n=1$ ), любые ИП-АП (ОР=0,60, 95% ДИ: 0,47–0,77, данных об  $I^2$  нет,  $n=1$ ), любые пероральные АП2 (ОР=0,64, 95% ДИ: 0,54–0,74,  $I^2=0$ ,  $n=2$ ), любые ИП-АП1 (ОР=0,64, 95% ДИ: 0,49–0,85, данных об  $I^2$  нет,  $n=1$ ) и любые АП2 (ОР=0,68, 95% ДИ: 0,56–0,82,  $I^2=44,2\%$ ,  $n=2$ ). А любые АП1 (ОР=1,05, 95% ДИ: 0,37–2,99,  $I^2=97,2\%$ ,  $n=2$ ) и пероральные АП1 (ОР=1,13, 95% ДИ: 0,33–3,93,  $I^2=95,7\%$ ,  $n=2$ ), если сравнивать с отсутствием антипсихотической терапии, напротив, не снижали смертность от суицида среди лиц с шизофренией (см. Рисунок 5 и приложение).

Среди новых случаев шизофрении наибольшим защитным эффектом в контексте смертности от суицида обладал клоzapин (ОР=0,29, 95% ДИ: 0,14–0,62,  $n=1$ ), тогда как пероральные АП1, напротив, ассоциировались с большей смерт-



**Рисунок 4.** Значимые результаты для риска смерти по любым и конкретным причинам в когорте ранее диагностированных случаев шизофрении в сравнении с общей популяцией

ностью (OR=2,17, 95% ДИ: 1,36–3,48,  $n=1$ ) ( $p=0,0001$  для сравнения между антипсихотиками). Среди ранее диагностированных случаев шизофрении наименьший риск смерти от суицида ассоциировался с приемом клозапина (OR=0,21, 95% ДИ: 0,15–0,29,  $n=1$ ), а наименьший защитный эффект наблюдали среди принимавших любой антипсихотик (OR=0,73, 95% ДИ: 0,36–1,49,  $n=2$ ) ( $p=0,0001$  для сравнения между антипсихотиками) (см. доп. информацию).

В группе новых и ранее диагностированных случаев шизофрении применение любых антипсихотиков (если сравнивать с отсутствием антипсихотической терапии) обладало защитным эффектом в контексте смертности от естественных причин (OR=0,76, 95% ДИ: 0,59–0,97,  $I^2=90,7\%$ ,  $n=3$ ). Снижение смертности от естественных причин существенно варьировалось в отличие от применяемого антипсихотика ( $p=0,04$ ), далее подгруппы приведены в порядке убывания защитного эффекта: клозапин (OR=0,50, 95% ДИ: 0,29–0,86,  $I^2=21,3\%$ ,  $n=2$ ), любой пероральный АП2 (OR=0,57, 95% ДИ: 0,52–0,62,  $I^2=0\%$ ,  $n=2$ ), любой пероральный антипсихотик (OR=0,62, 95% ДИ: 0,59–0,66, данных об  $I^2$  нет,  $n=1$ ), любой АП2 (OR=0,65, 95% ДИ: 0,48–0,89,  $I^2=71,4\%$ ,  $n=2$ ), любой ИП-АП2 (OR=0,66, 95% ДИ: 0,52–0,84, данных об  $I^2$  нет,  $n=1$ ), любой ИП-АП (OR=0,69, 95% ДИ: 0,62–0,77, данных об  $I^2$  нет,  $n=1$ ), любой ИП-АП1 (OR=0,70, 95% ДИ: 0,62–0,78, данных об  $I^2$  нет,  $n=1$ ). Любые АП1 или любые пероральные АП1 не снижали смертность от естественных причин (см. Рисунок 5 и приложение).

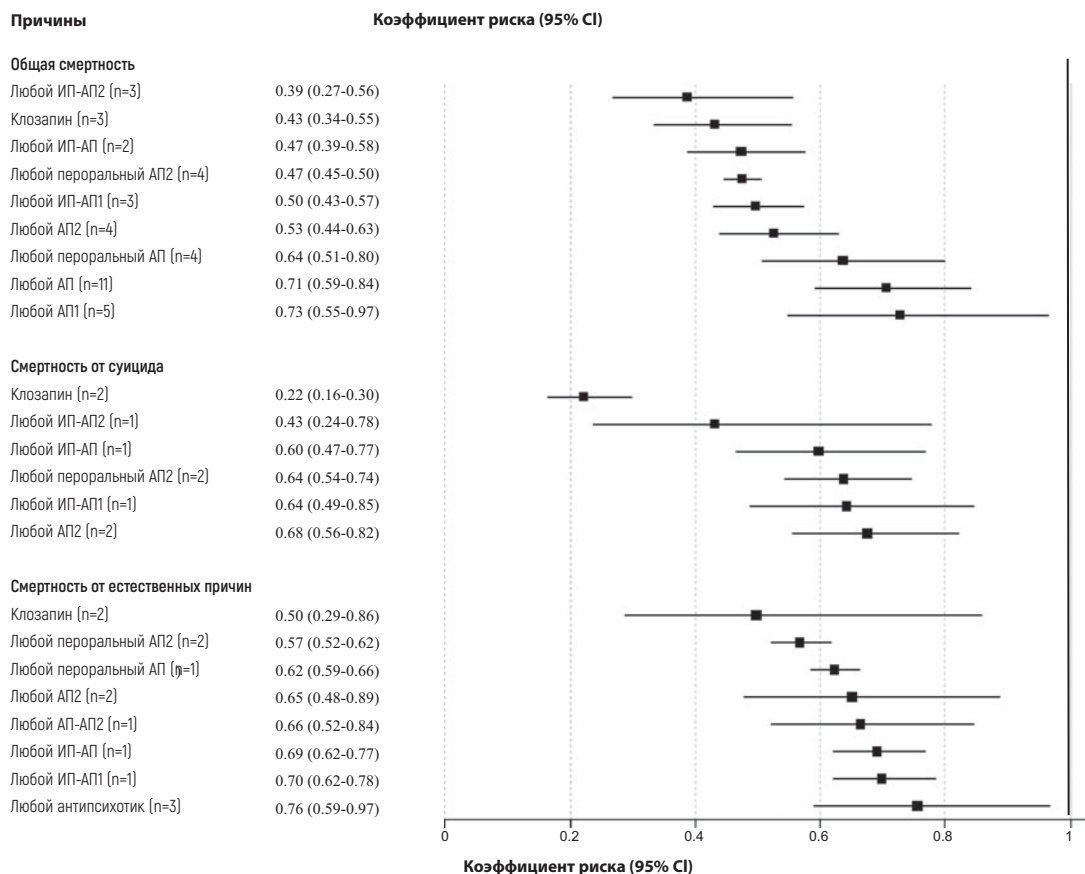
Среди антипсихотических подгрупп с новыми случаями шизофрении значимого снижения смертности от естественных причин не наблюдали (если сравнивать с отсутствием антипсихотического лечения). Пероральные АП ассоциировались с ростом смертности от естественных причин (OR=2,20, 95% ДИ: 1,29–3,77,  $n=1$ ) ( $p=0,0004$  для сравнения между антипсихотиками). Среди ранее диагностированных случаев наибольший защитный эффект продемонстрировал клозапин (OR=0,55, 95% ДИ: 0,47–0,64,  $n=1$ ), а наименьший – ИП-АП1 (OR=0,70, 95% ДИ: 0,62–0,78,  $n=1$ ) ( $p=0,0005$  для сравнения между антипсихотиками) (см. приложение).

В анализе подгрупп, где когорты «новые + ранее диагностированные случаи шизофрении» разделяли по возрасту, риск общей смертности оказался значительно выше у пациентов моложе 40 лет, если сравнивать с людьми от 40 (OR=3,93, 95% ДИ: 3,34–4,63 в сравнении с OR=2,66, 95% ДИ: 2,18–3,26,  $p=0,003$ ). Аналогичную разницу отметили и для смертности от суицида (OR=17,58, 95% ДИ: 12,36–24,99 в сравнении с OR=4,69, 95% ДИ: 1,77–12,45,  $p=0,01$ ). В контексте смертности от естественных причин значимой разницы между этими двумя возрастными группами не зафиксировали (см. приложение).

Анализ подгрупп, выделенных на основе общенационального или иного характера выборки, качества исследований и корректировки результатов, не выявил никаких последовательных или значимых различий, поэтому можно предположить, что эти модераторы систематически не влияют на показатели смертности (см. приложение).

Проведя метарегиессионный анализ, мы обнаружили, что в группе новых и ранее диагностированных случаев шизофрении показатели смертности по любым (beta=0,0009, 95% ДИ: 0,001–0,02,  $p=0,02$ ) и естественным (beta=0,01, 95% ДИ: 0,006–0,02,  $p=0,0002$ ) причинам существенно возрастали с увеличением медианы продолжительности исследования, а в случае смертности от суицида значимых различий не зафиксировали (beta=0,006, 95% ДИ: -0,01 до 0,03,  $p=0,56$ ) (см. приложение).

Что касается общей смертности, в группе новых и ранее диагностированных случаев шизофрении в более свежих исследованиях наблюдали больший защитный эффект любых антипсихотиков (beta= -0,11, 95% ДИ: -0,15 до -0,06) и пероральных АП1, если сравнивать с отсутствием антипсихотической терапии (beta= -0,11, 95% ДИ: -0,17 до -0,05). Аналогичную картину наблюдали при анализе смертности от суицида: в более свежих исследованиях присутствовал больший защитный эффект любых АП1 в сравнении с отсутствием антипсихотического лечения в группе новых и ранее диагностированных случаев шизофрении (beta= -0,27, 95% ДИ: -0,36 до -0,18).



**Рисунок 5.** Результаты анализа подгрупп, отобранных на основе вида антипсихотической терапии (в сравнении с отсутствием таковой) среди новых и ранее диагностированных случаев шизофрении, в отношении риска смерти по любым и естественным причинам, а также из-за суицида. АП1 – антипсихотик I поколения; АП2 – антипсихотик II поколения; ИП-АП – инъекционный пролонгированный антипсихотик

Анализируя смертность от суицида среди ранее диагностированных случаев шизофрении, мы выяснили, что при более длительном периоде наблюдения и большем числе корректирующих переменных защитный эффект любых антипсихотиков был выше ( $\beta = -0.14$ , 95% ДИ:  $-0.24$  до  $-0.04$  и  $\beta = -0.23$ , 95% ДИ:  $-0.40$  до  $-0.06$ , соответственно). При более высокой доле женщин в выборке новых случаев шизофрении риск смертности от суицида оказывался выше ( $\beta = 0.36$ , 95% ДИ:  $0.23-0.49$ ,  $p < 0.0001$ ).

Что касается смертности от естественных причин в выборках «новые + ранее диагностированные случаи шизофрении», защитный эффект любого антипсихотика (по сравнению с отсутствием антипсихотической терапии) оказывался тем выше, чем свежее исследование ( $\beta = -0.23$ , 95% ДИ:  $-0.33$  до  $-0.13$ ) и чем больше корректирующих переменных использовалось ( $\beta = -0.12$ , 95% ДИ:  $-0.17$  до  $-0.07$ ). При сравнении выборки «новые + ранее диагностированные случаи шизофрении» с любыми другими популяциями у первых интересующие показатели смертности от естественных причин оказывались выше в более качественных исследованиях ( $\beta = 0.11$ , 95% ДИ:  $0.04-0.18$ ). Та же картина наблюдалась при сравнении выборки «новые + ранее диагностированные случаи шизофрении» с общей популяцией ( $\beta = 0.13$ , 95% ДИ:  $0.06-0.20$ ), а также с новыми и ранее диагностированными случаями шизофрении по отдельности ( $\beta = 0.20$ , 95% ДИ:  $0.08-0.31$  и  $\beta = 0.11$ , 95% ДИ:  $0.02-0.19$ , соответственно). Среди новых случаев шизофрении смертность от естественных причин также увеличивалась с ростом числа корректирующих переменных ( $\beta = 0.12$ , 95% ДИ:  $0.06-0.18$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Шизофрения относится к психическим расстройствам с наибольшим риском смерти. Мы всесторонне оценили этот повышенный риск, проведя метаанализ 135 когортных исследований с участием 4,5 млн человек с шизофренией и 1,11 млн испытуемых, принадлежащих к общей популяции. В частности, мы выяснили, что общая смертность пациентов с шизофренией оказалась в 2,9 раза выше, чем в общей популяции, и отметили хоть и меньшее, но значимое 1,6-кратное превышение риска смерти при шизофрении по сравнению с сопоставимыми по соматическим патологиям контролями из общей популяции.

Кроме того, среди пациентов с шизофренией мы отметили значительно большую смертность от конкретных причин, чем в целом по популяции, причем особенно явно разница прослеживалась в показателях смертности от суицида (9,7-кратное превышение); других неестественных причин, включая отравление (8–9-кратное превышение) и пневмонии. (7-кратное превышение). Для людей с шизофренией также был характерен более высокий риск смерти от инфекционных, эндокринных и респираторных заболеваний (3,7–3,8-кратное превышение), травм или несчастных случаев (3,3-кратное превышение); сахарного диабета (3,2-кратное превышение); употребления алкоголя и заболеваний ЖКТ (2,9-кратное превышение); заболеваний мочеполовой системы (2,6-кратное превышение); неврологических заболеваний (2,3-кратное превышение); сердечно-сосудистых заболеваний (2,2-кратное превышение); заболеваний печени (2-кратное превышение) и цереброваскулярных заболеваний (1,6-кратное превышение), а также

от злокачественных новообразований молочной железы, толстой кишки, поджелудочной железы и любых остальных (1,3–1,5 раза).

Относительное увеличение смертности по сравнению с общей популяцией среди новых случаев шизофрении (то есть на более ранней стадии) оказалось выше, чем среди ранее диагностированных (то есть более хронических). Более того, общая смертность и смертность от суицида оказалась выше у пациентов моложе 40 лет, однако в случае смертности от естественных причин такой корреляции не наблюдалось. Коморбидные ПР-ПАВ повышали разрыв в показателях общей смертности, тогда как антипсихотическая терапия (по сравнению с отсутствием таковой), наоборот, сокращала эту разницу. Наибольшим защитным эффектом обладали ИП-АП2 и клозапин. АП1, напротив, увеличивали смертность от суицида и естественных причин в когортах с новыми случаями шизофрении.

Мы выяснили, что первый психотический эпизод при шизофрении ассоциировался с 7,4-кратным повышением риска общей смертности по сравнению с общей популяцией, что подчеркивает исключительную важность быстрой и точной диагностики, а также своевременного начала эффективного лечения. От завершённых самоубийств умирают 5,6% пациентов с шизофренией любого возраста, причем большинство суицидов совершается на ранних стадиях болезни<sup>167</sup>. Более того, оказалось, что предикторами суицидальных попыток выступает большая тяжесть психотических проявлений и депрессивных симптомов<sup>168</sup> – при наличии этих двух факторов врачи, работающие с пациентами на ранней стадии болезни, должны выяснить, не совершали ли те попытки суицида, и вести в этом направлении профилактическую работу. Кроме того, мы обнаружили, что женщины с шизофренией погибают от суицида значительно чаще мужчин, если сравнивать с общей популяцией; эта информация должна побудить врачей расширить фокус внимания с мужчин, которые по-прежнему подвержены наибольшему риску смерти от самоубийства<sup>169</sup>, и помнить об этой дополнительной группе риска.

При сравнении с контролями из общей популяции, имеющими те же соматические заболевания, что и участники с шизофренией, общая смертность последних была выше. Эта корреляция оказалась характерна для многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, цереброваскулярных, эндокринных, желудочно-кишечных, инфекционных, неврологических, респираторных заболеваний, болезней печени, патологий мочеполовой системы, сахарного диабета и онкологических заболеваний. Важно отметить, что среди новых случаев шизофрении относительный риск смерти от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний был значительно выше ( $OR=3,47$ ), чем среди ранее диагностированных случаев ( $OR=3,47$ ), что, возможно, отражает более низкую заболеваемость этими патологиями среди молодого населения в целом, а также их более ранний дебют у лиц с шизофренией (скорее всего, из-за менее здорового образа жизни и влияния антипсихотиков и других препаратов)<sup>170–172</sup>.

Неоднократно сообщалось о том, что люди с шизофренией реже проходят необходимые скрининги (например, на факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также сами эти заболевания, на онкологические заболевания) и получают менее качественную медицинскую помощь, в том числе в контексте рекомендаций по изменению образа жизни вроде отказа от курения и физической активности<sup>2,27,28,43,174,175</sup>. На эту проблему особенно важно обратить внимание, так как у людей с шизофренией курение на 70–162% увеличивает риск возникновения астмы, хронической обструктивной болезни легких и пневмонии<sup>176</sup>; причем, по нашим данным, последняя несет наи-

большой риск смерти среди всех естественных причин. Таким образом, чтобы сократить разрыв в показателях смертности среди людей с шизофренией, необходимо в обязательном порядке проводить мероприятия по отказу от курения, выполнять скрининги на сердечно-сосудистые и онкологические заболевания и вести мониторинг, давать последовательные рекомендации по ведению здорового образа жизни, а также своевременно начинать лечение обнаруженных соматических патологий. Так как лица с шизофренией реже, чем люди из общей популяции, получают медицинскую помощь или обращаются за ней, организацию работы с соматическими заболеваниями психиатрических больных следует взять на себя специалистам по охране физического здоровья, что будет соответствовать модели всестороннего и коллаборативного ухода<sup>17</sup>.

В результате метаанализа мы обнаружили, что коморбидные ПР-ПАВ оказались существенным фактором риска повышенной смертности у людей с шизофренией. Вероятно, это можно объяснить многочисленными неблагоприятными соматическими, а также преднамеренными или случайными суицидальными последствиями таких расстройств<sup>177–181</sup>. Все эти факторы указывают на необходимость своевременных выявления и лечения ПР-ПАВ у людей с шизофренией<sup>185,186</sup>.

Наш метаанализ показал, что при шизофрении антипсихотическая терапия (по сравнению с отсутствием таковой) ассоциировалась с меньшей общей смертностью. В частности, показатели общей смертности были ниже при приеме любых ИП-АП, любых АП2, в особенности клозапина. Эти выводы подтверждают предыдущие исследования, согласно которым длительный прием клозапина при шизофрении ассоциировался со значительно меньшей общей смертностью в долгосрочной перспективе, по сравнению с использованием других антипсихотиков, несмотря на неблагоприятное влияние клозапина на кардиометаболические факторы риска<sup>187</sup>. У пациентов с резистентной шизофренией, принимавших клозапин, общая смертность оказалась ниже (на пограничном уровне значимости), чем при другой антипсихотической терапии; недостаточная значимость, вероятно, была обусловлена низкой мощностью этих анализов.

Недавнее финское общенациональное исследование на основе баз данных<sup>20</sup> показало, что пациенты с шизофренией, принимающие антипсихотики (особенно ИП-АП и клозапин), значительно реже прекращали принимать назначенные им статины, противодиабетические препараты, антигипертензивные средства и бета-блокаторы. Такая связь между использованием антипсихотиков и лучшей приверженностью к лечению соматических патологий (а также, в случае клозапина и ИП-АП более тщательным и регулярным медицинским наблюдением), скорее всего, опосредует защитный эффект антипсихотиков в отношении риска смерти при шизофрении. Чтобы подтвердить эту гипотезу, необходимы отдельные исследования.

Использование любого ИП-АП или клозапина оказывало существенный защитный эффект в отношении смертности от суицида среди людей с ранее диагностированной шизофренией по сравнению с отсутствием антипсихотической терапии, чего не наблюдали в случае АП1. Несмотря на научное подтверждение антисуицидального эффекта клозапина<sup>188</sup>, выбор в пользу ИП-АП может быть обусловлен тем фактом, что суицид при шизофрении часто связан с развитием депрессии<sup>168</sup>. АП1 не облегчают депрессивные симптомы и даже провоцируют их развитие, тогда как многие АП2 продемонстрировали эффективность в лечении таких симптомов<sup>189–191</sup>.

Мы выяснили, что в когортах с новыми случаями шизофрении применение АП1 ассоциировалось с повышенным риском смерти от суицида. Поэтому стоит воздержаться от

назначения этих препаратов в качестве первой линии лечения, особенно на ранних стадиях болезни. При использовании ИП-АП1 пациентами с новыми случаями шизофрении эта закономерность не подтвердилась, что указывает на потенциальный опосредующий эффект более слабой приверженности к пероральным АП1 или защитный эффект инъекционной пролонгированной формы благодаря более тщательному наблюдению за пациентом и, возможно, работе с развивающейся депрессией.

Таким образом, наш метаанализ подчеркивает важность всестороннего наблюдения за состоянием физического здоровья пациентов с шизофренией, а также интегрированной и коллаборативной помощи, призванной решать проблемы как соматического, так и психиатрического характера; кроме того, анализ указывает на необходимость поддерживающей антипсихотической терапии, контроля за приверженностью к лечению и смягчения последствий несоблюдения предписаний врача, а также более лояльных и своевременных решений о назначении ИП-АП2. Более того, мы выяснили, что при шизофрении важно проводить скрининг на ПР-ПАВ и депрессию и лечить эти состояния, что позволит снизить смертность по любым и конкретным причинам.

Мы зафиксировали небольшое, однако значимое повышение избыточной смертности при шизофрении по среднему году исследования (в диапазоне от 1957 до 2021 гг.). Это дополнительно подчеркивает, насколько срочно нужно решать проблему со смертностью в этой популяции.

К сильным сторонам нашего метаанализа можно отнести большое количество исследований ( $n=135$ ), соответствующих критериям включения, внушительное число испытуемых с шизофренией (4 536 447) и контролей из общей популяции (1 115 600 059), а также высокое качество анализируемых исследований, чьи выводы оказались последовательны и надежны даже после *trim-and-fill* проверок. Более того, удалось выделить направления для дальнейшего научного поиска, так как анализы были скорректированы с учетом большего числа потенциально значимых факторов и более длительного наблюдения ассоциировалось с большим защитным эффектом антипсихотических препаратов в отношении повышенного риска смерти.

Результаты данного метаанализа следует интерпретировать с учетом его ограничений.

Во-первых, мы анализировали обсервационные когортные исследования, нерандомизированный характер которых не позволяет проследить причинно-следственные связи. Поскольку летальный исход – это относительно редкое и позднее/отдаленное событие, рандомизированные контролируемые исследования (для которых, как правило, характерно небольшое число участников, скромная продолжительность наблюдения, много выбывших и исключение многих пациентов с более тяжелыми психическими или соматическими проблемами<sup>192</sup>) считаются не лучшим выбором для количественной оценки риска смерти и выявления обобщаемых ослабляющих или усугубляющих факторов. Для изучения риска смерти больше подойдут лонгитюдные когортные исследования, и в особенности те, что проводятся на основе общенациональных баз данных. Кроме того, о схожих с нашими выводами результатах сообщили в двух менее объемных метаанализах, сосредоточенных на пациентах в рандомизированных контролируемых исследованиях: смертность среди испытуемых, находящихся на антипсихотической терапии, оказалась на 30–50% ниже показателей тех, кто принимал плацебо<sup>193,194</sup>.

Во-вторых, несмотря на то, что в нашем распоряжении было 135 исследований, внушительное число испытуемых с шизофренией и еще больше контролей из общей популяции, некоторые выводы были основаны на результатах пяти или менее исследований. В контексте количественной

оценки конкретных факторов, повышающих или сокращающих существующий разрыв показателей смертности, особенно остро встает вопрос о дополнительных исследованиях.

В-третьих, во всех анализируемых исследованиях наблюдалась явная несогласованность в определении возрастных групп, что помешало нам всесторонне оценить влияние возраста на риск смерти по любым и конкретным причинам. В будущих исследованиях возраст следует указывать категориально и последовательно.

В-четвертых, всего в нескольких исследованиях оценивали риск смерти среди пациентов при первом психотическом эпизоде или резистентной шизофрении – двух подгруппах, особенно интересных с клинической точки зрения.

В-пятых, в некоторых работах не проводилась количественная оценка численности контрольной группы из общей популяции, а использовались региональные или общенациональные контрольные выборки, ограниченные определенными временными периодами и/или возрастными группами. В таких случаях мы оценивали количество контролей из общей популяции, исходя из переписи (субпопуляции) на момент сбора данных, что могло привести к некоторым неточностям.

В-шестых, для оценки смертности в исследованиях применялись разные метрики: чтобы свести результаты воедино, мы объединили показатели риска, что также могло привести к неточностям. Однако поскольку смертность – это относительно редкий исход, во всех исследованиях когорты формировались по одному и тому же принципу и оценивалась одна и та же интересующая нас популяция, степень расхождения, вероятно, остается небольшой.

Наконец, хотя мы предпочитали учитывать показатели риска, скорректированные по наиболее вероятным потенциальным искажающим факторам, мы не отказывались и от нескорректированных оценок риска, и корректировки не обязательно включали все / наиболее значимые ковариаты, связанные с риском смерти. Однако мы не собирались выделять генетическое или узкоспецифичное влияние шизофрении на риск смерти – наша цель заключалась в оценке дифференцированного риска смерти по любым и конкретным причинам среди лиц с шизофренией, отличающихся от общей популяции и остальных контролей по многим психологическим, поведенческим, социальным и средовым аспектам. Таким образом, потенциальное остаточное искажение со статистической точки зрения отражает реальность людей, живущих с шизофренией, и обеспечивает желаемую обобщаемость.

## ВЫВОДЫ

В данном метаанализе приведена наиболее полная и всеохватывающая оценка риска смерти от любых и конкретных причин среди лиц с шизофренией в сравнении с общей популяцией и остальными контрольными группами; дополнительно рассмотрены ослабляющие или усугубляющие факторы. Наш метаанализ подтверждает, что шизофрения ассоциируется с большей смертностью: наибольший разрыв в этих показателях характерен для смертности от суицида, однако он наблюдается и в отношении остальных конкретных причин. Выводы о более высокой смертности при шизофрении основаны на анализе высокоточных данных, полученных из более 97% включенных в работу исследований, надежность и достоверность которых была подтверждена в многочисленных анализах подгрупп и метарегионных анализах. Важно отметить, что рост смертности ассоциировался с определенными модифицируемыми факторами риска, знание которых может помочь в клинической практике.

Последовательный и длительный прием АП2, ИП-АП2 и (по показаниям) клозапина при шизофрении на любой стадии болезни может снизить риск смерти, так как антипсихотическая терапия (по сравнению с отсутствием таковой) обладает защитным эффектом в отношении смертности по разным причинам, в том числе от сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Из этого следует, что даже антипсихотики, повышающие риск нежелательных кардиометаболических последствий, например клозапин, могут снижать общую смертность, которая не нивелируется большей, а, напротив, подтверждается меньшей смертностью от кардиометаболических осложнений. Подтверждение (и даже более серьезное доказательство) этих выводов можно найти в самых свежих, высококачественных и скорректированных исследованиях с более длительными периодами наблюдения. Наконец, несмотря на повышенную озабоченность большей смертностью среди людей с тяжелыми психическими заболеваниями и (в особенности) с шизофренией, этот разрыв медленно растет, в том числе по данным 2021 г.

Эти результаты показывают, насколько срочно и комплексно необходимо решать проблему с разрывом смертности в этой популяции. Обследование пациентов с шизофренией на предмет сердечно-сосудистых рисков и соматических патологий должно стать частью рутинной клинической практики, как и скрининг на ПР-ПАВ и депрессию. Кроме того, врачам следует проводить скрининг на риск суицида и депрессию среди лиц с первым эпизодом шизофрении независимо от их пола, а также избегать использования АП1.

Таким образом, интегрированное лечение психических и соматических патологий у людей с шизофренией должно стать центральной темой исследований в сфере охраны психического здоровья и войти в повестку дня. Наш мета-анализ подчеркивает, что снизить риск смертности можно путем проведения скрининга и оптимизации лечения коморбидных соматических и психических заболеваний, а также за счет более раннего применения ИП-АП и (при наличии показаний) клозапина у лиц с шизофренией. Эти данные следует учесть в руководствах по лечению и внедрить в практическую тактику административного персонала сферы здравоохранения.

### Благодарности

*C.U. Correll, M. Solmi и G. Croatto* сделали равный вклад в опубликованную работу. Дополнительная информация об исследовании доступна на сайте <https://osf.io/j2ymb/>.

### Библиография

1. Vermeulen J.M., van Rooijen G., Doedens P. et al. Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2017; 47:2217–28.
2. Vancampfort D., Rosenbaum S., Schuch F. et al. Cardiorespiratory fitness in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* 2017; 47:343–52.
3. Björk Brämberg E., Torgerson J., Norman Kjellström A. и др. Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: a qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Fam Pract* 2018; 19:12.
4. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1123–31.
5. Bitter I., Czobor P., Borsi A. et al. Mortality and the relationship of somatic comorbidities to mortality in schizophrenia. A nationwide matched-cohort study. *Eur Psychiatry* 2017; 45:97–103.
6. Tanskanen A., Tiihonen J., Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138:492–9.
7. Lomholt L.H., Andersen D.V., Sejrsgaard-Jacobsen C. et al. Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up. *Int J Bipolar Disord* 2019; 7:6.
8. Huang C.Y., Fang S.C., Shao Y.J. Comparison of long-acting injectable antipsychotics with oral antipsychotics and suicide and all-cause mortality in patients with newly diagnosed schizophrenia. *JAMA Net Open* 2021; 4:e218810.

9. Taipale H., Mittendorfer-Rutz E., Alexanderson K. et al. Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2018; 197:274–80.
10. Taipale H., Tanskanen A., Mehtälä J. et al. 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry* 2020; 19:61–8.
11. De Hert M., Detraux J., van Winkel R. et al. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 8:114–26.
12. Galling B., Roldán A., Nielsen R.E. et al. Type 2 diabetes mellitus in youth exposed to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:247–59.
13. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A.J. et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2015; 14:339–47.
14. Vancampfort D., Correll C.U., Galling B. et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *World Psychiatry* 2016; 15:166–74.
15. Correll C.U., Solmi M., Veronese N. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017; 16:163–80.
16. De Hert M., Correll C.U., Bobes J. et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10:52–77.
17. Liu N.H., Daumit G.L., Dua T. et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017; 16:3040.
18. Firth J., Siddiqi N., Koyanagi A. et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019; 6:675–712.
19. Nielsen R.E., Banner J., Jensen S.E. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nat Rev Cardiol* 2021; 18:136–45.
20. Solmi M., Tiihonen J., Lähteenvuo M. et al. Antipsychotics use is associated with greater adherence to cardiometabolic medications in patients with schizophrenia: results from a nationwide, within-subject design study. *Schizophr Bull* 2022; 48:166–75.
21. Pillinger T., McCutcheon R.A., Vano L. et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:64–77.
22. Solmi M., Murru A., Pacchiarotti I. et al. Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review. *Ther Clin Risk Manag* 2017; 13:757–77.
23. Firth J., Solmi M., Wootton R.E. et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020; 19:360–80.
24. Attar R., Jensen S.E., Nielsen R.E. et al. Time trends in the use of coronary procedures, guideline-based therapy, and all-cause mortality following the acute coronary syndrome in patients with schizophrenia. *Cardiology* 2020; 145:401–9.
25. Ayerbe L., Forgnone I., Foguet-Boreu Q. et al. Disparities in the management of cardiovascular risk factors in patients with psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2018; 48:2693–701.
26. Mitchell A.J., Vancampfort D., De Hert M. et al. Do people with mental illness receive adequate smoking cessation advice? A systematic review and metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37:14–23.
27. Mitchell A.J., Lord O. Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 2010; 24(Suppl. 4):69–80.
28. Solmi M., Fiedorowicz J., Poddighe L. et al. Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. *Am J Psychiatry* 2021; 178:793–803.
29. Chou R.H., Lo L.W., Liou Y.J. et al. Antipsychotic treatment is associated with risk of atrial fibrillation: a nationwide nested case-control study. *Int J Cardiol* 2017; 227:134–40.
30. Khan A., Schwartz K., Stern C. et al. Mortality risk in patients with schizophrenia participating in premarketing atypical antipsychotic clinical trials. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1828–33.
31. Jackson J.W., Schneeweiss S., VanderWeele T.J. et al. Quantifying the role of adverse events in the mortality difference between first and second-generation antipsychotics in older adults: systematic review and meta-synthesis. *PLoS One* 2014; 9:e105376.
32. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.

33. Wells G.A., Shea B., O'Connell D. et al. The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of non-randomised studies in meta-analyses. [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp).
34. Serghiu S., Goodman S.N. Random-effects meta-analysis: summarizing evidence with caveats. *JAMA* 2019; 321:301–2.
35. Von Hippel P.T. The heterogeneity statistic I2 can be biased in small meta-analyses. *BMC Med Res Methodol* 2015; 15:35.
36. Egger M., Smith G.D., Schneider M. et al. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997; 315: 629–34.
37. Duval S., Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics* 2000; 56:455–63.
38. Alleback P., Wistedt B. Mortality in schizophrenia. a ten-year follow-up based on the Stockholm County inpatient register. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:650–3.
39. Amadeo F., Bisoffi G., Bonizzato P. et al. Mortality among patients with psychiatric illness. A ten-year case register study in an area with a community-based system of care. *Br J Psychiatry* 1995; 166:783–8.
40. Attar R., Valentin J.B., Freeman P. et al. The effect of schizophrenia on major adverse cardiac events, length of hospital stay and prevalence of somatic comorbidities following acute coronary syndrome. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 2018; 5:121–6.
41. Bagewadi V.I., Kumar C.N., Thirthalli J. et al. Standardized mortality ratio in patients with schizophrenia – findings from Thirthahalli: a rural South Indian community. *Indian J Psychol Med* 2016; 38:202–6.
42. Berardi D., Stivanello E., Chierzi F. et al. Mortality in mental health patients of the Emilia-Romagna region of Italy: a registry-based study. *Psychiatry Res* 2021; 296:113702.
43. Black D.W., Fisher R. Mortality in DSM-III-R schizophrenia. *Schizophr Res* 1992; 7:109–10.
44. Bouza C., López-Cuadrado T., Amate J.M. Physical disease in schizophrenia: a population-based analysis in Spain. *BMC Public Health* 2010; 10:745.
45. Bralet M.C., Yon V., Loas G. et al. Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients. *Encephale* 2000; 26:32–41.
46. Brown S., Kim M., Mitchell C. et al. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010; 196:116–21.
47. Buda M., Tsuang M.T., Fleming J.A. Causes of death in DSM-III schizophrenics and other psychotics (atypicals): a comparison with the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:283–5.
48. Castagnini A., Foldager L., Bertelsen A. Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 128:370–5.
49. Chan J.K.N., Wong C.S.M., Yung N.C.L. et al. Pre-existing chronic physical morbidity and excess mortality in people with schizophrenia: a population-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; doi: 10.1007/s00127-021-02130-9.
50. Chen P.-H., Tsai S.-Y., Pan C.-H. et al. Age effect on incidence, physical, and psychiatric comorbidity for sudden cardiac death in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2020; 66:367–75.
51. Chen W.-Y., Huang S.-J., Chang C.-K. et al. Excess mortality and risk factors for mortality among patients with severe mental disorders receiving home care case management. *Nord J Psychiatry* 2021; 75:109–17.
52. Chen Y.-H., Lee H.-C., Lin H.-C.. Mortality among psychiatric patients in Taiwan – Results from a universal national health insurance programme. *Psychiatry Res* 2010; 178:160–5.
53. Cheng K.-Y., Lina C.-Y., Chang T.-K. et al. Mortality among long-stay patients with schizophrenia during the setting-up of community facilities under the Yuli model. *Health Psych Behav Med* 2014; 2:602–12.
54. Crump C., Sundquist K., Winkleby M.A. et al. Mental disorders and risk of accidental death. *Br J Psychiatry* 2013; 203:297–302.
55. Curkendall S.M., Mo J., Glasser D.B. et al. Cardiovascular disease in patients with schizophrenia in Saskatchewan, Canada. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:71520.
56. Daumit G.L., Anthony C.B., Ford D.E. et al. Pattern of mortality in a sample of Maryland residents with severe mental illness. *Psychiatry Res* 2010; 176:2425.
57. Dickerson F., Stallings C., Origoni A. et al. Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 2013; 40:796–803.
58. Dickerson F., Origoni A., Schroeder J. et al. Mortality in schizophrenia and bipolar disorder: clinical and serological predictors. *Schizophr Res* 2016; 170: 177–83.
59. Enger C., Weatherby L., Reynolds R.F. et al. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:1927.
60. Fors B.M., Isacson D., Bingefors K. et al. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study. *Nord J Psychiatry* 2007; 61:2529.
61. Gatov E., Rosella L., Chiu M. et al. Trends in standardized mortality among individuals with schizophrenia, 1993–2012: a population-based, repeated cross-sectional study. *CMAJ* 2017; 189:E1177–87.
62. Girardi P., Schievano E., Fedili U. et al. Causes of mortality in a large population-based cohort of psychiatric patients in Southern Europe. *J Psychiatr Res* 2021; 136:167–72.
63. Guan N.C., Termorshuizen F., Laan W. et al. Cancer mortality in patients with psychiatric diagnoses: a higher hazard of cancer death does not lead to a higher cumulative risk of dying from cancer. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48:1289–95.
64. Haugland G., Craig T.J., Goodman A.B. et al. Mortality in the era of deinstitutionalization. *Am J Psychiatry* 1983; 140:848–52.
65. Hayes J.F., Marston L., Walters K. et al. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK based cohort study 2000–2014. *Br J Psychiatry* 2017; 211:175–81.
66. Heila H., Haukka J., Suvisaari J. et al. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med* 2005; 35:725–32.
67. Hellemose A.A., Laursen T.M., Larsen J.T. et al. Accidental deaths among persons with schizophrenia: a nationwide population-based cohort study. *Schizophr Res* 2018; 199:149–53.
68. Hennessy S., Bilker W.B., Knauss J.S. et al. Cardiac arrest and ventricular arrhythmia in patients taking antipsychotic drugs: cohort study using administrative data. *BMJ* 2002; 325:1070–2.
69. Hewer W., Rössler W. Mortalität von Patienten mit funktionellen psychischen Erkrankungen während des Zeitraums stationärer Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65:171–81.
70. Kilbourne A.M., Morden N.E., Austin K. et al. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:555–63.
71. Kim W., Jang S.-Y., Chun S.Y. et al. Mortality in schizophrenia and other psychoses: data from the South Korea National Health Insurance Cohort, 2002–2013. *J Korean Med Sci* 2017; 32:836–42.
72. Kiviniemi M., Suvisaari J., Pirkola S. et al. Regional differences in five-year mortality after a first episode of schizophrenia in Finland. *Psychiatr Serv* 2010; 61:272–9.
73. Kredentser M.S., Martens P.J., Chochinov H.M. et al. Cause and rate of death in people with schizophrenia across the lifespan: a population-based study in Manitoba, Canada. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:154–61.
74. Kugathasan P., Stubbs B., Aagaard J. et al. Increased mortality from somatic multimorbidity in patients with schizophrenia: a Danish nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140:340–8.
75. Kugathasan P., Laursen T.M., Grøntved S. et al. Increased long-term mortality after myocardial infarction in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2018; 199:103–8.
76. Kurdyak P., Mallia E., de Oliveira C. et al. Mortality after the first diagnosis of schizophrenia-spectrum disorders: a population-based retrospective cohort study. *Schizophr Bull* 2021; 47:864–74.
77. Lahti M., Tiihonen J., Wildgust H. et al. Cardiovascular morbidity, mortality and pharmacotherapy in patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2012; 42: 2275–85.
78. Laursen T.M., Wahlbeck K., Hällgren J. et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One* 2013; 8:e67133.
79. Laursen T.M., Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder: changes in the Danish population between 1994 and 2006. *J Psychiatr Res* 2011; 45:29–35.
80. Laursen T.M., Munk-Olsen T., Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 2011; 6:e24597.
81. Luo Y., Pang L., Guo C. et al. Association of urbanicity with schizophrenia and related mortality in China. *Can J Psychiatry* 2021; 66:385–94.
82. Meesters P.D., Comijs H.C., Smit J.H. et al. Mortality and its determinants in late-life schizophrenia: a 5-year prospective study in a Dutch catchment area. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016; 24:272–7.
83. Mortensen P.B., Juel K. Mortality and causes of death in schizophrenic patients in Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81:372–7.
84. Mortensen P.B., Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1993; 163:183–9.
85. Newman S.C., Bland R.C. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry* 1991; 36:239–45.
86. Nielsen R.E., Uggerby A.S., Jensen S.O.W. et al. Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades – A Danish nationwide study from 1980 to 2010. *Schizophr Res* 2013; 146:22–7.
87. Olfson M., Gerhard T., Huang C. et al. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:1172–81.
88. Olfson M., Stroup T.S., Huang C. et al. Suicide risk in Medicare patients with schizophrenia across the life span. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:876–85.
89. Ösby U., Correia N., Brandt L. et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden. *Schizophr Res* 2000; 45:21–8.
90. Pan C.H., Chen P.H., Chang H.M. et al. Incidence and method of suicide mortality in patients with schizophrenia: a nationwide cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; 56:1437–46.

91. Pan Y.-J., Yeh L.-L., Chan H.-Y. et al. Excess mortality and shortened life expectancy in people with major mental illnesses in Taiwan. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 29:1–11.
92. Phillippe A., Vaiva G., Casadebaig F. Data on diabetes from the French cohort study in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2005; 20:S340–4.
93. Phillips M.R., Yang G., Li S. et al. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet* 2004; 364:1062–8.
94. Ran M.S., Chen E.Y.-H., Conwell Y. et al. Mortality in people with schizophrenia in rural China: 10-year cohort study. *Br J Psychiatry* 2007; 190:237–42.
95. Ruschena D., Mullen P.E., Burgess P. et al. Sudden death in psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1998; 172:331–4.
96. Talaslahti T., Alanen H.-M., Hakko H. et al. Mortality and causes of death in older patients with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27:1131–7.
97. Teferra S., Shibre T., Fekadu A. et al. Five-year mortality in a cohort of people with schizophrenia in Ethiopia. *BMC Psychiatry* 2011; 11:165.
98. Tenback D., Pijl B., Smeets H. et al. All-cause mortality and medication risk factors in schizophrenia: a prospective cohort study. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 31:31–5.
99. Tokuda Y., Obara H., Nakazato N. et al. Acute care hospital mortality of schizophrenic patients. *J Hosp Med* 2008; 3:110–6.
100. Tornianen M., Mittendorfer-Rutz E., Tanskanen A. et al. Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015; 41:656–63.
101. Tran E., Rouillon F., Loze J.-Y. et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer* 2009; 115:3555–62.
102. Westman J., Eriksson S.V., Gissler M. et al. Increased cardiovascular mortality in people with schizophrenia: a 24-year national register study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27:519–27.
103. Wood J.B., Evenson R.C., Cho D.W. et al. Mortality variations among public mental health patients. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72:218–29.
104. Yung N.C.L., Wong C.S.M., Chan J.K.N. et al. Excess mortality and life-years lost in people with schizophrenia and other non-affective psychoses: an 11-year population-based cohort study. *Schizophr Bull* 2021; 47:474–84.
105. Yung N.C.L., Wong C.S.M., Chan J.K.N. et al. Mortality in patients with schizophrenia admitted for incident ischemic stroke: a population-based cohort study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019; 31:152–7.
106. Zilber N., Schufman N., Lerner Y. Mortality among psychiatric patients – the groups at risk. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 79:248–56.
107. Attar R., Wester A., Koul S. et al. Higher risk of major adverse cardiac events after acute myocardial infarction in patients with schizophrenia. *Open Heart* 2020; 7:e001286.
108. Babidge N.C., Buhrich N., Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103:105–10.
109. Bodén R., Molin E., Jernberg T. et al. Higher mortality after myocardial infarction in patients with severe mental illness: a nationwide cohort study. *J Intern Med* 2014; 277:727–36.
110. Bradford D.W., Goulet J., Hunt M. et al. A cohort study of mortality in individuals with and without schizophrenia after diagnosis of lung cancer. *J Clin Psychiatry* 2016; 77:e1626–30.
111. Chan J.K.N., Wong C.S.M., Or P.C.F. et al. Risk of mortality and complications in patients with schizophrenia and diabetes mellitus: population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2021; 219:375–82.
112. Chong S.-A., Tay J.A.M., Subramaniam M. et al. Mortality rates among patients with schizophrenia and tardive dyskinesia. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29:5–8.
113. Chou F.H.-C., Tsai K.-Y., Su C.-Y. et al. The incidence and relative risk factors for developing cancer among patients with schizophrenia: a nine-year followup study. *Schizophr Res* 2011; 129:97–103.
114. Chou F.H.-C., Tsai K.-Y., Chou Y.-M. The incidence and all-cause mortality of pneumonia in patients with schizophrenia: a nine-year follow-up study. *J Psychiatr Res* 2013; 47:460–6.
115. Closson K., McLinden T., Patterson T.L. et al. HIV, schizophrenia, and all-cause mortality: a population-based cohort study of individuals accessing universal medical care from 1998 to 2012 in British Columbia, Canada. *Schizophr Res* 2019; 209:198–205.
116. Crump C., Winkleby M.A., Sundquist K. et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013; 170:324–33.
117. Druss B.G., Bradford W.D., Rosenheck R.A. et al. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:565–72.
118. Fleetwood K., Wild S.H., Smith D.J. et al. Severe mental illness and mortality and coronary revascularization following a myocardial infarction: a retrospective cohort study. *BMC Med* 2021; 19:67.
119. Fond G., Pauty V., Leone M. et al. Disparities in intensive care unit admission and mortality among patients with schizophrenia and COVID-19: a national cohort study. *Schizophr Bull* 2021; 47:624–34.
120. Guerrero Fernandez de Alba I., Gimeno-Miguel A., Poblador-Plou B. et al. Association between mental health comorbidity and health outcomes in type 2 diabetes mellitus patients. *Sci Rep* 2020; 10:19583.
121. Hauck T.S., Liu N., Wijesundera H.C. et al. Mortality and revascularization among myocardial infarction patients with schizophrenia: a population-based cohort study. *Can J Psychiatry* 2020; 65:454–62.
122. Jeon H.-L., Kwon J.S., Park S.-H. et al. Association of mental disorders with SARSCoV-2 infection and severe health outcomes: nationwide cohort study. *Br J Psychiatry* 2021; 218:344–51.
123. Kang J.-H., Xirasagar S., Lin H.-C. Lower mortality among stroke patients with schizophrenia: a nationwide population-based study. *Psychosom Med* 2011; 73:106–11.
124. Kapral M.K., Kurdyak P., Casaubon LK et al. Stroke care and case fatality in people with and without schizophrenia: a retrospective cohort study. *BMJ Open* 2021; 11:e044766.
125. Kershenbaum A., Cardinal R.N., Chen S. et al. Investigation of risk of dementia diagnosis and death in patients in older people's secondary care mental health services. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020; 36:573–82.
126. Kugathasan P., Horsdal H.T., Aagaard J. et al. Association of secondary preventive cardiovascular treatment after myocardial infarction with mortality among patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2018; 85:1261–9.
127. Kurdyak P., Vigod S., Calzavara A. et al. High mortality and low access to care following incident acute myocardial infarction in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res* 2012; 142:52–57.
128. Laursen T.M., Mortensen P.B., MacCabe J.H. et al. Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a Danish population-based study. *Psychol Med* 2014; 44:1625–37.
129. Liao C.-C., Shen W.W., Chang C.-C. et al. Surgical adverse outcomes in patients with schizophrenia: a population-based study. *Ann Surg* 2013; 257:433–8.
130. Mohamed M.O., Rashid M., Farooq S. et al. Acute myocardial infarction in severe mental illness: prevalence, clinical outcomes, and process of care in U.S. hospitalizations. *Can J Cardiol* 2019; 35:821–30.
131. Shen H.-N., Lu C.-L., Yang H.-H. Increased risks of acute organ dysfunction and mortality in intensive care unit patients with schizophrenia: a nationwide population-based study. *Psychosom Med* 2011; 73:620–6.
132. Sogaard M., Skjøth F., Kjældgaard J.N. et al. Atrial fibrillation in patients with severe mental disorders and the risk of stroke, fatal thromboembolic events and bleeding: a nationwide cohort study. *BMJ Open* 2017; 7:e018209.
133. Toender A., Vestergaard M., Munk-Olsen T. et al. Risk of diabetic complications and subsequent mortality among individuals with schizophrenia and diabetes – a population-based register study. *Schizophr Res* 2020; 218:99–106.
134. Tsai K.-Y., Lee C.-C., Chou Y.-M. et al. The incidence and relative risk of stroke in patients with schizophrenia: a five-year follow-up study. *Schizophr Res* 2012; 138:41–7.
135. Tsai K.-Y., Lee C.-C., Chou Y.-M. et al. The risks of major osteoporotic fractures in patients with schizophrenia: a population-based 10-year follow-up study. *Schizophr Res* 2014; 159:322–8.
136. Tzur Bitan D., Kridin K., Cohen A.D. et al. COVID-19 hospitalization, mortality, vaccination, and postvaccination trends among people with schizophrenia in Israel: a longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:901–8.
137. Wellejus Albertsen L.W., Heide-Jørgensen U., Schmidt S.A.J. et al. The DANish Comorbidity Index for Acute Myocardial Infarction (DANCAMI): development, validation and comparison with existing comorbidity indices. *Clin Epidemiol* 2020; 12:1299–311.
138. Alaräisänen A., Miettunen J., Räsänen P. et al. Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland, 1966 Birth Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:1107–10.
139. Dickerson F., Origoni A., Rowe K. et al. Risk factors for natural cause mortality in a cohort of 1494 persons with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2021; 298:113755.
140. Hayes R.D., Chang C.-K., Fernandes A. et al. Associations between symptoms and all-cause mortality in individuals with serious mental illness. *J Psychosom Res* 2012; 72:114–9.
141. Kodesh A., Goldberg Y., Rotstein A. et al. Risk of dementia and death in verylate-onset schizophrenia-like psychosis: a national cohort study. *Schizophr Res* 2020; 223:220–6.
142. Chen V.C.-H., Liao Y.-T., Lai T.-J. et al. Survival analysis of the use of first and second-generation antipsychotics among patients suffering schizophrenia: a nationwide population-based cohort study. *Schizophr Res* 2015; 169:40611.
143. Cho J., Hayes R.D., Jewell A. et al. Clozapine and all-cause mortality in treatment-resistant schizophrenia: a historical cohort study. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 139:237–47.
144. Cullen B.A., McGinty E.E., Zhang Y. et al. Guideline-concordant antipsychotic use and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; 39:1159–68.
145. Dickerson F., Boronow J., Stallings C. et al. *Toxoplasma gondii* in individuals with schizophrenia: association with clinical and demographic factors and with mortality. *Schizophr Bull* 2007; 33:737–40.
146. Fontanella C.A., Campo J.V., Phillips G.S. et al. Benzodiazepine use and risk of mortality among patients with schizophrenia: a retrospective longitudinal study. *J Clin Psychiatry* 2016; 77:661–7.



147. Funayama M., Takata T., Koreki A. et al. Catatonic stupor in schizophrenic disorders and subsequent medical complications and mortality. *Psychosom Med* 2018; 80:370–6.
148. Hayes R.D., Downs J., Chang C.-K. et al. The effect of clozapine on premature mortality: an assessment of clinical monitoring and other potential confounders. *Schizophr Bull* 2014; 41:644–55.
149. Hjorthoj C., Østergaard M.L.D., Benros M.E. et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry* 2015; 2:801–8.
150. Horsdal H.T., Köhler-Forsberg O., Benros M.E. et al. C-reactive protein and white blood cell levels in schizophrenia, bipolar disorders and depression – associations with mortality and psychiatric outcomes: a population-based study. *Eur Psychiatry* 2017; 44:164–72.
151. Kadra G., Stewart R., Shetty H. et al. Long-term antipsychotic polypharmacy prescribing in secondary mental health care and the risk of mortality. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138:123–32.
152. Kiviniemi M., Suvisaari J., Koivumaa-Honkanen H. et al. Antipsychotics and mortality in first-onset schizophrenia: prospective Finnish study with 5-year follow-up. *Schizophr Res* 2013; 159:274–80.
153. Kugathasan P., Wu H., Gaughran F. et al. Association of physical health multimorbidity with mortality in people with schizophrenia spectrum disorders: using a novel semantic search system that captures physical diseases in electronic patient records. *Schizophr Res* 2020; 216:408–15.
154. Lähteenvuo M., Batalla A., Luyck J.J. et al. Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2021; 144:42–9.
155. Liu T., Song X., Chen G. et al. Prevalence of schizophrenia disability and associated mortality among Chinese men and women. *Psychiatr Res* 2014; 220:1817.
156. Oh J., Nam H., Park S. et al. Decreased cardiovascular death in schizophrenia patients treated with antipsychotics: a Korean national cohort study. *Schizophr Res* 2021; 228:417–24.
157. Pridan S., Swartz M., Baruch Y. et al. Effectiveness and safety of clozapine in elderly patients with chronic resistant schizophrenia. *Int Psychogeriatr* 2015; 27:131–4.
158. Ran M.-S., Ziao Y., Fazel S. et al. Mortality and suicide in schizophrenia: 21-year follow-up in rural China. *BJPsych Open* 2020; 6:e121.
159. Strom B.L., Eng S.M., Faich G. et al. Comparative mortality associated with ziprasidone and olanzapine in real-world use among 18,154 patients with schizophrenia: the Ziprasidone Observational Study of Cardiac Outcomes (ZODIAC). *Am J Psychiatry* 2011; 168:193–201.
160. Strømme M.F., Mellesdal L.S., Bartz-Johannesen C. et al. Mortality and non-use of antipsychotic drugs after acute admission in schizophrenia: a prospective total-cohort study. *Schizophr Res* 2021; 235:29–35.
161. Stroup T.S., Gerhard T., Crystal S. et al. Comparative effectiveness of clozapine and standard antipsychotic treatment in adults with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2016; 173:166–73.
162. Tang C.H., Ramcharran D., Yang C.W. et al. A nationwide study of the risk of all-cause, sudden death, and cardiovascular mortality among antipsychotic-treated patients with schizophrenia in Taiwan. *Schizophr Res* 2021; 237:9–19.
163. Taub S., Hoshen M., Balicer R. et al. Metabolic predictors for mortality among patients treated with long-term clozapine – A longitudinal study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020; 41:63–9.
164. Tiihonen J., Suokas J.T., Suvisaari J.M. et al. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:476–83.
165. Wimberley T., MacCabe H., Laursen T.M. et al. Mortality and self-harm in association with clozapine in treatment-resistant schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2017; 174:990–8.
166. Wu C.-S., Shur-Fen Gau S.. Association between antipsychotic treatment and advanced diabetes complications among schizophrenia patients with Type 2 diabetes mellitus. *Schizophr Bull* 2016; 42:703–11.
167. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:247–53.
168. Diaz-Caneja C.M., Pina-Camacho L., Rodríguez-Quiroga A. et al. Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr* 2015; 1:14005.
169. Miranda-Mendizabal A., Castellví P., Parés-Badell O. et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* 2019; 64:265–83.
170. Pillinger T., D'Ambrosio E., McCutcheon R. et al. Is psychosis a multisystem disorder? A meta-review of central nervous system, immune, cardiometabolic, and endocrine alterations in first-episode psychosis and perspective on potential models. *Mol Psychiatry* 2019; 24:776–94.
171. Pillinger T., Beck K., Stubbs B. et al. Cholesterol and triglyceride levels in first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017; 211:339–49.
172. Pillinger T., Beck K., Gobjila C. et al. Impaired glucose homeostasis in first-episode schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74:261–9.
173. Correll C.U., Robinson D.G., Schooler N.R. et al. Cardiometabolic risk in patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders: baseline results from the RAISE-ETP study. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:1350–63.
174. Solmi M., Firth J., Miola A. et al. Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: prevalence and comparative meta-analysis including 4 717 839 people. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:52–63.
175. Shao M., Tian H., Wang L. et al. Mortality risk following acute coronary syndrome among patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2020; 96:108737.
176. Suetani S., Honarpour F., Siskind D. et al. Increased rates of respiratory disease in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis including 619,214 individuals with schizophrenia and 52,159,551 controls. *Schizophr Res* 2021; 237:131–40.
177. Forray A., Yonkers K.A. The collision of mental health, substance use disorder, and suicide. *Obstet Gynecol* 2021; 137:1083–90.
178. Harris B.R., Tracy M., Comber K.G. et al. Suicide safer care in behavioral health settings: a comparative analysis of perceptions, training completion, and practice between mental health and substance use disorder treatment providers. *J Subst Abuse Treat* 2021; 126:108330.
179. Miller K.A., Hitschfeld M.J., Lineberry T.W. et al. How does active substance use at psychiatric admission impact suicide risk and hospital length-of-stay? *J Addict Dis* 2016; 35:291–7.
180. Østergaard M.L.D., Nordentoft M., Hjorthoj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addiction* 2017; 112:1250–9.
181. Volkow N.D., Torres M., Poznyak V. et al. Managing dual disorders: a statement by the Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. *World Psychiatry* 2020; 19:396–7.
182. Ameller A., Gorwood P. Attributable risk of co-morbid substance use disorder in poor observance to pharmacological treatment and the occurrence of relapse in schizophrenia. *Encephale* 2015; 41:174–83.
183. Foglia E., Schoeler T., Klamerus E. et al. Cannabis use and adherence to antipsychotic medication: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2017; 47:1691–705.
184. Schoeler T., Petros N., Di Fort M. et al. Effect of continued cannabis use on medication adherence in the first two years following onset of psychosis. *Psychiatr Res* 2017; 255:36–41.
185. Masroor A., Khorochkov A., Prieto J. et al. Unraveling the association between schizophrenia and substance use disorder – predictors, mechanisms and treatment modifications: a systematic review. *Cureus* 2021; 13:e16722.
186. Maj M., van Os J., De Hert M. et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021; 20:4–33.
187. Vermeulen J.M., van Rooijen G., van de Kerkhof M.P.J. et al. Clozapine and longterm mortality risk in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of studies lasting 1.1–12.5 years. *Schizophr Bull* 2019; 45:31529.
188. Wilkinson S.T., Trujillo Diaz D., Rupp Z.W. et al. Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2022; 39:100–12.
189. Miura I., Nosaka T., Yabe H. et al. Antidepressive effect of antipsychotics in the treatment of schizophrenia: meta-regression analysis of randomized placebo-controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2021; 24:200–15.
190. Kadakia A., Dembek C., Heller V. et al. Efficacy and tolerability of atypical antipsychotics for acute bipolar depression: a network meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2021; 21:249.
191. Nuñez N.A., Joseph B., Pahwa M. et al. Augmentation strategies for treatment resistant major depression: a systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord* 2022; 302:385–400.
192. Taipale H., Schneider-Thoma J., Pinzón-Espinosa J. et al. Representation and outcomes of individuals with schizophrenia seen in everyday practice who are ineligible for randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry* 2022; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3990.
193. Khan A., Faucett J., Morrison S. et al. Comparative mortality risk in adult patients with schizophrenia, depression, bipolar disorder, anxiety disorders, and attention-deficit/hyperactivity disorder participating in psychopharmacology clinical trials. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:1091–9.
194. Schneider-Thoma J., Efthimiou O., Huhn M. et al. Second-generation antipsychotic drugs and short-term mortality: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled randomised controlled trials. *Lancet Psychiatry* 2018; 5:653–63.

DOI:10.1002/wps.20994

# Паттерны и корреляты эффективности лечения часто встречающихся психических расстройств и психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, по оценке пациентов (на основании данных всемирных исследований психического здоровья ВОЗ)

Ronald C. Kessler<sup>1</sup>, Alan E. Kazdin<sup>2</sup>, Sergio Aguilar–Gaxiola<sup>3</sup>, Ali Al–Hamzawi<sup>4</sup>, Jordi Alonso<sup>5</sup>, Yasmin A. Altwaijri<sup>6</sup>, Laura H. Andrade<sup>7</sup>, Corina Benjet<sup>8</sup>, Chrianna Bharat<sup>9</sup>, Guilherme Borges<sup>8</sup>, Ronny Bruffaerts<sup>10</sup>, Brendan Bunting<sup>11</sup>, José Miguel Caldas de Almeida<sup>12</sup>, Graça Cardoso<sup>12</sup>, Wai Tat Chiu<sup>1</sup>, Alfredo Cia<sup>13</sup>, Marius Ciutan<sup>14</sup>, Louisa Degenhardt<sup>9</sup>, Giovanni de Girolamo<sup>15</sup>, Peter de Jonge<sup>16</sup>, Ymkje Anna de Vries<sup>16</sup>, Silvia Florescu<sup>14</sup>, Oye Gureje<sup>17</sup>, Josep Maria Haro<sup>18</sup>, Meredith G. Harris<sup>19</sup>, Chiyi Hu<sup>20</sup>, Aimee N. Karam<sup>21</sup>, Elie G. Karam<sup>21,22</sup>, Georges Karam<sup>21,22</sup>, Norito Kawakami<sup>23</sup>, Andrzej Kiejna<sup>24</sup>, Viviane Kovess-Masfety<sup>25</sup>, Sing Lee<sup>26</sup>, Victor Makanjuola<sup>17</sup>, John J. McGrath<sup>19,27</sup>, Maria Elena Medina-Mora<sup>8</sup>, Jacek Moskalewicz<sup>28</sup>, Fernando Navarro-Mateu<sup>29</sup>, Andrew A. Nierenberg<sup>30</sup>, Daisuke Nishi<sup>23</sup>, Akin Ojagbemi<sup>17</sup>, Bibilola D. Oladeji<sup>17</sup>, Siobhan O’Neill<sup>11</sup>, José Posada-Villa<sup>31</sup>, Victor Puac–Polanco<sup>1</sup>, Charlene Rapsey<sup>32</sup>, Ayelet Meron Ruscio<sup>33</sup>, Nancy A. Sampson<sup>1</sup>, Kate M. Scott<sup>32</sup>, Tim Slade<sup>34</sup>, Juan Carlos Stagnaro<sup>35</sup>, Dan J. Stein<sup>36</sup>, Hisateru Tachimori<sup>37</sup>, Margreet ten Have<sup>38</sup>, Yolanda Torres<sup>39</sup>, Maria Carmen Viana<sup>40</sup>, Daniel V. Vigo<sup>41,42</sup>, David R. Williams<sup>43</sup>, Bogdan Wojtyniak<sup>44</sup>, Miguel Xavier<sup>12</sup>, Zahari Zarkov<sup>45</sup>, Hannah N. Ziobrowski<sup>1</sup>, от имени сотрудников WHO World Mental Health Survey

<sup>1</sup>Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; <sup>2</sup>Department of Psychology, Yale University, New Haven, CT, USA; <sup>3</sup>Center for Reducing Health Disparities, UC Davis Health System, Sacramento, CA, USA; <sup>4</sup>College of Medicine, Al-Qadisiya University, Diwaniya Governorate, Iraq; <sup>5</sup>Health Services Research Unit, IMIM–Hospital del Mar Medical Research Institute, Barcelona, Spain; <sup>6</sup>Epidemiology Section, King Faisal Specialist Hospital and Research Center, Riyadh, Saudi Arabia; <sup>7</sup>Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica – LIM 23, Instituto de Psiquiatria Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil; <sup>8</sup>Department of Epidemiologic and Psychosocial Research, National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico City, Mexico; <sup>9</sup>National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; <sup>10</sup>Universitair Psychiatrisch Centrum – Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium; <sup>11</sup>School of Psychology, Ulster University, Londonderry, UK; <sup>12</sup>Lisbon Institute of Global Mental Health and Chronic Diseases Research Center, NOVA University of Lisbon, Lisbon, Portugal; <sup>13</sup>Anxiety Disorders Research Center, Buenos Aires, Argentina; <sup>14</sup>National School of Public Health, Management and Professional Development, Bucharest, Romania; <sup>15</sup>IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italy; <sup>16</sup>Department of Developmental Psychology, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; <sup>17</sup>Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; <sup>18</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Déu, CIBERSAM, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain; <sup>19</sup>School of Public Health, University of Queensland, Herston, and Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, QLD, Australia; <sup>20</sup>Shenzhen Institute of Mental Health and Shenzhen Kangning Hospital, Shenzhen, China; <sup>21</sup>Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care, Beirut, Lebanon; <sup>22</sup>Department of Psychiatry and Clinical Psychology, St. George Hospital University Medical Center, Beirut, Lebanon; <sup>23</sup>Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Tokyo, Japan; <sup>24</sup>Psychology Research Unit for Public Health, WSB University, Torun, Poland; <sup>25</sup>Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé EA 4057, Université de Paris, Paris, France; <sup>26</sup>Department of Psychiatry, Chinese University of Hong Kong, Tai Po, Hong Kong; <sup>27</sup>National Centre for Register–based Research, Aarhus University, Aarhus, Denmark; <sup>28</sup>Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland; <sup>29</sup>Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental, Universidad de Murcia, Murcia, Spain; <sup>30</sup>Dauten Family Center for Bipolar Treatment Innovation, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; <sup>31</sup>Colegio Mayor de Cundinamarca University, Faculty of Social Sciences, Bogota, Colombia; <sup>32</sup>Department of Psychological Medicine, University of Otago, Dunedin, New Zealand; <sup>33</sup>Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA; <sup>34</sup>Matilda Centre for Research in Mental Health and Substance Use, University of Sydney, Sydney, Australia; <sup>35</sup>Departamento de Psiquiatria y Salud Mental, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; <sup>36</sup>Department of Psychiatry & Mental Health and South African Medical Council Research Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, University of Cape Town and Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa; <sup>37</sup>National Institute of Mental Health, National Center for Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan; <sup>38</sup>Trimbos Instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, The Netherlands; <sup>39</sup>Center for Excellence on Research in Mental Health, CES University, Medellin, Colombia; <sup>40</sup>Department of Social Medicine, Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitoria, Brazil; <sup>41</sup>Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; <sup>42</sup>Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; <sup>43</sup>Department of Social and Behavioral Sciences, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA; <sup>44</sup>Centre of Monitoring and Analyses of Population Health, National Institute of Public Health – National Research Institute, Warsaw, Poland; <sup>45</sup>Department of Mental Health, National Center of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria

Перевод: к. м. н. Павлова–Воинкова (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Потанин С.С. (Москва)

**Kessler KC, Kazdin AE, Aguilar–Gaxiola S et al. Patterns and correlates of patient-reported helpfulness of treatment for common mental and substance use disorders in the WHO World Mental Health Surveys. World Psychiatry. 2022; 21(2):272–286. doi:10.1002/wps.20971**

**Резюме.** Оценка эффективности лечения пациентом – важный показатель качества оказания помощи при пациент-ориентированном подходе. Мы изучили ее составляющие и предикторы с помощью квартирных опросов среди респондентов, когда-либо получавших лечение по поводу большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социальной фобии, специфических фобий, посттравматического стрессового расстройства, биполярного расстройства или расстройства, связанного с употреблением алкоголя. Данные получены в результате 30 популяционных эпидемиологических исследований – 17 в странах с высоким уровнем доходов (СВД) и 13 в странах с низким и

средним уровнем доходов (СНСД), проведенных в рамках программы Всемирных исследований психического здоровья (World Mental Health (WMH) Surveys) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Респондентов спрашивали, было ли лечение полезным, и при утвердительном ответе – у скольких специалистов они наблюдались перед тем, как получить эффективное лечение. Из всех опрошенных по всем диагностическим категориям 26,1% пациентов (N = 10 035) сообщили, что им помог первый специалист, к которому они обратились. Обращение ко второму специалисту после первого неудачного опыта лечения увеличило совокупную вероятность получения пользы от лечения до 51,2%. При обращении к восьмому специалисту она возросла до 90,6%. Однако только 22,8% пациентов продолжили бы обращаться к другим специалистам после неоднократного лечения, которое не принесло пользы. Хотя доля лиц с психическими расстройствами, которые обращались за лечением, в СВД была выше, и они были более настойчивы в обращении за помощью, чем в СНСД, доля случаев эффективного лечения по отношению к общему числу не отличалась в СВД и СНСД. Был выявлен широкий спектр предикторов субъективной эффективности лечения, некоторые из которых оказались общими для разных диагностических категорий, а другие стали уникальными для конкретных расстройств. Полученные результаты предоставляют новую информацию об оценке пациентами лечения в зависимости от диагноза в странах с разным уровнем дохода, а также позволяют предположить, что критически важным аспектом в улучшении качества помощи при психических расстройствах должно быть поощрение настойчивого обращения за профессиональной помощью, если предыдущее лечение не помогло.

**Ключевые слова:** эффективность лечения; обращение за профессиональной помощью; гетерогенность эффектов лечения; пациентоориентированное оказание помощи; приверженность лечению; расстройства настроения; тревожные расстройства; посттравматическое стрессовое расстройство; расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; прецизионная психиатрия.

Психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, широко распространены во всем мире. По скромным оценкам, состоянием примерно 20% людей соответствует критериям психического расстройства в течение последних 12 месяцев, в течение жизни этот показатель составляет около 30%<sup>1,2</sup>. Психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, сопряжены с выраженным дистрессом, нарушением повседневной жизнедеятельности и ранней смертностью<sup>3,4,5</sup>. Экономическое бремя этих расстройств для отдельных лиц, семей и общества огромно, включая потерю дохода и производительности, выплаты по инвалидности и расходы на здравоохранение и социальные услуги<sup>6,7</sup>.

Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) документально подтвердили, что ряд фармакологических и психосоциальных методов лечения эффективен при психических расстройствах и расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Тем не менее есть вопросы, касающиеся возможности распространения результатов РКИ на общую популяцию, поскольку эти исследования в основном проводятся в странах с высоким уровнем доходов (СВД) и исключают пациентов со сложными сопутствующими заболеваниями, которых, как известно, очень много в реальной практике.

Кроме того, вне контекста контролируемых исследований пациенты часто обращаются за несколькими видами лечения в течение времени в разных условиях. РКИ не предоставляют информацию о всех этапах жизни и множестве различных услуг, за которыми обращаются пациенты в течение длительного времени. Важно понимать этот процесс и его особенности в зависимости от расстройств.

Хотя редукция симптомов, как правило, является основным и часто единственным предметом интереса клинических исследований, известно, что пациенты имеют более широкие представления о том, что представляет собой эффективное лечение<sup>8</sup>. Очень важно оценивать эффективность лечения с точки зрения пациента в реальных условиях. Важным первым шагом для этого может стать широкая оценка эффективности лечения на основании опросов пациентов, в рамках которых они могут дать общую сводную оценку того, как лечение повлияло на их благополучие и функционирование в важных для них сферах жизни.

Вероятность того, что обращение за помощью приведет к лечению, которое пациент сочтет полезным, представляет собой совместную функцию: а) вероятности того, что пациент сочтет конкретное лечение полезным, и б) вероятности того, что пациент будет настойчиво обращаться за помощью, если предыдущее лечение не помогло. Опросы населения дают возможность проследить эти две состав-

ляющие у множества пациентов, определить оба агрегированных распределения и изучить предикторы получения пациентом эффективного, с его точки зрения, лечения, опосредованного этими двумя составляющими.

Мы провели серию исследований конкретных расстройств для изучения, в какой степени люди считают проведенное лечение эффективным. В исследования были включены большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), социальная фобия, специфические фобии и расстройства, связанные с употреблением алкоголя. Все исследования проводились в рамках серии общенациональных опросов населения, в ходе которых респондентов спрашивали об их опыте обращения за профессиональной медицинской помощью. Выборки были взяты как из СВД, так и из СНСД. В предыдущих статьях представлены результаты по отдельным расстройствам<sup>9,10,11,12,13,14,15</sup>. Мы обнаружили, что подавляющее большинство людей в общей популяции, обратившихся за лечением психических расстройств, считают, что им помогли. Однако ни один вид помощи не оказался эффективным для всех пациентов, и лишь небольшая часть пациентов сообщила, что им помог первый специалист, у которого они лечились. Требовалась настойчивость, чтобы получить эффективное, с точки зрения пациента, лечение. Тем не менее значительная часть пациентов сообщила, что они отказались от попыток поиска специалиста до того, как лечение стало приносить пользу, даже несмотря на то, что многие из этих людей продолжали страдать.

Настоящее исследование дает возможность ответить на новые вопросы, взглянув на данные по всем расстройствам. У нас было несколько целей: оценить различия числа пациентов с различными расстройствами, сообщивших, что их лечение было эффективным; изучить количество специалистов, которых пациенты должны были посетить, чтобы получить лечение, которое они сочли эффективным; изучить настойчивость в обращении за профессиональной помощью среди пациентов, которым предшествующее лечение не помогло; оценить сопоставимость предикторов эффективности при различных расстройствах на уровне «пациент–расстройство»; и разбить значимые предикторы на отдельные ассоциации с эффективностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью после того, как предыдущее лечение не помогло. Различия между неодинаковыми расстройствами вполне ожидаемы, так как методы их лечения отличаются по доступности и эффективности.

Мы также рассмотрели различия эффективности лечения по оценке пациентов и настойчивости в обращении за

помощью в СВД и СНСД и попытались определить общие или уникальные факторы, влияющие на эти два показателя в зависимости от вида расстройств и страны проживания больного. Информация о различиях такого рода может быть полезной для правильной расстановки приоритетов при разработке более эффективных методов лечения и/или предоставления более доступных услуг.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

### Выборка

Всемирные исследования психического здоровья ВОЗ (*The World Health Organization (WHO)'s World Mental Health (WMH) Surveys*) представляют собой скоординированную совокупность популяционных эпидемиологических исследований, проводимых на выборках неинституционального населения на дому по всему миру<sup>16</sup>.

Данные для настоящего исследования взяты из 30 исследований *WMH* (Таблица 1). Семнадцать исследований были проведены в странах, классифицируемых Всемирным банком (*World Bank*) как СВД (Аргентина, Австралия, Бельгия, Франция, Германия, Израиль, Италия, Япония, Нидерланды, Новая Зеландия, Северная Ирландия, Польша, Португалия, Саудовская Аравия, США, Испания (два исследования)). Остальные тринадцать исследований были проведены в странах, отнесенных к СНСД (Бразилия, Ирак, Ливан, Мексика, Нигерия, Перу, Китайская Народная Республика, Румыния, Южная Африка, Болгария и Колумбия (в последних проведено по два исследования)).

Двадцать из этих 30 исследований были проведены на выборках, репрезентативных на национальном уровне (14 в СВД, 6 в СНСД), три – на выборках, представляющих все городские районы страны (Аргентина, Колумбия, Мексика), три – на выборках, представляющих отдельные штаты (Нигерия) или городские агломерации (Япония, Перу), и четыре – на выборках, представляющих отдельные округа (Мурсия, Испания) или крупные города (Сан-Паулу, Бразилия; Медельин, Колумбия; Шэньчжэнь, КНР). Доля ответивших варьировалась от 45,9% (Франция) до 97,2% (Медельин, Колумбия) и в среднем составила 68,9% для всех опросов.

### Методы оценки

#### Интервью

Опросник, использованный в исследованиях *WMH*, представлял собой Комплексное международное диагностическое интервью ВОЗ (*Composite International Diagnostic Interview – CIDI*), версия 3.0<sup>17</sup>, полностью структурированное диагностическое интервью, предназначенное для использования обученными непрофессионалами. Все интервьюеры *WMH* в разных странах прошли стандартную семидневную программу обучения. Программа завершалась экзаменом, который необходимо было сдать, прежде чем интервьюер получал разрешение участвовать в сборе данных<sup>18</sup>. Бланк опросника был разработан на английском языке и переведен на другие языки с использованием стандартизированного протокола перевода ВОЗ<sup>19</sup>.

Интервью проводилось лицом к лицу в домах респондентов после получения информированного согласия с использованием процедур, утвержденных местными институциональными наблюдательными советами. Интервью состояло из двух частей. Часть I проводилась со всеми респондентами и оценивала основные психические расстройства в соответствии с *DSM-IV* ( $n=146\ 411$  респондентов во всех опросах). Часть II оценивала наличие сопутствующих расстройств и корреляты и применялась к 100% респондентов, которые соответствовали временным критериям

для любого расстройства части I, плюс вероятностная подвыборка других респондентов части I ( $n=80\ 841$ ).

### Психические расстройства

Хотя *CIDI* позволяет устанавливать диагнозы в соответствии с критериями как МКБ-10, так и *DSM-IV*, в представленном ниже анализе использованы только критерии *DSM-IV*. Мы рассмотрели семь расстройств: большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство (включая биполярное расстройство I и II типа, подпороговое биполярное расстройство), четыре тревожных расстройства (генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, социофобия и специфические фобии) и расстройства, связанные с употреблением алкоголя (злоупотребление алкоголем без признаков зависимости или алкогольная зависимость). Проведены отдельные анализы эффективности лечения по оценке пациентов для больших депрессивных и маниакальных/гипоманиакальных эпизодов при биполярном расстройстве. Таким образом, в общей сложности было рассмотрено восемь диагностических категорий.

Выявлена хорошая согласованность<sup>20</sup> между диагнозами *DSM-IV*, установленными на основании *CIDI*, и диагнозами, установленными на основании независимых клинических интервью, проведенных для повторной оценки с использованием Структурированного клинического интервью для *DSM-IV* (*the Structured Clinical Interview for DSM-IV*)<sup>21</sup>. При постановке диагнозов использовались критерии исключения органического поражения, а не правила диагностической иерархии. *CIDI* включало ретроспективные отчеты о возрасте начала расстройства, основанные на специальной последовательности вопросов, которые, как было экспериментально показано, улучшают точность припоминания<sup>22</sup>. При оценке возраста начала расстройства респондентов просили указать свой возраст, когда они впервые испытали проявления полной симптоматики расстройства, а не его первый симптом.

### Эффективность лечения, по оценке пациентов

Респондентам, состояние которых в течении жизни соответствовало, по критериям *DSM-IV*, какой-либо из восьми диагностических категорий, задавали вопрос о возрасте начала заболевания и вопрос «Говорили ли вы когда-нибудь (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*) в своей жизни с врачом или другим специалистом о своем...?» (формулировка варьировалась в зависимости от диагностических категорий). Если ответ был утвердительным, интервьюер спрашивал: «Сколько вам было лет, когда вы впервые (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*) поговорили со специалистом о своем...?» (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе). Термин «другие специалисты» был определен и представлен респонденту на карточке до того, как был задан вопрос; он включал психологов, консультантов, духовников, травников, иглотерапевтов и других специалистов в области целительства.

Респондентов, которые отвечали, что они говорили со специалистом, затем спрашивали: «Вы когда-нибудь проходили лечение по поводу своего... (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе), которое вы считаете полезным или эффективным?» (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*). Следующий вопрос варьировался в зависимости от того, получал ли респондент когда-либо полезное или эффективное лечение. Если да, то интервьюер спрашивал: «Со сколькими специалистами вы когда-либо (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*) говорили о вашем... (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе) до того момента, как впервые получили эффективное лечение?». Если респондент

Таблица 1. Характеристики выборок исследований <i>World Mental Health</i>						
Страна	Состав выборки	Сроки проведения	Возрастной диапазон	Размер выборки		Доля ответивших
				Часть I	Часть II	
<b>Страны с высоким уровнем дохода (СВД)</b>						
Аргентина	Восемь крупных городских округов (около 50% всего населения страны)	2015	18–98	3927	2116	77.3
Австралия	Репрезентативная на национальном уровне	2007	18–85	8463	8463	60.0
Бельгия	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из национального реестра жителей Бельгии)	2001–2	18–95	2419	1043	50.6
Франция	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из национального списка семей с телефонными номерами)	2001–2	18–97	2894	1436	45.9
Германия	Репрезентативная на национальном уровне	2002–3	19–95	3555	1323	57.8
Израиль	Репрезентативная на национальном уровне	2003–4	21–98	4859	4859	72.6
Италия	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из реестров жителей муниципалитетов)	2001–2	18–100	4712	1779	71.3
Япония	11 городских агломераций	2002–6	20–98	4129	1682	55.1
Нидерланды	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из муниципального почтового реестра)	2002–3	18–95	2372	1094	56.4
Новая Зеландия	Репрезентативная на национальном уровне	2004–5	18–98	12 790	7312	73.3
Северная Ирландия	Репрезентативная на национальном уровне	2005–8	18–97	4340	1986	68.4
Польша	Репрезентативная на национальном уровне	2010–1	18–65	10 081	4000	50.4
Португалия	Репрезентативная на национальном уровне	2008–9	18–81	3849	2060	57.3
Саудовская Аравия	Репрезентативная на национальном уровне	2013–6	18–65	3638	1793	61.0
Испания	Репрезентативная на национальном уровне	2001–2	18–98	5473	2121	78.6
Испания (Мурсия)	Репрезентативная на региональном уровне (Мурсия)	2010–2	18–96	2621	1459	67.4
Соединенные Штаты Америки	Репрезентативная на национальном уровне	2001–3	18–99	9282	5692	70.9
<i>Всего по СВД</i>				89 404	50 218	63.0
<b>Страны с низким/средним уровнем дохода (СНСД)</b>						
Бразилия (Сан-Пауло)	Городская агломерация Сан-Пауло	2005–8	18–93	5037	2942	81.3
Болгария 1	Репрезентативная на национальном уровне	2002–6	18–98	5318	2233	72.0
Болгария 2	Репрезентативная на национальном уровне	2016–7	18–91	1508	578	61.0
Колумбия	Все городские регионы страны (около 73% всего населения страны)	2003	18–65	4426	2381	87.7
Колумбия (Медельин)	Городская агломерация Медельин	2011–2	19–65	3261	1673	97.2
Ирак	Репрезентативная на национальном уровне	2006–7	18–96	4332	4332	95.2
Ливан	Репрезентативная на национальном уровне	2002–3	18–94	2857	1031	70.0
Мексика	Все городские регионы страны (около 75% всего населения страны)	2001–2	18–65	5782	2362	76.6
Нигерия	21 из 36 штатов (57% всего населения страны)	2002–4	18–100	6752	2143	79.3
Перу	Пять городских регионов (около 38% всего населения страны)	2004–5	18–65	3930	1801	90.2
Китайская Народная Республика (Шэньчжэнь)	Городская агломерация Шэньчжэнь	2005–7	18–88	7132	2475	80.0
Румыния	Репрезентативная на национальном уровне	2005–6	18–96	2357	2357	70.9
Южно-Африканская Республика	Репрезентативная на национальном уровне	2002–4	18–92	4315	4315	87.1
<i>Всего по СНСД</i>				57 007	30 623	80.6
<b><i>Всего</i></b>				146 411	80 841	68.9

пондент сообщал, что никогда не получал полезного или эффективного лечения, интервьюер спрашивал: «Со сколькими специалистами вы когда-либо (выделено в оригинале. – Прим. пер.) говорили о своем...?» (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе). Мы сосредоточились на респондентах, которые сообщили о начале лечения не ранее 1990 г.

### Предикторы

Мы рассмотрели шесть различных видов предикторов эффективности лечения, о которой сообщали пациенты: основной диагноз, социально-демографические показатели, сопутствующие заболевания до начала развития основного заболевания, тип(ы) лечения, сроки лечения и неблагоприятные условия в детстве.

Основной диагноз был представлен в виде серии из восьми переменных-предикторов с условным кодом, что позволило изучить значимость различий между вышеупомянутыми диагностическими категориями при оценке эффективности лечения, с точки зрения пациента. Социально-демографические характеристики включали возраст при первом обращении, пол, семейное положение (замужем, никогда не состоял в браке, ранее состоял в браке) на момент первого обращения, уровень образования среди тех, кто не был студентом (квартилы, определяемые распределением внутри страны), и статус студента на момент первого обращения.

Сопутствующие заболевания в анамнезе включали любую из семи других диагностических категорий, рассматриваемых здесь, до достижения возраста первого обращения по поводу основного диагноза. Мы также включили две другие сопутствующие диагностические категории для расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (зависимость от психоактивных веществ и злоупотребление психоактивными веществами без признаков зависимости). Вещества, рассмотренные в рамках последней категории, включали как отпускаемые по рецепту лекарства (используемые без рецепта или больше, чем рекомендовано), так и запрещенные наркотические вещества. Точные названия веществ и названия, используемые для их описания, варьировались в различных исследованиях в зависимости от того, какие наркотики распространены в данных странах. Мы не включали расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в число основных диагностических категорий, так как слишком мало исследований оценивали эффективность их лечения.

Тип лечения был определен как перекрестная классификация переменных: а) применение медикаментозного лечения, или психотерапии, или и того и другого на момент первичного обращения; б) типы специалистов, к которым пациент обращался в этот период, включая специалистов по психическому здоровью (психиатр, психиатрическая медсестра, психолог, психиатрический социальный работник, консультант по психическому здоровью), специалистов первичной медицинской помощи, специалистов в области оказания социальных услуг (социальный работник или консультант в агентстве социальных услуг, духовный наставник), а также поставщиков услуг дополнительной помощи / альтернативной медицины (целители разных типов или группы самопомощи).

Сроки лечения представляли собой дихотомическую переменную (произошло первое обращение респондента по поводу основного диагноза до 2000 г. или позже), и непрерывную переменную времени задержки лечения в годах, рассчитанную как разница между возрастом начала расстройства и возрастом при первом обращении.

Неблагоприятные условия в детстве оценивались с помощью 12 вопросов о жизни респондентов до того, как им

исполнилось 18 лет<sup>23</sup>. На основе исследовательского анализа латентных классов дихотомически оцененные ответы были объединены в два дихотомических индикатора дисфункционального родительства и других невзгод. Дисфункциональные варианты родительской семьи включали четыре типа родительской дезадаптации (психическое заболевание, злоупотребление психоактивными веществами, совершение преступления, насилие) и три типа жестокого обращения (физическое насилие, сексуальное насилие, отсутствие должной заботы). Другие неблагоприятные условия в детстве включали три типа потерь (смерть родителей, развод родителей, иная разлука с родителями), опасные для жизни соматические заболевания респондентов и экономические невзгоды семьи. Вопросы о смерти родителей, разводе и других вариантах потери (например, передача респондента в приемную семью) касались небологических, а также биологических родителей.

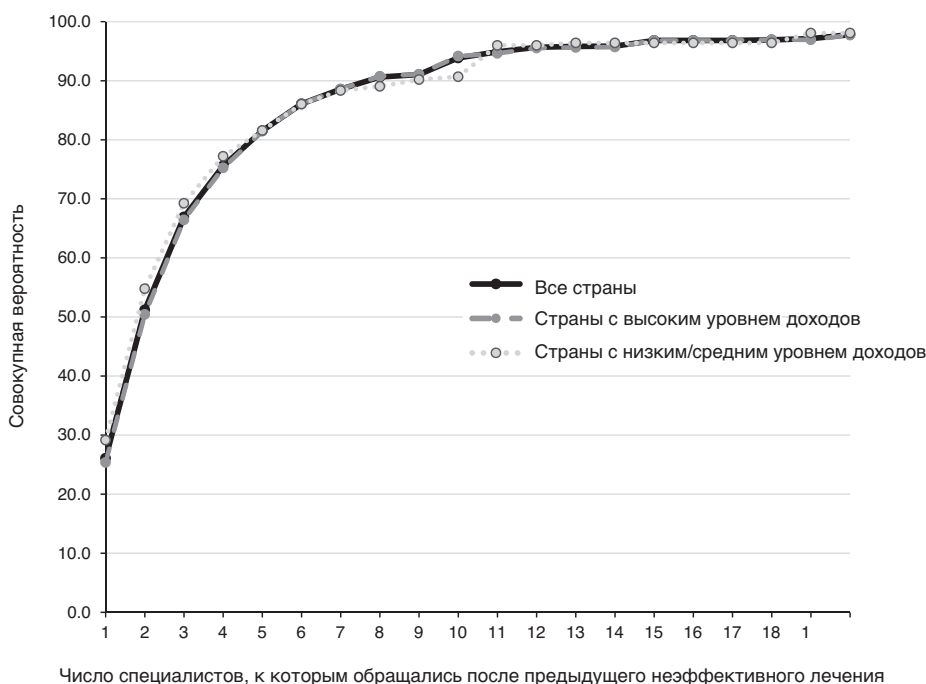
### Методы анализа

Выборка для анализа была ограничена людьми, получившими первое в жизни лечение по поводу по крайней мере одной из основных диагностических категорий в течение или после 1990 г. Данные были сгруппированы по восьми диагностическим категориям. Информация об основном диагнозе представлена в виде серии предикторных переменных с условным кодом. Для изучения условных вероятностей использованы перекрестные таблицы: а) эффективность лечения, по оценке пациента, и количество посещенных специалистов и б) условная вероятность продолжения обращения за помощью после предыдущего неэффективного лечения. Затем использовались стандартные методы анализа выживаемости с дискретным временем<sup>24</sup> для расчета кривых совокупной выживаемости для вероятности эффективности лечения, с точки зрения пациента, и настойчивости в обращении за помощью в соответствии с числом специалистов, к которым больные обращались.

Затем проведена оценка модифицированных регрессионных моделей Пуассона для бинарных исходов<sup>25</sup> для изучения исходных предикторов (например, возраста на момент начала лечения) эффективности лечения, с точки зрения пациента, независимо от количества специалистов, которые его наблюдали. Коэффициенты и 95% доверительные интервалы (CI) были возведены в степень для получения соотношения рисков (RRs). В случае варибельности индикатора для основного диагноза RR были центрированы для интерпретации вариаций по категориям. Произведение центрированных RR по всем диагностическим категориям равно 1,0, что позволяет интерпретировать каждый отдельный RR как относительный к среднему для всех категорий.

Затем та же связующая функция и преобразования применялись для декомпозиции каждого значимого предиктора на уровне пациента, чтобы выяснить, была ли связь этого предиктора с исходом обусловлена одной, другой или обеими из двух ассоциаций: связь предиктора с условным RR эффективности отдельного специалиста и связь предиктора с условным RR настойчивости в обращении за помощью после того, как предыдущее лечение не принесло пользы. Наконец, были оценены взаимосвязи между диагностическими категориями и каждым предиктором, чтобы изучить возможность изменения силы предиктора в зависимости от расстройства. Важно отметить, что эти взаимосвязи изучались по одной, а не вместе, чтобы избежать проблем с нестабильностью модели.

Выполнено взвешивание данных для корректировки вероятностей отбора (из-за того, что в каждом доме опрашивался только один человек, независимо от того, сколько отвечающих критериям взрослых в нем проживало) и показа-



**Рисунок 1.** Совокупная доля пациентов, которые, как ожидается, получат эффективное лечение, к числу специалистов, к которым обращались (с учетом данных всех диагностических категорий)

телей отказов от сообщения сведений (задокументированных по расхождению распределения социально-демографических или географических переменных, по данным переписи населения, и распределения этих же переменных в выборке). Кроме того, данные респондентов Части II были взвешены, чтобы скорректировать недостаточную выборку респондентов Части I без расстройств. Последнее взвешивание привело к тому, что оценки распространенности расстройств Части I во взвешенной выборке Части II были практически идентичны оценкам в выборке Части I<sup>26</sup>.

Из-за взвешивания и географической кластеризации дизайна исследований *WMH* все статистические анализы проводились с использованием линеаризации с помощью ряда Тейлора<sup>27</sup>, метода проектирования, реализованного в программной системе *SAS* 9.4<sup>28</sup>. Статистическую значимость последовательно оценивали с использованием двусторонних тестов на уровне 0,05.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Распространенность расстройств, лечение и эффективность лечения, по оценке пациентов

Распространенность расстройств в течение жизни в общей выборке варьировалась от 9,5% для расстройств, связанных с употреблением алкоголя (11,5% в СВД; 6,7% в СНСД), до 1,2% для большого депрессивного эпизода при биполярном расстройстве (1,3% в странах с СВД; 0,9% в СНСД). Распространенность была неизменно выше в странах с СВД, чем в СНСД ( $\chi^2_1=10,8-398,0$ ,  $p$  от 0,001 до <0,001) (Таблица 2).

Примерно четверть (23,0%) респондентов, распределенных по диагностическим категориям, получала лечение, но эта доля была почти в два раза выше в СВД, чем в СНСД (27,1% против 13,8%,  $\chi^2_1=382,4$ ,  $p<0,001$ ). Доля лиц, получавших лечение, также значительно различалась в зависимости от диагноза как в общей выборке ( $\chi^2_7=1402,0$ ,  $p<0,001$ ), так и в подвыборках в зависимости от уровня доходов страны ( $\chi^2_7=1308,6$ ,  $p<0,001$  в СВД;  $\chi^2_7=230,4$ ,

$p<0,001$  в СНСД). Это различие было сопоставимым в СВД и СНСД (корреляция Пирсона=0,88), хотя в СВД неизменно выше, чем в СНСД ( $\chi^2_1=7,1-261,0$ ,  $p=0,008$  до <0,001), от 43,9% (47,9% в СВД; 31,9% в СНСД) для большого депрессивного эпизода при биполярном расстройстве до 11,8% (14,2% в СВД; 6,4% в СНСД) для расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

При этом 61,7% всех пациентов сообщили, что лечение им помогло, однако доля таких пациентов в СВД несколько выше, чем в СНСД (62,6% против 57,6%,  $\chi^2_1=6,4$ ,  $p=0,012$ ). Доля пациентов, сообщивших о том, что лечение им помогло, значительно варьировалась в зависимости от диагностической категории как в общей выборке ( $\chi^2_7=189,6$ ,  $p<0,001$ ), так и в подвыборках в зависимости от уровня дохода страны ( $\chi^2_1=168,3$ ,  $p<0,001$  в СВД;  $\chi^2_1=25,73$ ,  $p<0,001$  в СНСД). Это различие было очень схожим в СВД и СНСД (корреляция Пирсона = 0,80): от 70,0% при генерализованном тревожном расстройстве (70,9% в СВД; 62,8% в СНСД) до 44,5% при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя (44,0% в СВД; 46,8% в СНСД).

Различия процента пациентов, сообщивших о том, что лечение им помогло, в СВД и СНСД были незначительными для всех диагностических категорий, кроме одной ( $\chi^2_1=0,0-2,7$ ,  $p=0,93-0,10$ ). Исключение составило большое депрессивное расстройство, при этом доля пациентов, сообщивших об эффективности лечения, в СВД была выше, чем в СНСД (70,1% против 62,4%,  $\chi^2_1=9,7$ ,  $p=0,002$ ).

### Условная и совокупная вероятности эффективности лечения

По данным всех исследований, 26,1% пациентов с различными диагнозами ( $N=10\ 035$ ) сообщили, что им помог первый специалист, к которому они обратились (Таблица 3). Это меньше половины от 61,7% пациентов, отметивших эффективность лечения, что указывает на то, что большинство пациентов обращались к двум или более специалистам, прежде чем получили лечение, которое сочли полезным.

Таблица 2. Распространенность в течение жизни расстройств DSM-IV, рассмотренных в анализе, доля респондентов, получивших лечение, и доля респондентов, посчитавших лечение полезным									
	Распространенность расстройств на протяжении жизни			Доля респондентов, получивших лечение			Доля респондентов, посчитавших лечение полезным		
	%	SE	N	%	SE	N	%	SE	N
<b>Большое депрессивное расстройство</b>									
Всего	8.8	0.1	80 332	37.2	0.7	7448	68.2	1.1	2726
Страны с высоким уровнем доходов	10.0	0.2	41 778	47.1	1.0	4438	70.1	1.2	2082
Страны с низким/средним уровнем доходов	7.4	0.2	38 554	22.5	1.0	3010	62.4	2.2	644
<b>Генерализованное тревожное расстройство</b>									
Всего	4.5	0.1	113 226	34.6	0.8	5674	70.0	1.4	1897
Страны с высоким уровнем доходов	5.3	0.1	76 775	38.4	0.9	4617	70.9	1.4	1701
Страны с низким/средним уровнем доходов	2.8	0.1	36 451	19.2	1.8	1057	62.8	4.9	196
<b>Социальная фобия</b>									
Всего	4.6	0.1	117 856	22.8	0.7	5686	65.1	1.6	1322
Страны с высоким уровнем доходов	5.9	0.1	71 916	24.8	0.8	4538	65.9	1.7	1148
Страны с низким/средним уровнем доходов	2.5	0.1	45 940	15.8	1.3	1148	60.4	5.1	174
<b>Специфические фобии</b>									
Всего	7.7	0.1	112 507	13.7	0.5	9179	47.5	1.8	1296
Страны с высоким уровнем доходов	8.2	0.1	59 815	16.7	0.6	5496	47.3	2.0	944
Страны с низким/средним уровнем доходов	7.0	0.2	52 692	9.7	0.7	3683	48.0	3.5	352
<b>Посттравматическое стрессовое расстройство</b>									
Всего	4.4	0.1	52 979	23.5	1.0	3511	57.0	2.4	779
Страны с высоким уровнем доходов	5.3	0.1	37 422	26.4	1.1	2906	57.6	2.4	726
Страны с низким/средним уровнем доходов	2.3	0.1	15 557	6.8	1.2	605	43.8	9.2	53
<b>Большой депрессивный эпизод в рамках биполярного расстройства</b>									
Всего	1.2	0.1	55 206	43.9	2.6	624	65.1	3.9	280
Страны с высоким уровнем доходов	1.3	0.1	36 919	47.9	3.0	481	64.6	4.2	235
Страны с низким/средним уровнем доходов	0.9	0.1	18 287	31.9	4.8	143	67.3	9.3	45
<b>Маниакальный/гипоманиакальный эпизод</b>									
Всего	2.3	0.1	91 416	26.6	1.3	2178	63.1	2.4	598
Страны с высоким уровнем доходов	2.7	0.1	58 991	28.9	1.5	1705	63.0	2.5	503
Страны с низким/средним уровнем доходов	1.6	0.1	32 425	19.3	2.2	473	63.5	6.1	95
<b>Расстройства вследствие употребления алкоголя</b>									
Всего	9.5	0.1	93 843	11.8	0.5	9378	44.5	2.3	1137
Страны с высоким уровнем доходов	11.5	0.2	53 903	14.2	0.7	6867	44.0	2.5	974
Страны с низким/средним уровнем доходов	6.7	0.2	39 940	6.4	0.8	2511	46.8	5.3	163
<b>Все диагностические категории</b>									
Всего				23.0	0.3	43 678	61.7	0.7	10 035
Страны с высоким уровнем доходов				27.1	0.4	31 048	62.6	0.7	8313
Страны с низким/средним уровнем доходов				13.8	0.5	12 630	57.6	1.9	1722

SE – стандартная ошибка.

Условная (настойчивость в обращении за помощью после того, как предыдущие специалисты не помогли) вероятность получения помощи была немного выше при обращении ко второму и третьему специалисту (34,0–32,2%), а затем последовательно снижалась от четвертого к шестому (26,2–24,7%) и для седьмого/восьмого составила 17,8–17,9%. Условные вероятности были гораздо более изменчивыми и, как правило, низкими для 9–14 специалистов (в среднем 10,7%). Различия между СВД и СНСД в основном были незначимыми (см. Таблицу 3).

Анализ выживаемости показал, что совокупная вероятность получения помощи возросла до 51,2% после обра-

щения ко второму специалисту, если не помог первый, до 66,9% – после обращения к третьему, 75,6% – к четвертому и достигала 90,6% при обращении к восьмому (Рисунок 1). Различия между СВД и СНСД были небольшими и статистически незначимыми ( $\chi^2_1=2,4, p=0,12$ ).

#### **Настойчивое обращение за помощью после предыдущего неэффективного лечения**

Предыдущие результаты ясно показывают, что настойчивость в поисках помощи вознаграждается. Но насколько настойчиво пациенты обращаются за помощью после того,



Таблица 3. Условные вероятности получения пользы от лечения, по оценке пациентов, в соответствии с числом специалистов, к которым они обращались (по всем диагностическим категориям)

Число специалистов, к которым обращался пациент	Все страны			Страны с высоким уровнем доходов			Страны с низким/средним уровнем доходов		
	%	SE	N	%	SE	N	%	SE	N
1	26.1	0.6	10 035	25.4	0.7	8313	29.2	1.4	1722
2	34.0	1.0	5261	33.6	1.1	4530	36.2	2.9	731
3	32.2	1.4	2705	32.3	1.6	2329	32.0	3.3	376
4	26.2	1.9	1454	26.2	2.1	1260	25.8	5.0	194
5	24.3	1.9	876	25.1	2.1	766	19.2	3.8	110
6	24.7	2.8	539	24.8	3.1	483	24.2	5.7	56
7	17.8	2.8	360	18.0	3.0	321	16.5	7.3	39
8	17.9	4.1	277	19.1	4.4	248	6.1	4.3	29
9	4.5	1.7	222	3.7	1.7	198	10.5	7.1	24
10	31.5	4.5	208	34.5	4.9	187	4.9	3.8	21
11	16.8	5.4	95	7.9	3.8	81	56.9	13.8	14
12	15.1	4.2	82	16.7	4.6	73	0.0	0.0	9
13	3.2	1.8	63	2.3	2.0	55	10.3	2.3	8
14	1.5	1.5	59	1.6	1.6	52	0.0	0.0	7
15	22.9	8.4	58	25.8	9.4	51	0.0	0.0	7
16	0.0	0.0	45	0.0	0.0	39	0.0	0.0	6
17	0.0	0.0	45	0.0	0.0	39	0.0	0.0	6
18	3.2	3.2	44	3.7	3.7	38	0.0	0.0	6
19	6.6	1.4	43	0.0	0.0	37	46.1	10.8	6
20	23.7	8.1	42	25.8	8.9	37	0.0	0.0	5

SE – стандартная ошибка.

как предыдущее лечение не помогло? По данным всех опросов, 70,7% пациентов со всеми диагнозами, в лечении которых не помог первый специалист, обратились ко второму специалисту (Таблица 4), но эта доля была значительно выше в СВД, чем в СНСД (72,9% против 60,3%,  $\chi^2_1=40,9$ ,  $p<0,001$ ). Условная (при условии, что предыдущие специалисты не помогли) вероятность настойчивости была существенно выше после посещения специалистов, оказывающих дополнительную помощь, при этом, как правило, отмечались незначительные различия между СВД и СНСД (см. Таблицу 4).

Однако анализ выживаемости показал, что совокупная вероятность настойчивого обращения за помощью заметно снижалась, если лечение вновь не помогало (Рисунок 2), и была значительно выше в СНСД, чем в СВД ( $\chi^2_1=35,2$ ,  $p<0,001$ ). Например, только 53,3% пациентов (54,8% в СВД; 46,6% в СНСД) продолжили обращаться за профессиональной помощью после того, как им не помог второй специалист; 34,8% (36,1% в СВД; 28,6% в СНСД) – после обращения к четвертому и 25,2% (27,3% в СВД; 15,2% в СНСД) – после шестого.

В то время как на Рисунке 1 показано, что 90,6% пациентов могли бы получить помощь, если бы обратились к восьмому специалисту, результаты на Рисунке 2 показывают, что только 22,8% (25,5% в СВД; 10,9% в СНСД) пациентов продолжили бы так долго искать помощи.

### Предикторы эффективности лечения

Мы изучили предикторы эффективности лечения на основании объединенных данных по всем диагностическим категориям и всем специалистам, к которым пациенты обращались (Таблица 5). Значительные различия *RR* были обнаружены по разным диагностическим категориям ( $\chi^2_7=60,7$ ,  $p<0,001$ ), при этом *RR* было выше среднего (по

категориям) для большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства и социальной фобии (1,16–1,19) и ниже среднего для специфических фобий и расстройств, связанных с употреблением алкоголя (0,88–0,68).

Кроме того, выявлена значимая положительная корреляция *RR* эффективности лечения, по оценке пациентов, с возрастом при первом обращении, высоким уровнем образования, злоупотреблением психоактивными веществами без признаков зависимости в анамнезе и медикаментозным лечением, проводимым либо в секторе специализированных служб психического здоровья, либо в учреждениях дополнительной помощи / альтернативной медицины, или в нескольких секторах. Выявлена значимая отрицательная корреляция *RR* с наличием генерализованного тревожного расстройства в анамнезе и задержкой лечения.

Декомпозиция была сфокусирована на значимых предикторах на уровне пациента. Более высокие, чем в среднем, *RR* для большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства и социальной фобии были обусловлены комбинацией значительного повышения *RR* отдельных специалистов, оказывающих помощь (*RR*=1,11–1,11) и настойчивого обращения за помощью (*RR*=1,05–1,08). *RR* ниже среднего для специфической фобии и расстройств, вызванных употреблением алкоголя, было связано со значительным снижением *RR* отдельных специалистов, оказывающих помощь при обоих расстройствах (*RR*=0,86–0,81), что сочеталось с низким *RR* настойчивого обращения за помощью при расстройстве, связанном с употреблением алкоголя (*RR*=0,81).

Повышение *RR*, ассоциированное с возрастом при первом лечении и высоким уровнем образования, было в большей степени связано с пользой от обращения к отдельным специалистам (*RR*=1,09–1,05), чем с настойчивым обращением за помощью после того, как предыдущее лечение не

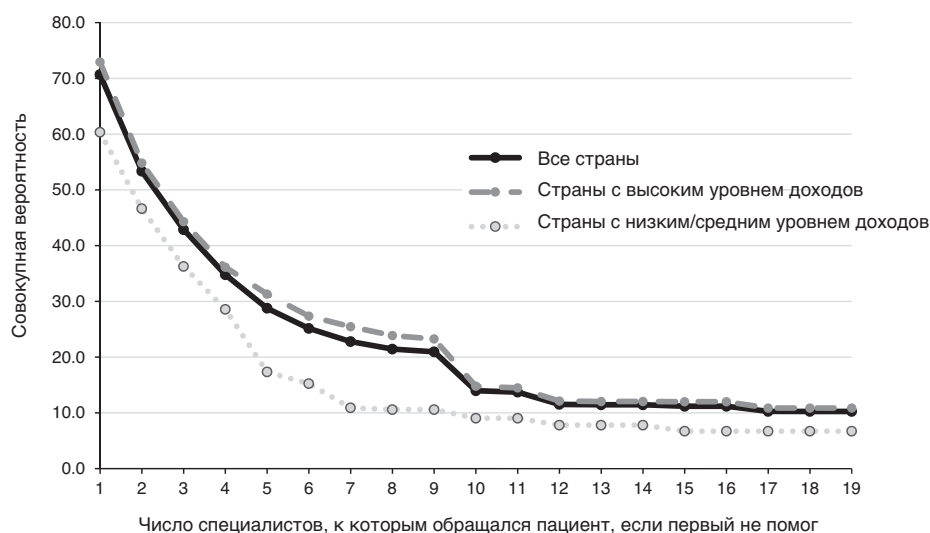


Рисунок 2. Совокупная доля пациентов, которые, как ожидается, продолжают обращаться за профессиональной помощью после предыдущего неэффективного лечения (с учетом данных по диагностическим категориям)

Таблица 4. Условная вероятность повторного обращения за профессиональной помощью после предыдущего лечения, которое не помогло (по всем диагностическим категориям)

Количество предыдущих специалистов, к которым обращался пациент	Все страны			Страны с высоким уровнем доходов			Страны с низким/средним уровнем доходов		
	%	SE	N	%	SE	N	%	SE	N
1	70.7	0.7	7,382	72.9	0.8	6,179	60.3	1.8	1,203
2	75.5	1.0	3,524	75.2	1.1	3,030	77.3	2.4	494
3	80.4	1.1	1,823	80.8	1.2	1,564	77.8	2.7	259
4	81.2	1.8	1,079	81.6	2.0	937	78.8	4.1	142
5	82.7	1.8	644	86.6	1.8	563	60.7	6.1	81
6	87.4	2.1	408	87.4	2.3	364	87.9	6.0	44
7	90.6	2.3	305	93.1	1.9	270	71.5	11.5	35
8	94.1	3.4	233	93.8	3.7	207	97.1	2.7	26
9	97.7	1.0	213	97.5	1.2	192	100	0.0	21
10	66.7	5.7	135	63.5	6.4	116	85.4	8.0	19
11	98.2	1.3	84	98.0	1.4	75	100	0.0	9
12	84.0	8.5	68	83.7	9.5	59	86.2	10.7	9
13	99.3	0.7	60	99.2	0.8	53	100	0.0	7
14	100	0.0	58	100.0	0.0	51	100	0.0	7
15	97.7	2.0	47	99.6	0.4	40	86.2	12.2	7
16	100	0.0	45	100.0	0.0	39	100	0.0	6
17	91.8	7.7	45	90.6	8.8	39	100	0.0	6
18	100	0.0	43	100.0	0.0	37	100	0.0	6
19	100	0.0	42	100.0	0.0	37	100	0.0	5

SE – стандартная ошибка.

помогло. Напротив, повышение  $RR$  эффективности при злоупотреблении психоактивными веществами без формирования зависимости в анамнезе было обусловлено значимо более настойчивым обращением за помощью ( $RR=1,04$ ) и незначимым повышением эффективности помощи отдельных специалистов ( $RR=1,05$ ).

Повышение  $RR$ , связанных с медикаментозным лечением, проводимым в специализированном секторе психического здоровья, в секторе дополнительной помощи / альтернативной медицины и в нескольких секторах, были более сложными: все оказались обусловлены значительно более высокой настойчивостью в обращении за помощью ( $RR=1,19-1,06$ ), но ни в одном из случаев не выявлено свя-

зи со значимым увеличением эффективности отдельных специалистов. Фактически, полезность отдельных специалистов была значительно ниже для двух из этих видов лечения ( $RR=0,88-0,88$ ). Наконец, снижение  $RR$ , обусловленное задержкой лечения и наличием генерализованного тревожного расстройства в анамнезе, было связано с постоянно снижающейся ассоциацией как с эффективностью отдельных специалистов ( $RR=0,98-0,91$ ), так и с настойчивостью в обращении за помощью ( $RR=0,97-0,97$ ), хотя статистическая значимость была установлена только для  $RR$  задержки лечения при настойчивом обращении за помощью и эффективностью отдельных специалистов при генерализованном тревожном расстройстве в анамнезе.

**Таблица 5. Значимые предикторы полезности лечения на уровне пациента, распределенные по ассоциациям с полезностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью (данные представлены с учетом всех диагностических категорий и числом специалистов, к которым обращался пациент)**

	Полезность лечения на уровне пациента			Полезность отдельных специалистов			Настойчивость в обращении за помощью после ранее неэффективного лечения					
	%	SE	RR	95% CI	%	SE	RR	95% CI	%	SE	RR	95% CI
<b>Основной диагноз</b>												
Большое депрессивное расстройство	28.3	0.6	1.19*	1.12–1.26	26.6	0.8	1.11*	1.02–1.21	24.8	0.9	1.08*	1.04–1.11
Биполярное аффективное расстройство												
Большой депрессивный эпизод	3.1	0.2	0.94	0.75–1.17	3.9	0.5	0.85	0.62–1.16	4.2	0.6	1.06	0.97–1.16
Маниакальный/гипоманиакальный эпизод	6.1	0.3	1.11	0.98–1.27	6.4	0.4	1.08	0.91–1.29	6.4	0.4	1.03	0.95–1.12
Генерализованное тревожное расстройство	19.0	0.4	1.19*	1.12–1.27	20.0	0.6	1.11*	1.01–1.21	19.4	0.7	1.07*	1.04–1.10
Посттравматическое стрессовое расстройство	6.0	0.3	0.99	0.83–1.17	5.6	0.3	1.14	0.89–1.46	5.7	0.3	0.93	0.84–1.02
Специфические фобии	12.8	0.4	0.88*	0.77–0.99	12.0	0.8	0.86*	0.73–1.00	12.8	1.1	1.01	0.94–1.08
Социальная фобия	13.4	0.4	1.16*	1.08–1.24	14.2	0.6	1.11*	1.01–1.22	14.2	0.7	1.05*	1.01–1.08
Расстройства вследствие употребления алкоголя	11.4	0.5	0.68*	0.58–0.79	11.4	0.7	0.81*	0.67–0.98	12.6	0.9	0.81*	0.75–0.87
$\chi^2_7$				60.7				18.6				54.4
<b>Социально-демографические данные</b>												
Средний возраст начала лечения	33.2	0.2	1.03*	1.01–1.06	31.9	0.3	1.09*	1.06–1.12	31.3	0.4	0.99	0.98–1.01
$\chi^2_1$				6.9*				30.9*				1.0
<b>Образование</b>												
Уровень образования среди не-студентов	2.3	0.0	1.02*	1.00–1.05	2.3	0.0	1.05*	1.02–1.08	2.2	0.0	1.00	0.99–1.01
Статус студента	12.7	0.5	0.97	0.87–1.07	14.6	1.1	0.94	0.82–1.08	16.1	1.3	1.00	0.95–1.05
$\chi^2_2$				11.8*				25.5*				0.2
<b>Коморбидные расстройства в анамнезе</b>												
Генерализованное тревожное расстройство	12.8	0.5	0.93*	0.87–0.99	14.7	0.9	0.91*	0.84–1.00	15.6	1.2	0.97	0.94–1.00
Расстройство вследствие употребления психоактивных веществ, без признаков зависимости	5.5	0.4	1.11*	1.02–1.20	6.7	0.9	1.05	0.93–1.18	7.1	1.1	1.04*	1.00–1.08
$\chi^2_{10}$				20.1*				27.2*				14.4
<b>Тип лечения</b>												
Специализированный сектор в области ментального здоровья + лекарства	51.0	0.9	1.20*	1.12–1.27	61.1	1.2	0.88*	0.81–0.95	62.0	1.4	1.19*	1.15–1.23
Дополнительная помощь / альтернативная медицина	19.0	0.7	1.08*	1.03–1.14	25.7	1.2	0.88*	0.82–0.94	27.4	1.4	1.06*	1.04–1.08
Сочетание	59.8	0.8	1.11*	1.03–1.20	70.0	1.0	1.04	0.94–1.16	71.4	1.3	1.18*	1.12–1.24
$\chi^2_5$				194.0*				85.5*				481.1*
<b>Сроки лечения</b>												
Задержка лечения	9.6	0.2	0.96*	0.94–0.98	9.0	0.2	0.98	0.95–1.01	9.1	0.3	0.97*	0.96–0.98
$\chi^2_1$				14.0*				1.6				19.7*

\*При уровне значимости  $p=0.05$ , SE – стандартная ошибка; RR – скорректированное соотношение рисков; CI – доверительный интервал.

**Таблица 6. Значимые предикторы различий эффективности лечения, по оценке пациентов, между пациентами, получающими лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя (PCYA), по сравнению с другими диагностическими категориями, разложенными посредством ассоциаций с эффективностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью, объединенные по числу специалистов, к которым обращались**

	Эффективность лечения по оценке пациента		Эффективность отдельных специалистов		Настойчивость в обращении за помощью, если предыдущее лечение не помогло	
	<i>RR</i>	95% <i>CI</i>	<i>RR</i>	95% <i>CI</i>	<i>RR</i>	95% <i>CI</i>
<b>Пол (женский)</b>						
PCYA	0.78*	0.64–0.96	0.77*	0.61–0.97	0.98	0.91–1.06
Другие	1.05*	1.00–1.10	1.07*	1.00–1.14	1.02	0.99–1.04
<b>Вид лечения (психотерапия)</b>						
PCYA	1.44*	1.14–1.82	1.09	0.82–1.45	1.20*	1.07–1.36
Другие	1.01	0.95–1.07	0.92*	0.84–1.00	1.04	1.00–1.07

\*Значимо при уровне значимости 0.05; *RR* – скорректированное соотношение рисков; *CI* – доверительный интервал.

**Таблица 7. Значимые предикторы различий эффективности лечения, по оценке пациентов, по диагностическим категориям, кроме расстройств, связанных с употреблением алкоголя, с эффективностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью, объединенные по числу специалистов, к которым обращались**

	Эффективность лечения по оценке пациента		Эффективность отдельных специалистов		Настойчивость в обращении за помощью, если предыдущее лечение не помогло	
	<i>RR</i>	95% <i>CI</i>	<i>RR</i>	95% <i>CI</i>	<i>RR</i>	95% <i>CI</i>
<b>Статус студента</b>						
Большое депрессивное расстройство	1.21*	1.07–1.37	1.14	0.94–1.40	1.07	1.00–1.14
Специфические фобии	0.73*	0.57–0.93	0.63*	0.47–0.84	1.08	0.98–1.19
<b>Задержка лечения</b>						
Большое депрессивное расстройство	0.93*	0.89–0.97	0.96	0.90–1.01	0.96*	0.93–0.99
Посттравматическое расстройство	0.86*	0.78–0.94	0.89*	0.80–0.99	0.95*	0.91–0.99
<b>Начало лечения после 2000 г.</b>						
Посттравматическое стрессовое расстройство	0.76*	0.66–0.89	0.89	0.72–1.10	0.87*	0.80–0.95
<b>Неблагоприятные условия в детстве</b>						
Посттравматическое стрессовое расстройство, дисфункциональная семья	0.73*	0.60–0.88	0.67*	0.52–0.86	0.91	0.83–1.01
Посттравматическое стрессовое расстройство, другое	0.57*	0.42–0.76	0.64*	0.46–0.89	0.78*	0.66–0.92

\*Значимо при уровне значимости 0.05; *RR* – скорректированное соотношение рисков; *CI* – доверительный интервал.

### Различия в предикторах по диагностическим категориям

Затем были изучены различия в предикторах эффективности лечения на уровне пациента по основным диагностическим категориям. Два предиктора имели значительно отличающиеся *RR*, предсказывающие эффективность лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, по сравнению с другими диагностическими категориями (пол и тип лечения) (Таблица 6). Четыре других предиктора имели значительно отличающиеся *RR*, предсказывающие полезность лечения в остальных категориях (образование, задержка лечения, начало лечения после 2000 г. и неблагоприятные условия в детстве) (Таблица 7).

Неблагоприятные условия в детстве вследствие дисфункциональной семьи включали физическое насилие, сексуальное насилие, отсутствие должной заботы, психическое расстройство у родителя, расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, преступления родителей и насилие в семье. Другие неблагоприятные условия в детстве включали смерть родителей, развод родителей, другую потерю родителей, физическую болезнь и экономические трудности семьи.

Значимые половые различия ( $\chi^2_1=7,8, p=0,005$ ) в эффективности лечения расстройств, вызванных употреблением алкоголя, по сравнению с другими категориями возникли потому, что женщины при первом обращении значительно реже, чем мужчины, сообщили о том, что лечение было полезным ( $RR=0,78$ ), в то время как женщины, получавшие лечение по поводу других диагнозов, значительно чаще, чем мужчины, считали лечение полезным ( $RR=1,05$ ) (Таблица 6). Декомпозиция показала, что половые различия были обусловлены различиями эффективности отдельных специалистов, а не различиями настойчивости в обращении за помощью.

Значительно более высокое *RR* эффективности психотерапии, чем других видов лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, было ассоциировано не с более высоким *RR* эффективности на уровне отдельного специалиста, а с более высокой вероятностью повторного обращения после предыдущего неэффективного лечения ( $RR=1,20$ ).

Значимый эффект образования как предиктора эффективности лечения в других диагностических категориях был обусловлен отличиями пациентов, которые были студентами на момент начала лечения, от других больных ( $\chi^2_6=30,7, p<0,001$ ), а не ассоциацией, включающей уровень образования среди тех, кто студентами не являлся ( $\chi^2_6=8,7, p=0,19$ ).

Студенты значительно чаще, чем другие пациенты, получали эффективное лечение большого депрессивного расстройства ( $RR=1,21$ ) из-за повышенных, но незначимых ассоциаций между статусом студента и эффективностью отдельных специалистов, а также настойчивостью в обращении за помощью (см. Таблицу 7). Вместе с тем студенты значительно реже, чем другие пациенты, получали эффективное лечение от специфической фобии ( $RR=0,73$ ). Это было связано с тем, что отдельные специалисты с меньшей вероятностью оказывались полезными для студентов, чем другим пациентам с этим расстройством ( $RR=0,63$ ). Студенты не отличались от других пациентов по  $RR$  эффективности лечения на уровне пациента для других диагностических категорий ( $\chi^2_1=0,2-3,4$ ,  $p=0,66$  до  $0,06$ ).

Как описано выше (см. Таблицу 5), задержка лечения была предиктором снижения эффективности терапии на уровне пациента в целом, что происходило потому, что больные, которые получили лечение с запозданием, с меньшей вероятностью, чем другие пациенты, упорно обращались за помощью. Однако эта связь была значимой только для большого депрессивного расстройства и посттравматического стрессового расстройства ( $RR=0,93-0,86$ ), в обоих случаях из-за снижения настойчивости в обращении за помощью ( $RR=0,96-0,95$ ), при посттравматическом стрессовом расстройстве – за счет снижения эффективности отдельных специалистов ( $RR=0,89$ ). Задержка первого лечения не была предиктором снижения  $RR$  эффективности лечения, по оценке пациента, для других диагностических категорий ( $\chi^2_1=0,0-2,1$ ,  $p=0,88-0,15$ ).

Значительная вариация эффективности в зависимости от того, было ли лечение начато после 2000 г., оказалась обусловлена исключительно ассоциацией у пациентов, проходивших лечение посттравматического стрессового расстройства ( $RR=0,76$ ), с недостоверным снижением  $RR$  эффективности лечения у отдельных специалистов ( $RR=0,89$ ) и значительным снижением  $RR$  настойчивости в обращении за помощью ( $RR=0,87$ ). Не установлено значимой связи между годом начала лечения и эффективностью лечения, по оценке пациентов, для других диагностических категорий ( $\chi^2_1=0,0-1,8$ ,  $p=0,92-0,18$ ).

Значительные различия эффективности в зависимости от неблагоприятных условий в детстве ( $\chi^2_{12}=31,8$ ,  $p=0,002$ ) были обусловлены различиями, связанными как с дисфункциональной семьей ( $\chi^2_6=15,4$ ,  $p=0,018$ ), так и с другими неблагоприятными условиями ( $\chi^2_6=22,1$ ,  $p=0,001$ ), в обоих случаях неблагоприятные условия в детстве явились предикторами снижения  $RR$  эффективности лечения только для посттравматического стрессового расстройства ( $RR=0,73-0,57$ ). В других диагностических категориях не выявлено значимых связей между неблагоприятными условиями в детстве и эффективностью лечения по оценке пациента ( $\chi^2_1=0,0-3,5$ ,  $p=0,91-0,06$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность исследованных диагностических категорий в течение жизни составила от 1,2 до 11,5%, при этом она была неизменно выше в СВД, чем в СНСД. Около четверти пациентов с этими расстройствами получали какое-либо лечение (23,0%), но этот показатель был примерно в два раза выше в СВД, чем в СНСД (27,1% против 13,8%). Лечение биполярного расстройства и большого депрессивного расстройства оказалось наиболее успешным, а расстройств, связанных с употреблением алкоголя, – наименее. Полученные статистические данные свидетельствуют о том, что как распространенность расстройств, так и охват лечением выше в СВД, чем в СНСД, и вероятность получения лечения при различных диагнозах значительно варьируется.

Основной задачей исследования была оценка эффективности лечения по отчетам респондентов. Так, 61,7% оценили лечение как эффективное, при этом доля таких пациентов в СВД лишь немного выше, чем в СНСД (62,6% против 57,6%). Лечение с наибольшей вероятностью оценивалось как эффективное при генерализованном тревожном расстройстве (70,0%) и с наименьшей – при расстройстве, связанном с употреблением алкоголя (44,5%). В основном не наблюдалось различий между СВД и СНСД в доле пациентов с конкретными расстройствами, сообщивших об эффективности лечения. Единственным исключением было большое депрессивное расстройство, при котором более высокая доля пациентов в СВД, чем в СНСД, отметила, что лечение было полезным (70,1% против 62,4%).

Вторая задача исследования заключалась в том, чтобы оценить количество специалистов, которых пациенты должны были посетить, чтобы получить лечение, которое они сочли полезным. Мы обнаружили, что лишь около половины пациентов, сообщивших об эффективности лечения, получили эту помощь у первого специалиста, к которому обратились (26,1% у первого специалиста против 61,7% в целом). Другими словами, обращение за помощью к двум или более специалистам было нормой среди пациентов. Совокупная вероятность получения эффективного лечения почти удвоилась до 51,2% у лиц, обратившихся за помощью ко второму специалисту. Менее резкое увеличение происходило после посещения большего числа специалистов, при этом прогнозируемая совокупная вероятность получения эффективного лечения после посещения восьмого специалиста составила 90,6%. В этом отношении существенных различий между СВД и СНСД было немного.

Третьей задачей исследования было оценить настойчивость в обращении за профессиональной помощью среди пациентов, которым предшествующее лечение не помогло. Во всех диагностических категориях 70,7% пациентов сообщили о том, что обратились ко второму специалисту, если первый специалист не помог, при этом условная вероятность настойчивости оставалась высокой (в диапазоне 66,7–100% до 20 обращений к различным специалистам) после предыдущего неэффективного лечения. Эти условные вероятности были несколько выше в СВД, чем в СНСД. Однако, несмотря на высокие условные вероятности, совокупная вероятность настойчивости заметно снижалась по мере последовательного обращения к специалистам: ожидается, что только 22,8% пациентов в целом (25,5% в СВД; 10,9% в СНСД) будут продолжать обращаться за помощью вплоть до восьмого специалиста, что необходимо, чтобы более чем 90% пациентов получили эффективное лечение.

Мы также рассмотрели предикторы эффективности на уровне «пациент – расстройство», а затем дезагрегировали значимые предикторы на отдельные ассоциации с эффективностью отдельных специалистов и настойчивости в обращении за помощью после предыдущего неэффективного лечения. Мы обнаружили различия вероятности эффективного лечения при пяти расстройствах: три из них с  $RR$  эффективности лечения выше среднего (большое депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия) и два с  $RR$  ниже среднего (специфические фобии, расстройства, связанные с употреблением алкоголя). Почти во всех этих случаях значимость связи на уровне пациента была обусловлена в большей степени настойчивостью в обращении за помощью, чем с высокой эффективностью отдельных специалистов. Почему методы лечения различаются по эффективности в зависимости от расстройства, еще предстоит выяснить.

Помимо этих различий между диагностическими категориями мы обнаружили сложную серию значимых ассоциаций между различными предикторами и  $RR$  эффективно-

сти лечения на уровне пациента. Мы начали с изучения предикторов, единых для всех диагностических категорий, а затем дезагрегировали предикторы по этим категориям. Наиболее стабильными предикторами были те, которые имели значимость на агрегированном уровне и не различались по значимости в рамках основных диагностических категорий. Таких стабильных предикторов было пять: возраст при первом обращении, уровень образования среди не-студентов, наличие в анамнезе генерализованного тревожного расстройства или злоупотребления психоактивными веществами без формирования зависимости и тип лечения.

Первые два из этих пяти – возраст при первом обращении и уровень образования среди не-студентов – были связаны со значительным повышением *RR* эффективности отдельных специалистов, но не с настойчивостью в обращении за помощью. Вероятное объяснение заключается в том, что увеличение возраста и уровня образования являются одновременно показателями зрелости и когнитивной сложности, и можно обоснованно ожидать, что оба фактора будут способствовать успеху лечения для всех диагностических категорий.

Третий стабильный предиктор, генерализованное тревожное расстройство в анамнезе, предсказывал снижение *RR* отдельных специалистов, но не был связан с настойчивостью в обращении за помощью. Это интригующий результат, так как значительное количество исследований показало, что коморбидное генерализованное тревожное расстройство является предиктором снижения терапевтического ответа при большом депрессивном расстройстве<sup>29</sup>. Однако нам неизвестны какие-либо исследования, в которых выявлена предиктивная роль коморбидного генерализованного тревожного расстройства для недостаточного терапевтического ответа при других психических расстройствах. Это может стать перспективным направлением исследований.

Четвертый стабильный предиктор, коморбидное злоупотребление психоактивными веществами без признаков зависимости в анамнезе, был связан с повышением настойчивости в обращении за помощью во всех диагностических категориях. Смысл этого результата неясен, но он заслуживает изучения в будущих исследованиях паттернов и предикторов настойчивости в обращении за помощью.

Заключительный стабильный предиктор, тип лечения, был более сложным, поскольку оказался связан с повышением *RR* эффективности лечения на уровне пациента для нескольких типов лечения (лекарства, назначенные специалистом из сектора психического здоровья, дополнительная помощь / альтернативная медицина и лечение в нескольких секторах), но ни в одном из них не было повышения *RR* эффективности лечения у отдельных специалистов. Вместе с тем увеличение настойчивости в обращении за помощью объясняло ассоциации этих типов лечения на уровне пациента с их эффективностью. В двух случаях (медикаментозная и дополнительная помощь / альтернативная медицина) виды лечения были связаны со значительно сниженным *RR* эффективности лечения у отдельных специалистов, что, возможно, указывает на то, что такое лечение получали пациенты с более тяжелыми случаями заболевания.

Другие предикторы различались по важности в разных диагностических категориях. Два из них были уникальными для расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Один из них – принадлежность к мужскому полу – соотносился со значительным повышением *RR* эффективности отдельных специалистов при лечении расстройств, связанных с употреблением алкоголя, но не других диагнозов. Другой – психотерапия в отсутствие какого-либо другого лечения – был предиктором повышения настойчивости в обращении за помощью для расстройств, связанных с упо-

треблением алкоголя, но не других диагностических категорий. Причины этих особенностей неясны, но можно сделать правдоподобные предположения. Например, возможно, что преобладание мужчин среди пациентов с расстройством, связанным с употреблением алкоголя, означает, что некоторые из наиболее распространенных методов лечения, проводимых в групповом формате, более эффективны для мужчин, чем для женщин. Выбор психотерапии в качестве единственного метода лечения может указывать на более вовлеченное участие в процессе лечения пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, тем самым прогнозируя повышение *RR* настойчивости в обращении за помощью.

Тремя другими заслуживающими внимания предикторами, значимость которых различалась в зависимости от расстройств, не относящихся к расстройствам, связанным с употреблением алкоголя, были статус студента, задержка лечения и неблагоприятные условия в детстве. Студенты с большей вероятностью, чем другие пациенты, получали эффективную помощь при лечении большого депрессивного расстройства, но менее вероятно – при лечении специфической фобии. Причины этих различий неясны, но вполне вероятно, что они связаны с различным эффектом своевременности лечения, который в случае большого депрессивного расстройства сопряжен с хорошим терапевтическим ответом, а в случае специфической фобии может быть маркером тяжести данного заболевания, что обуславливает неудовлетворительный терапевтический ответ. Данные *WMH* недостаточны, чтобы исследовать эти гипотезы, так как ретроспективные оценки не позволяют оценить тяжесть расстройства на момент начала лечения. Тем не менее полученные результаты могут стать отправной точкой для целенаправленных проспективных исследований в выборках пациентов с конкретным расстройством.

Обнаружено, что оба типа неблагоприятных условий в детстве, рассмотренных здесь, связаны со значимым снижением *RR* эффективности лечения, по оценке пациента, но только для ПТСР и в основном за счет снижения *RR* эффективности отдельных специалистов. Это может отражать особые трудности в лечении ПТСР, связанного с детскими травмами, и согласуется с обоснованностью выделения комплексного ПТСР в отдельную диагностическую категорию в МКБ-11<sup>30,31</sup>.

Полученные результаты дают полезную информацию по нескольким направлениям. Во-первых, важно отметить, что около четверти пациентов получили помощь от первого специалиста, к которому обратились, что совокупная вероятность получения эффективного лечения почти удвоилась после посещения второго специалиста и что настойчивость в обращении за помощью окупилась, поскольку более 90% пациентов получили необходимую помощь к посещению восьмого специалиста. Однако менее четверти пациентов настолько долго и настойчиво обращались за помощью. Отсюда ясно, что приоритетом исследований должно быть углубление понимания детерминант настойчивости в обращении за помощью.

Во-вторых, показательны сходства и различия между СВД и СНСД. По каждому из диагнозов распространенность расстройств в течение жизни была выше в СВД, чем в СНСД, и относительно каждого расстройства доля лиц, получивших лечение, была почти вдвое выше в СВД по сравнению со СНСД. Однако после того, как лечение было начато, между СВД и СНСД выявлено мало различий в эффективности лечения, по оценке пациентов. Это означает, что настойчивость в равной степени была необходима как в СНСД, так и в СВД, чтобы быть уверенным в получении пользы от лечения. Тем не менее настойчивость в обращении за помощью была значительно ниже в СНСД, чем в СВД. Это означает, что большее пропорциональное бремя

неудовлетворенных потребностей в лечении в СНСД, чем в СВД, обусловлено сочетанием более низкой обращаемости за помощью и более низкой настойчивости в ее поиске. Многие из барьеров, создающих эти различия, являются структурными и здесь не рассматривались<sup>32</sup>.

В-третьих, мы обнаружили множество значимых предикторов эффективности лечения, по оценке пациента, некоторые из них одинаковы для разных расстройств, но большинство различаются по значимости для разных расстройств. Дезагрегация показала, что некоторые из этих переменных были важны, потому что они предсказывали различную реакцию на лечение, в то время как другие были важны, потому что явились предикторами различной настойчивости в обращении за помощью после предыдущего неэффективного лечения.

Первый из этих дезагрегированных компонентов относится к развивающейся области исследований перцизивной психиатрии<sup>33,34,35,36,37,38,39</sup>. Наши результаты могут дополнить информацию модели, направленные на подбор лечения, которое, вероятно, будет иметь наибольшую ценность для пациента. Вторым компонентом несколько пренебрегают, но он не менее важен, поскольку эффективное лечение обычно требует настойчивости в обращении за помощью. Было проведено несколько эпидемиологических исследований по вопросу обрыва терапии<sup>40</sup>, и разработаны меры по снижению его вероятности<sup>41,42</sup>. Появляются новые исследования, демонстрирующие, что кейс-менеджмент может быть полезным для поощрения повторного обращения за помощью к новым специалистам, если предыдущее лечение не помогло<sup>43</sup>. Но мы не знаем о подобных исследованиях, направленных на изучение барьеров и мер, направленных на повышение настойчивости в обращении за помощью пациентов с часто встречающимися психическими расстройствами. Наши результаты показывают, что подобные работы могут иметь большое значение.

Стоит отметить несколько ограничений этого исследования.

Во-первых, у нас была ограниченная информация о точном характере помощи, которую получают респонденты. Также отсутствовала информация о качестве лечения и приверженности ему. Эти факторы сделали невозможным сравнение эффективности различных видов помощи или типов специалистов. По этим причинам было бы ошибкой интерпретировать наши результаты, касающиеся ассоциации типов лечения с эффективностью, по оценке пациентов, как доказательство того, что они не различаются по качеству. Безусловно, мы знаем, что тип и качество подготовки профессионала имеют значение и что дизайн *WMH* скрывает эти различия, поскольку он не основан на экспериментальном задании<sup>44</sup>.

Во-вторых, оценки респондентами эффективности лечения основывались на неспецифических критериях. Несмотря на то, что мнение пациента о качестве лечения привлекает все больший интерес, не в последнюю очередь потому, что оно является значимым предиктором приверженности терапии<sup>8</sup>, нужно больше информации о том, на чем основываются эти оценки, чтобы выйти за рамки представленного базового уровня анализа. Кроме того, эффективность лечения следует рассматривать как градацию, а не дихотомию, изменяющуюся во времени по мере изменения потребностей пациента.

В-третьих, взаимосвязи рассматривались по одному, а не вместе, чтобы избежать проблем с нестабильностью модели. Необходим дальнейший анализ, помимо представленного здесь, для изучения совместных ассоциаций нескольких значимых взаимосвязей, но предпочтительно на основе более дезагрегированного анализа, чем мы смогли провести. В идеале следующий анализ должен проводиться с использованием долгосрочных проспективных данных в клиниче-

ских выборках, а не с ретроспективных данных, собранных в этом исследовании, а также с наблюдением за пациентами в течение гораздо более длительного периода времени, чем в обычных клинических исследованиях.

Несмотря на эти ограничения, проведенное исследование предоставляет уникальную, хотя и предварительную информацию об эффективности лечения, с точки зрения пациента, в реальных условиях с разными диагнозами и разных странах. Мы обнаружили, что лечение воспринимается как полезное, но это зависит от диагноза, и что обычно требуется настойчивость в обращении за помощью, чтобы получить эффективное лечение. Совокупная вероятность успеха в поиске эффективного лечения очень высока, если настойчиво обращаться за помощью, но эта настойчивость является ключом, которым до сих пор пренебрегали.

Важно признать, что полученные результаты отличаются от результатов рандомизированных контролируемых испытаний, но дополняют их. Последние оценивают воздействие отдельных видов лечения. Настоящее исследование, напротив, подчеркивает тот факт, что первоначальное лечение в реальном мире часто не приносит успеха, но настойчивый поиск помощи среди множества существующих научно обоснованных методов для терапии распространенных психических расстройств с очень высокой вероятностью может привести к положительному исходу.

#### Благодарности

*The WMH Survey* сотрудники – S. Aguilar-Gaxiola, A. Al-Hamzawi, J. Alonso, Y.A. Altwajiri, L.H. Andrade, L. Atwoli, C. Benjet, G. Borges, E.J. Bromet, R. Bruffaerts, B. Bunting, J.M. Caldas de Almeida, G. Cardoso, S. Chardoul, S. Chatterji, A. Cia, L. Degenhardt, K. Demeytenaere, S. Florescu, G. de Girolamo, O. Gureje, J.M. Haro, M.G. Harris, H. Hinkov, Chi-Yi Hu, P. de Jonge, A.N. Karam, E.G. Karam, G. Karam, N. Kawakami, R.C. Kessler, A. Kiejna, V. Kovess-Masfety, S. Lee, J.-P. Lepine, J.J. McGrath, M.E. Medina-Mora, J. Moskalewicz, F. Navarro-Mateu, M. Piazza, J. Posada-Villa, K.M. Scott, T. Slade, J.C. Stagnaro, D.J. Stein, M. ten Have, Y. Torres, M.C. Viana, D.V. Vigo, H. Whiteford, D.R. Williams и B. Wojtyniak. *The WMH Survey Initiative* осуществлена при поддержке *the US Public Health Service* (grant nos. R01 MH070884, R13-MH066849, R01-MH069864, R01 DA016558, R03-TW006481), *the MacArthur Foundation*, *the Pfizer Foundation*, *the Pan American Health Organization*, *Eli Lilly and Company*, *Ortho-McNeil Pharmaceutical Inc.*, *GlaxoSmithKline*, и *Bristol-Myers Squibb*. Ни один из спонсоров не принимал участия в разработке, анализе, интерпретации результатов или подготовке этой статьи. Взгляды и мнения, выраженные в этом документе, принадлежат авторам и не должны рассматриваться как представляющие точку зрения ВОЗ, других спонсирующих организаций, агентств или правительств. Авторы выражают благодарность сотрудникам Координационных центров сбора и анализа данных *WMH* за помощь с оборудованием, выполнением полевых исследований и консультации по анализу данных. R.C. Kessler и A.E. Kazdin являются первыми авторами этой статьи с равным вкладом.

#### Библиография

1. Dattani S., Ritchie H., Roser M. Mental health. <https://ourworldindata.org/mental-health>.
2. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* 2014; 43:476–93.
3. Goldstein B.I., Baune B.T., Bond D.J. et al. Call to action regarding the vascularbipolar link: a report from the Vascular Task Force of the International Society for Bipolar Disorders. *Bipolar Disord* 2020; 22:440–60.
4. Karyotaki E., Cuijpers P., Albor Y. et al. Sources of stress and their associations with mental disorders among college students: results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative. *Front Psychol* 2020; 11:1759.
5. Wang Y.H., Li J.Q., Shi J.F. et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry* 2020; 25:1487–99.
6. Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:415–24.
7. Christensen M.K., Lim C.C.W., Saha S. et al. The cost of mental disorders: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 29:e161.
8. Higgins A., Safran D.G., Fiore N. et al. Pathway to patient-centered measurement for accountability. <https://www.healthaffairs.org>.

9. Bruffaerts R., Harris M.G., Kazdin A.E. et al. Perceived helpfulness of treatment for social anxiety disorder: findings from the WHO World Mental Health surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; doi: 10.1007/s00127-022-02249-3.
10. de Vries Y.A., Harris M.G., Vigo D. et al. Perceived helpfulness of treatment for specific phobia: findings from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* 2021; 288:199–209.
11. Degenhardt L., Bharat C., Chiu W.T. et al. Perceived helpfulness of treatment for alcohol use disorders: findings from the World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Depend* 2021; 229:109158.
12. Harris M.G., Kazdin A.E., Chiu W.T. et al. Findings from World Mental Health Surveys of the perceived helpfulness of treatment for patients with major depressive disorder. *JAMA Psychiatry* 2020; 77:830–41.
13. Nierenberg A.A., Harris M.G., Kazdin A.E. et al. Perceived helpfulness of bipolar disorder treatment: findings from the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Bipolar Disord* 2021; 23:565–83.
14. Stein D.J., Harris M.G., Vigo D.V. et al. Perceived helpfulness of treatment for posttraumatic stress disorder: findings from the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety* 2020; 37:972–94.
15. Stein D.J., Kazdin A.E., Ruscio A.M. et al. Perceived helpfulness of treatment for generalized anxiety disorder: a World Mental Health Surveys report. *BMC Psychiatry* 2021; 21:392.
16. Scott K.M., de Jonge P., Stein D.J. et al (eds). *Mental disorders around the world: facts and figures from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
17. Kessler R.C., Üstün T.B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13:93–121.
18. Pennell B.-E., Mneimneh Z., Bowers A. et al. Implementation of the World Mental Health Surveys. In: Kessler R.C., Üstün T.B. (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008:33–57.
19. Harkness J., Pennell B.-E., Villar A. et al. Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative. In: Kessler R., Üstün T. (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008:91–113.
20. Kessler R.C., Abelson J., Demler O. et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13:122–39.
21. First M., Spitzer R., Gibbon M. et al. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
22. Knäuper B., Cannell C.F., Schwarz N. et al. Improving accuracy of major depression age-of-onset reports in the US National Comorbidity Survey. *Int J Methods Psychiatr Res* 1999; 8:39–48.
23. Kessler R.C., McLaughlin K.A., Green J.G. et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197:378–85.
24. Singer J.D., Willett J.B. *Applied longitudinal data analysis: modeling change and event occurrence*. New York: Oxford University Press, 2003.
25. Zou G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. *Am J Epidemiol* 2004; 159:702–6.
26. Heeringa S.G., Wells J.E., Hubbard F. et al. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler R., Üstün T. (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008:14–32.
27. Halli S.S., Rao K.V. *Advanced techniques of population analysis*. Boston: Springer, 1992.
28. SAS Institute Inc. *SAS/STAT® 14.3 Software Version 9.4 for Unix*. Cary: SAS Institute Inc., 2016.
29. Kessler R.C. The potential of predictive analytics to provide clinical decision support in depression treatment planning. *Curr Opin Psychiatry* 2018; 31:32–9.
30. First M.B., Gaebel W., Maj M. et al. An organization-and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM5. *World Psychiatry* 2021; 20:34–51.
31. Nestgaard Rød Å., Schmidt C. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? *Eur J Psychotraumatol* 2021; 12:2002028.
32. Sarikhani Y., Bastani P., Rafiee M. et al. Key barriers to the provision and utilization of mental health services in low-and middle-income countries: a scope study. *Community Ment Health J* 2021; 57:836–52.
33. Acion L., Kelmansky D., van der Laan M. et al. Use of a machine learning framework to predict substance use disorder treatment success. *PLoS One* 2017; 12:e0175383.
34. Fernandes B.S., Williams L.M., Steiner J. et al. The new field of ‘precision psychiatry’. *BMC Med* 2017; 15:80.
35. Chekroud A.M., Bondar J., Delgado J. et al. The promise of machine learning in predicting treatment outcomes in psychiatry. *World Psychiatry* 2021; 20:154–70.
36. Kessler R.C., Luedtke A. Pragmatic precision psychiatry – a new direction for optimizing treatment selection. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:1384–90.
37. Maj M., Stein D.J., Parker G. et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2020; 19:26–93.
38. Maj M., van Os J., De Hert M. et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021; 20:4–33.
39. Stein D.J., Craske M.G., Rothbaum B.O. et al. The clinical characterization of the adult patient with an anxiety or related disorder aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021; 20:336–56.
40. Wells J.E., Browne M.O., Aguilar-Gaxiola S. et al. Drop out from outpatient mental healthcare in the World Health Organization’s World Mental Health Survey initiative. *Br J Psychiatry* 2013; 202:42–9.
41. Thompson L., McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012; 12:87.
42. Pérez-Jover V., Sala-González M., Guilabert M. et al. Mobile apps for increasing treatment adherence: systematic review. *J Med Internet Res* 2019; 21:e12505.
43. Dieterich M., Irving C.B., Bergman H. et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 1:CD007906.
44. Maj M. Helpful treatment of depression – delivering the right messages. *JAMA Psychiatry* 2020; 77:784–6.

DOI:10.1002/wps.20971



# Переоценка вариабельности эффектов антипсихотических препаратов при шизофрении: метаанализ

Robert A. McCutcheon<sup>1-3</sup>, Toby Pillinger<sup>1-3</sup>, Orestis Efthimiou<sup>4,8</sup>, Marta Maslej<sup>5</sup>, Benoit H. Mulsant<sup>6,7</sup>, Allan H. Young<sup>8</sup>, Andrea Cipriani<sup>9,10</sup>, Oliver D. Howes<sup>2,3,8</sup>

<sup>1</sup>Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Department of Psychosis Studies, King's College of London, London, UK; <sup>2</sup>Psychiatric Imaging Group, MRC London Institute of Medical Sciences, Hammersmith Hospital, Imperial College London, London, UK; <sup>3</sup>Institute of Clinical Sciences, Faculty of Medicine, Imperial College London, London, UK; <sup>4</sup>Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Switzerland; <sup>5</sup>Krems Centre for Neuroinformatics, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, ON, Canada; <sup>6</sup>Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, ON, Canada; <sup>7</sup>Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; <sup>8</sup>Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Department of Psychological Medicine, King's College of London, London, UK; <sup>9</sup>Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK; <sup>10</sup>Oxford Health NHS Foundation Trust, Warneford Hospital, Oxford, UK

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

McCutcheon R, Pillinger T, Efthimiou O et al. Reappraising the variability of effects of antipsychotic medication in schizophrenia: a meta-analysis. *World Psychiatry*. 2022;21(2):287-294. doi:10.1002/wps.20977

**Резюме.** Практикующие психиатры часто сталкиваются с тем, что у людей с шизофренией симптоматическая реакция на антипсихотические препараты заметно различается. Однако неясно, отражает ли это изменение вариабельность эффектов, специфичных для лекарств (также называемых гетерогенностью эффекта лечения), в отличие от вариабельности неспецифических эффектов, таких как естественные колебания симптомов или реакция на плацебо. Предыдущие метаанализы не выявили доказательств неоднородности эффекта лечения; это позволяет предположить, что принцип «один размер подходит всем» может быть целесообразным и что усилия по разработке персонализированных стратегий лечения шизофрении вряд ли увенчаются успехом. Однако последние достижения указывают на то, что более ранние подходы, возможно, не могли точно количественно оценить неоднородность эффекта лечения из-за пренебрежения ключевым параметром: корреляцией между плацебо-реакцией и специфическими эффектами лекарств. В настоящей работе мы устраняем этот недостаток, используя данные отдельных пациентов и данные на уровне исследования, чтобы оценить эту корреляцию и количественно охарактеризовать неоднородность эффекта антипсихотического лечения при шизофрении. Сведения об отдельных пациентах (384 человека, которым назначали антипсихотическое лечение, и 88 человек, получавших плацебо) были получены из базы данных открытого доступа к информации Йельского университета (YODA). Данные на уровне исследования были получены в результате метаанализа 66 клинических исследований, включивших 17 202 пациентов. Как анализ отдельных пациентов, так и анализ на уровне исследования выявили отрицательную корреляцию между реакцией на плацебо и эффектом лечения для общего балла по шкале положительных и отрицательных синдромов (PANSS) ( $p = 0,32$ ,  $p = 0,002$  и  $p = -0,39$ ,  $p < 0,001$ , соответственно). Мы использовали наиболее консервативные из этих оценок, и метаанализ гетерогенности эффекта лечения предоставил доказательства заметной вариабельности специфических антипсихотических эффектов у лиц с шизофренией, при этом верхний квартиль пациентов, демонстрирующих положительный эффект лечения, составил 17,7 балла или более по общему баллу PANSS, в то время как нижний квартиль показал отрицательный эффект лечения по сравнению с плацебо. Это свидетельство клинически значимой гетерогенности лечебного эффекта предполагает, что усилия по индивидуализации антипсихотического лечения шизофрении имеют потенциал для успеха.

**Ключевые слова:** Антипсихотические препараты; шизофрения; вариабельность эффектов; лекарственно-специфические эффекты; неспецифические эффекты; плацебо-ответ; гетерогенность эффекта лечения; персонализация лечения; прецизионная медицина.

При использовании антипсихотических препаратов в рамках обычной медицинской помощи практикующему психиатру очевидно, что у некоторых пациентов симптомы значительно улучшаются, в то время как у других улучшение меньше, а в некоторых случаях наблюдается даже ухудшение симптомов. Общая наблюдаемая реакция пациента на лекарство складывается из двух компонентов. Первый компонент включает в себя специфические для лекарства эффекты, которые также называются лечебными эффектами. Второй компонент состоит из факторов, не связанных непосредственно с приемом лекарств: таких как естественные колебания симптомов, внешние жизненные события и ожидаемые эффекты, которые в клинических испытаниях объединяются термином «реакция на плацебо». В клинических условиях мы не можем определить, отражает ли наблюдаемая вариабельность симптоматических изменений у разных пациентов вариабельность специфических эффектов лекарств, называемую гетерогенностью эффекта лечения, в отличие от вариабельности ответа на плацебо.

Количественная оценка неоднородности лечебного эффекта важна для исследований и клинической практики. Если существует значительная гетерогенность, это означает, что лекарства оказывают заметно различное действие на разных людей. Это предполагает возможности для персонализированного лечения и оправдывает усилия по выявлению факторов, связанных с хорошим и плохим ответом пациента на лечение<sup>1-4</sup>. Напротив, если гетерогенности не существует, это говорит о том, что различия, наблюдаемые клинически, почти полностью обусловлены факторами, не связанными с лечением, и что все пациенты будут испытывать одинаковую величину эффекта, зависящего от конкретного лекарства. В этом последнем случае подразумевается, что принцип «один размер подходит всем» применим для назначения антипсихотических препаратов и что попытки разработки прогностических моделей, позволяющих персонализировать лечение, обречены на провал.

В последнее время было предпринято несколько метааналитических попыток исследовать, существует ли гете-

рогенность эффекта лечения, с упором на нейролептики, антидепрессанты и немедикаментозные вмешательства<sup>5-11</sup>. Эти анализы предполагали, что наличие гетерогенности эффекта лечения приведет к увеличению вариабельности симптоматического ответа в группах активного лечения по сравнению с группами плацебо в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ)<sup>5,7,8</sup>. Эти метаанализы, основанные на данных на уровне исследования, не выявили доказательств большей вариабельности в группе активного лечения для целого ряда методов терапии, включая антипсихотическое лечение шизофрении. Ученые пришли к выводу, что эффекты лечения, вероятно, будут относительно постоянными, и это предполагает ограниченные возможности для персонализации терапии<sup>5-11</sup>.

Эти результаты были неожиданными, учитывая широко распространенное клиническое убеждение в том, что пациенты существенно различаются в своей реакции на лекарства. Выводы также контрастируют с результатами предыдущих исследований с использованием индивидуальных данных пациентов. В предыдущих работах было показано, что эффекты лечения варьируются у разных пациентов, при этом те, кто был наиболее тяжело болен на исходном этапе, получают наибольшую пользу от активного лечения<sup>12-15</sup>.

Объяснение этих противоречивых результатов заключается в том, что выводы, сделанные на основе метаанализов вариабельности, основаны на неверных предположениях относительно корреляции между эффектом лечения и плацебо-реакцией<sup>9,16</sup>. В частности, вывод о том, что отсутствие повышенной вариабельности в активных группах предполагает отсутствие гетерогенности эффекта лечения, справедлив только тогда, когда вышеуказанная корреляция равна нулю или положительна. Однако возможно, что люди с большей реакцией на плацебо имеют меньшую специфическую для лекарства пользу, то есть существует отрицательная корреляция между реакцией на плацебо и эффектом лечения. В этом случае гетерогенность эффекта лечения будет существовать даже тогда, когда вариабельность общих симптоматических изменений в группах плацебо и активного лечения одинакова, или даже если группа активного лечения демонстрирует меньшую вариабельность общих симптоматических изменений<sup>8,9,16</sup>.

Предыдущие метаанализы неявно предполагали положительную корреляцию между реакцией на плацебо и эффектом лечения, хотя априори отрицательную корреляцию можно было бы считать более вероятной, поскольку большая реакция на плацебо эффективно исключает большой эффект лечения, из-за того, что все рейтинговые шкалы имеют нижний предел. Однако эта корреляция между эффектом лечения и реакцией на плацебо ранее не оценивалась. В результате формальная оценка неоднородности эффектов лечения с использованием агрегированных данных РКИ ранее была невозможна.

Очень важно количественно оценить неоднородность эффекта лечения при шизофрении, учитывая ее последствия для попыток индивидуализации лечения. Чтобы сделать это, мы должны сначала оценить корреляцию между эффектом лечения и реакцией на плацебо. Существует все больше литературы, которая не может быть точно интерпретирована в отсутствие этого параметра. В настоящей работе мы оцениваем это значение с помощью дополнительных подходов, используя как индивидуальные данные пациентов, так и результаты клинических испытаний на уровне исследования. Затем мы применяем это значение к результатам метаанализа вариабельности, чтобы формально оценить гетерогенность эффектов антипсихотического лечения, вместо того чтобы полагаться на преимущественно интуитивные интерпретации предыдущих метаанализов<sup>5,7</sup>.

## МЕТОДЫ

### Индивидуальные данные пациента

Мы использовали базу данных Открытого доступа к данным Йельского университета (YODA)<sup>17</sup> для выявления клинических испытаний лечения острых состояний при шизофрении антипсихотическими препаратами, включая взрослых в возрасте 18–65 лет, у которых был период лечения плацебо до периода активного лечения, с положительным и отрицательным синдромом шкалы (PANSS) 18 баллов, зарегистрированных в оба периода.

Одно исследование (Sch-703) соответствовало этим критериям при использовании следующей схемы: пациенты с шизофренией, которые получали антипсихотическое лечение и были симптоматически стабильны, прекращали текущее лечение, а затем были рандомизированы на плацебо или активное лечение в течение 6-недельного двойного слепого периода. Те, кто прошел двойной слепой период или по крайней мере 21 день двойного слепого лечения с последующим прекращением терапии из-за недостаточной эффективности, затем вошли в расширение с открытой этикеткой, в котором они получали активное лечение.

### Данные на уровне исследования

Мы использовали все исследования из недавнего метаанализа<sup>5</sup>, который включал рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые исследования монотерапии антипсихотиками при лечении взрослых в возрасте 18–65 лет с шизофренией.

Мы извлекли среднее значение и дисперсию (стандартное отклонение, стандартная ошибка или доверительные интервалы) изменения симптомов для общей, положительной и отрицательной оценки симптомов из каждого исследования в группах активного лечения и плацебо. В исследованиях, в которых принимало участие несколько активных групп, количество пациентов в группе плацебо делилось на количество групп.

Краткая психиатрическая рейтинговая шкала (BPRS)<sup>19</sup> баллов была преобразована в баллы PANSS с использованием метода, описанного Leucht и соавторами<sup>20</sup>, чтобы максимально увеличить количество исследований, которые могли быть включены в работу.

### Оценка корреляции эффекта лечения и ответа на плацебо, по данным отдельных пациентов

Чтобы рассчитать коэффициент корреляции ( $\rho$ ) между эффектом лечения и реакцией на плацебо, мы сначала оценили эффекты лечения на индивидуальном уровне. Чтобы обеспечить достоверность результатов, мы сделали это, используя два отдельных метода, которые основаны на разных предположениях.

В первом методе, получившем впоследствии название «открытый метод», реакция на плацебо у лиц, рандомизированных в группу плацебо в течение двойного слепого периода, оценивалась количественно с помощью определенной изменения показателя PANSS между началом двойного слепого периода и моментом, когда этот человек вышел из двойного слепого периода. Оцененный эффект лечения затем рассчитывали как изменение тяжести симптомов с конца двойного слепого периода (в этот момент субъект переключился с плацебо на активное лечение) до конца периода открытой оценки (то есть периода, в течение которого индивидум получал активное лечение). Этот метод основан на предположении, что, если участник был первоначально рандомизирован в другую группу (то есть на активное лечение), оценка, наблюдаемая в конце двойного сле-

Таблица 1. Характеристики клинического исследования с предоставлением индивидуальных данных о пациентах	
Номер YODA	Sch-703
Номер клинического испытания	00650793
Описание	6-недельный двойной слепой период, за которым следует 52-недельный открытый период
Двойное слепое лечение	Палиперидон (6–12 мг в день), оланзапин (10 мг в день), плацебо
Открытое лечение	Палиперидон (3–12 мг в день)
Количество пациентов	384 (антипсихотическое средство) 88 (плацебо)
Возраст пациентов, лет (среднее значение $\pm$ SD)	36,6 $\pm$ 10,8 (антипсихотический препарат) 38,1 $\pm$ 10,6 (плацебо)
Пол пациентов (% женщин)	50,5 (антипсихотическое средство) 51,1 (плацебо)
Продолжительность двойной слепой фазы, дней (среднее значение $\pm$ SD)	40,8 $\pm$ 6,2 (антипсихотический препарат) 35,7 $\pm$ 10,0 (плацебо)
Продолжительность открытой фазы, дней (среднее значение $\pm$ SD)	37,3 $\pm$ 15,1 (антипсихотический препарат) 33,8 $\pm$ 16,9 (плацебо)

ного периода, должна быть равна оценке, которую мы фактически получаем в конце открытого периода равной продолжительности.

Второй метод, названный впоследствии «методом линейной модели», был основан на простой линейной регрессионной модели. Более конкретно: мы применили линейную модель с тяжестью симптомов в конце двойного слепого периода в качестве переменной результата. Лечение, возраст, пол и исходная тяжесть были ковариатами, и также были включены взаимодействия всех ковариатов с лечением. После подгонки модели мы смогли оценить эффекты лечения на индивидуальном уровне, используя исходные ковариаты данного пациента. Этот метод использует обычное предположение о линейности и аддитивности влияния ковариат и лечения на результат.

Затем для обоих методов мы оценили коэффициент корреляции Спирмена ( $\rho$ ) между реакцией на плацебо и эффектом лечения для положительных и отрицательных субшкал PANSS, а также для общего балла PANSS. Более подробные сведения об обоих подходах и их допущениях приведены в дополнительной информации.

### Оценка корреляции эффекта лечения и ответа на плацебо по данным на уровне исследования

В качестве третьего метода мы использовали данные о реакции на плацебо на уровне исследования и эффекте лечения из РКИ, включенных в вышеупомянутый метаанализ<sup>5</sup>, для расчета коэффициента корреляции Спирмена ( $\rho$ ) между ними. После взвешивания оценок по количеству пациентов в каждой группе мы объединили оценки на уровне исследования для субшкал PANSS с положительными и отрицательными симптомами в дополнение к общим баллам PANSS. Анализы проводились с использованием пакета wCong (версия 1.9.1) в R. Этот метод предполагает, что корреляция между эффектом лечения и реакцией на плацебо на индивидуальном уровне равна корреляции на уровне исследования.

### Оценка неоднородности лечебного эффекта

Коэффициент вариальности (VR) определяется следующим образом:  $\sigma_{AT}$  обозначает стандартное отклонение симптоматических изменений в группе активного лечения, а  $\sigma_{PL}$  представляет стандартное отклонение группы лечения плацебо.  $VR = \sigma_{AT} / \sigma_{PL}$ . Затем VR легко вычисляется на основе данных исследования. Переменная, представляющая клинический интерес, однако, выглядит как стандартное отклонение лечебного эффекта ( $\sigma_{TE}$ ). Это можно оценить, если VR и корреляция ( $\rho$ ) между реакцией на плацебо и эффектом лечения равны<sup>9,16</sup>:  $\sigma_{TE} = \sigma_{PL} (\sqrt{VR^2 - 1} + \rho^2 - \rho)$

Мы рассчитали VR для каждого исследования, используя опубликованные данные исследования из РКИ анти-

психотического лечения шизофрении<sup>5</sup>. Затем мы рассчитали  $\sigma_{TE}$  для каждого исследования с помощью данных формулы из РКИ антипсихотического лечения шизофрении<sup>5</sup>. Затем мы рассчитали  $\sigma_{TE}$  для каждого исследования по приведенной выше формуле, используя наиболее консервативную оценку  $\rho$ , полученную с помощью наших трех методов (то есть значение, соответствующее корреляции наименьшей абсолютной величины). Наконец, мы объединили значения  $\sigma_{TE}$  из всех исследований с помощью метаанализа случайных эффектов. Чтобы представить оценку вариальности в перспективе и помочь оценить ее клиническую значимость, мы также определили средний эффект лечения в тех же РКИ, выполнив метаанализ случайных эффектов с использованием наблюдаемой средней разницы между группами препаратов и плацебо.

В дополнение к единой сводной оценке по всем испытаниям были также проведены метаанализы с исследованиями, сгруппированными в соответствии с используемыми нейролептиками. Метаанализ также проведен для положительных и отрицательных субшкал PANSS, где были указаны их баллы с помощью соответствующего значения  $\rho$ , рассчитанного выше. В анализе чувствительности мы повторили вычисления, используя вместо этого наиболее либеральное значение для  $\rho$  (то есть значение, соответствующее корреляции с наибольшей абсолютной величиной) среди трех методов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Корреляции данных отдельных пациентов

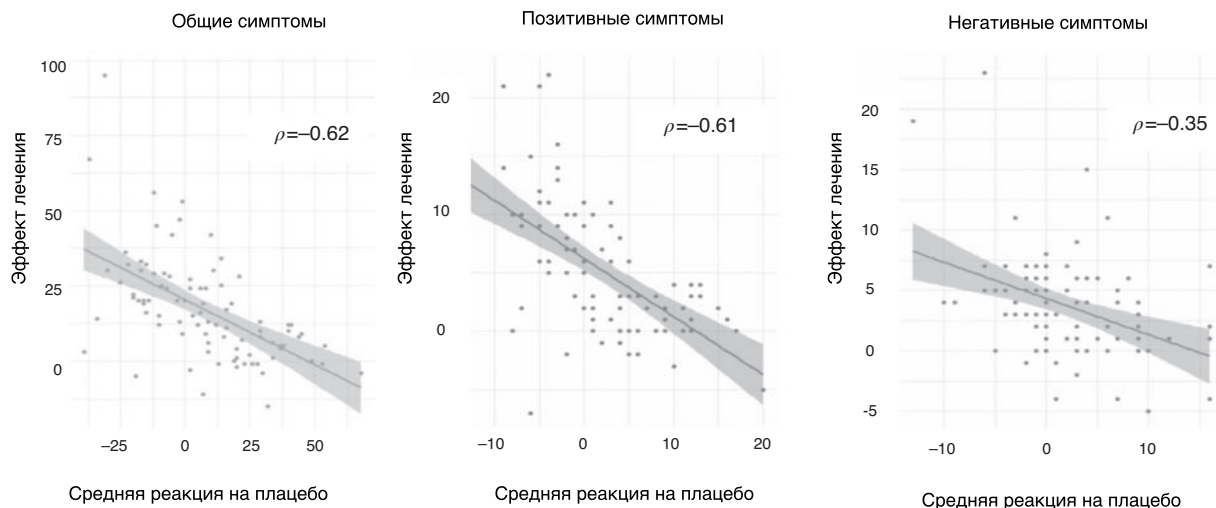
Приемлемое исследование, определенное из базы данных YODA (Таблица 1), включало 384 человека, которым назначали антипсихотическое лечение, и 88 человек, которые получали плацебо в течение двойного слепого периода.

Открытый метод позволил получить сильную отрицательную корреляцию между оцененным эффектом лечения и плацебо-реакцией для общей оценки PANSS ( $\rho = -0,62$ ,  $p < 0,001$ ), положительной ( $\rho = -0,61$ ,  $p < 0,001$ ) и отрицательной ( $\rho = -0,35$ ,  $p < 0,001$ ) оценки симптомов (Рисунок 1).

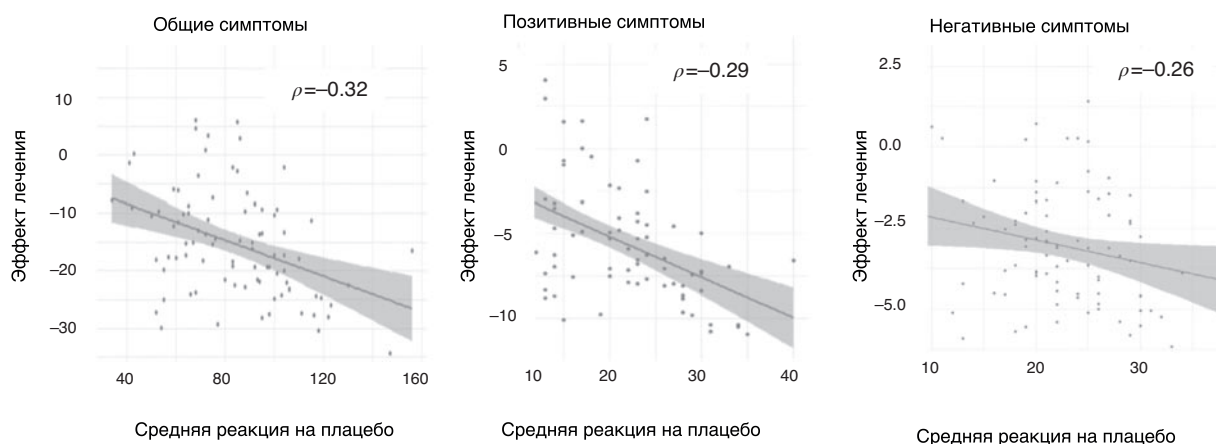
Метод линейной модели также дал отрицательную корреляцию между оцененным эффектом лечения и реакцией на плацебо, что наблюдалось для общего показателя PANSS ( $\rho = -0,32$ ,  $p = 0,002$ ), положительного ( $\rho = -0,29$ ,  $p = 0,006$ ) и отрицательного ( $\rho = -0,26$ ,  $p < 0,013$ ) показателей симптомов (Рисунок 2).

### Корреляции данных на уровне исследования

Были проанализированы данные 66 клинических исследований, включавших 17 202 пациента (см. доп. информацию)<sup>5</sup>. В соответствии с корреляциями, оцененными по данным отдельных пациентов, во всех исследованиях мы



**Рисунок 1.** Корреляция между эффектами лечения (оцененными с использованием метода открытых моделей) и реакцией на плацебо. Каждый балл представляет участника



**Рисунок 2.** Корреляция между эффектами лечения (оцененными с использованием метода линейной модели) и реакцией на плацебо. Каждый балл представляет участника

обнаружили умеренную отрицательную корреляцию между ответом на плацебо и общим эффектом лечения ( $\rho = -0,39$ ,  $p < 0,001$ ), а также положительную ( $\rho = -0,25$ ,  $p = 0,01$ ) и отрицательную ( $\rho = -0,38$ ,  $p < 0,001$ ) оценку симптомов (Рисунок 3).

Таким образом, мы пришли к выводу, что все три метода (которые используют разные предположения) дали последовательные доказательства отрицательной корреляции между реакцией на плацебо и эффектом лечения.

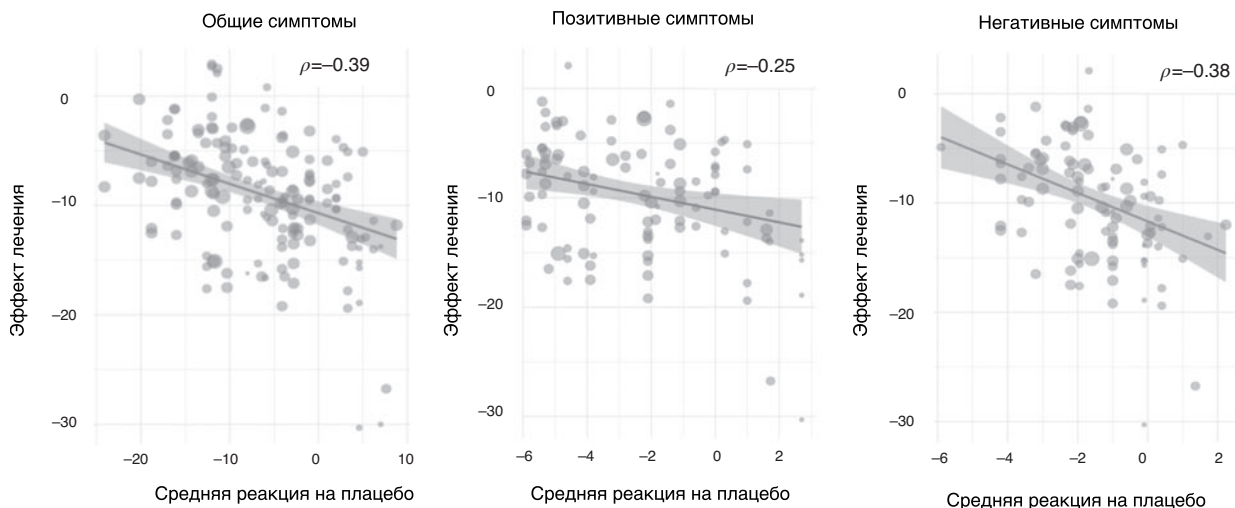
#### Неоднородность лечебного эффекта

Используя значения  $\rho$  методом линейной модели, поскольку они были наиболее консервативными, метаанализ гетерогенности эффекта лечения оценил стандартное отклонение для общих симптомов в 13,47 балла PANSS (95% ДИ: 12,69–14,29;  $p < 0,001$ ;  $I^2 = 45\%$ ) (Рисунок 4). Для положительных симптомов оценка составила 3,97 (95% ДИ: 3,66–4,30;  $p < 0,001$ ;  $I^2 = 53\%$ ) (Рисунок 5). Для отрицательных симптомов он оказался 2,80 (95% ДИ: 2,54–3,08;  $p < 0,001$ ;  $I^2 = 57\%$ ) (Рисунок 6). Когда мы использовали наименее консервативные оценки для  $\rho$  (полученные с помощью открытого метода), распределение эффектов лечения

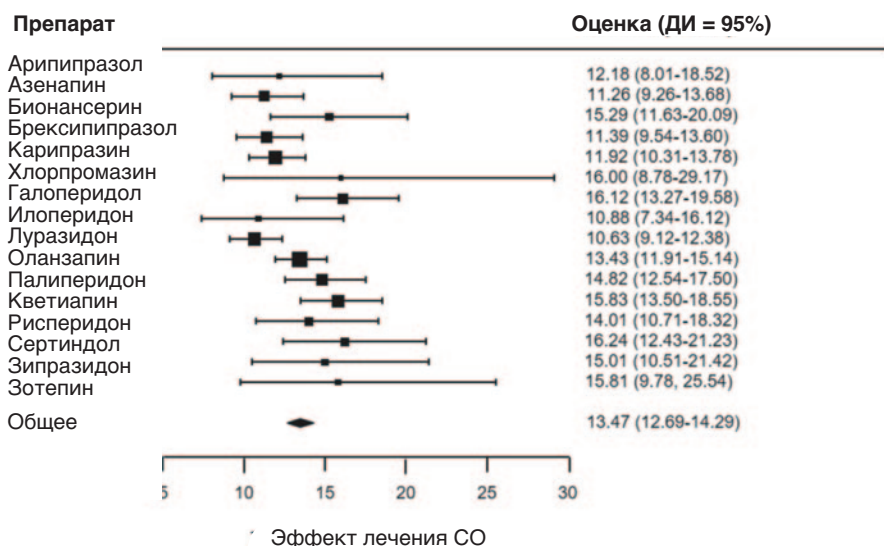
было более широким, указывая на еще большую вариабельность лечения, со стандартными отклонениями для общих, положительных и отрицательных симптомов в 23,3, 7,4 и 3,7 балла соответственно.

Основной эффект лечения был оценен в 8,6 балла (95% ДИ: 7,8–9,4;  $I^2 = 38\%$ ;  $p < 0,001$ ) для общих симптомов, 2,7 (95% ДИ: 2,3–3,1;  $I^2 = 35\%$ ;  $p < 0,001$ ) для положительных симптомов и 1,8 (95% ДИ: 1,5–2,0,  $I^2 = 27\%$ ,  $p < 0,001$ ) для негативных симптомов.

Ожидаемое распределение эффектов лечения на основе этих значений показано на Рисунке 7. Рисунок представляет собой график плотности, фактически сглаженную гистограмму, которая показывает распределение ожидаемых эффектов лечения в популяции людей с шизофренией, получавших нейролептики. Для общих симптомов вертикальные линии обозначают 25-й и 75-й процентиля, расположенные на -0,5 и 17,7 соответственно. Это означает, что 25% пациентов получают пользу по крайней мере на 17,7 балла по шкале PANSS, в то время как еще у 25% ожидается ухудшение по крайней мере на 0,5 балла по сравнению с плацебо. Ожидается, что оставшиеся 50% получат рейтинг в диапазоне от -0,5 до 17,7 по PANSS. Для



**Рисунок 3.** Взаимосвязь между оценками эффекта лечения на уровне исследования и реакцией на плацебо. Каждая точка представляет собой клиническое исследование, причем размер точки пропорционален количеству участников в исследовании



**Рисунок 4.** Общие симптомы: метаанализ оценок стандартного отклонения (SD) внутри исследования эффектов лечения нейролептиками на уровне пациента по сравнению с плацебо

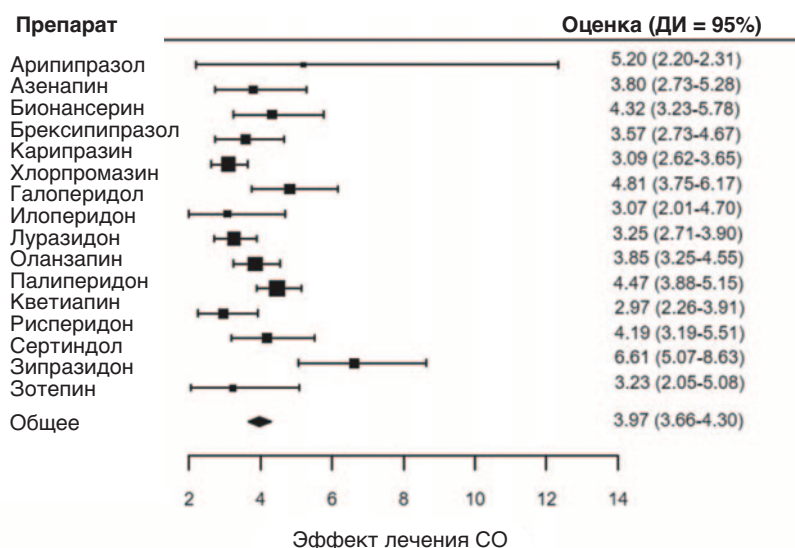
положительных симптомов 75-й центиль соответствует улучшению на 5,4 балла, а 25-й центиль – ухудшению на 0,05 балла. Для негативных симптомов 75-й центиль соответствует улучшению на 3,7 балла, в то время как 25-й центиль соответствует ухудшению на 0,1 балла. Распределение предполагает, что 74, 75 и 74% пациентов продемонстрируют ненулевую пользу с точки зрения общих, положительных и отрицательных симптомов, соответственно.

## ОБСУЖДЕНИЕ

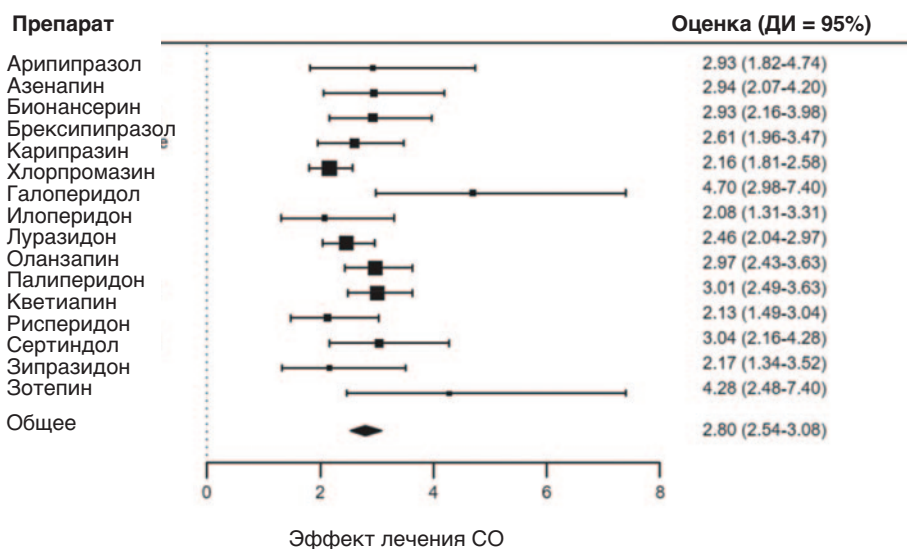
Это исследование выявило доказательства заметной вариабельности специфических антипсихотических эффектов у людей с шизофренией. По нашим самым скромным оценкам, четверть пациентов испытывают существенное улучшение в размере более 17 баллов по общему баллу PANSS, а четверть имеет отрицательный эффект по сравнению с плацебо. Клинически значимая гетерогенность эффекта лечения также оценивалась для областей положительных и отрицательных симптомов. Эти результаты свидетельствуют о том, что подход «один размер подходит всем» к лечению пациентов с диагнозом «шизофре-

ния» может быть неоптимальным и обеспечивает поддержку усилиям по разработке персонализированных подходов к лечению<sup>1,21-23</sup>. Необходимость в персонализированных подходах очевидна, поскольку мы продемонстрировали, что гетерогенность эффекта лечения не только, вероятно, существует, но и может быть значительной и клинически значимой величиной.

Поскольку лично пациенты отличаются друг от друга с точки зрения их общей реакции на антипсихотическое лечение, долгое время предполагалось, что они также отличаются с точки зрения специфической пользы, которую получают от препарата. Это было подтверждено результатами метаанализа данных отдельных пациентов<sup>12-14</sup>. Эта интерпретация была недавно оспорена метаанализами, которые предположили, что нейролептики на самом деле могут оказывать относительно постоянные эффекты, специфичные для лекарств, и что клинически наблюдаемая вариабельность, следовательно, вторична по отношению к вариабельности факторов, не связанных непосредственно с лекарствами, – таких как не связанные с лечением колебания тяжести симптомов или ожидаемых эффектов, а также погрешность измерения<sup>5,7</sup>.



**Рисунок 5.** Положительные симптомы: метаанализ оценок стандартного отклонения (SD) внутри исследования эффектов лечения нейролептиками на уровне пациента по сравнению с плацебо



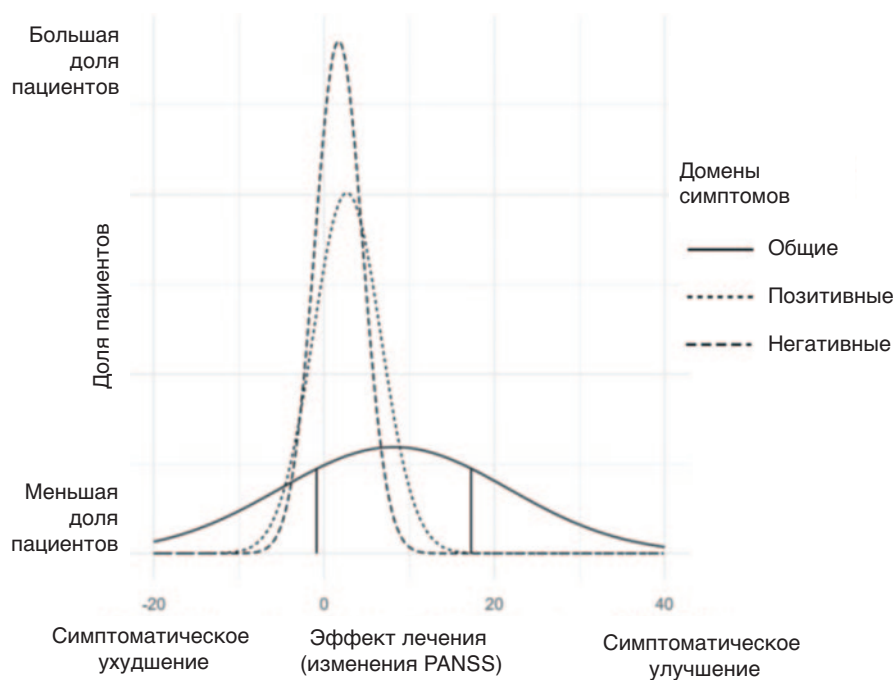
**Рисунок 6.** Негативные симптомы: метаанализ оценок стандартного отклонения (SD) внутри исследования эффектов лечения нейролептиками на уровне пациента по сравнению с плацебо

В настоящей статье мы устраняем разрыв между выводами метаанализа вариабельности и выводами анализа данных отдельных пациентов и клинического опыта. Мы показываем, что доказательства согласуются с расхождением в выводах, вытекающими из ранее неточной интерпретации VR. В частности, предыдущие метаанализы вариабельности формально не связывали VR с представляющим интерес результатом: неоднородностью эффектов лечения. Чтобы предпринять этот жизненно важный шаг, мы оценили коэффициент корреляции между реакцией на плацебо и эффектами лечения с помощью трех различных методов. Мы обнаружили, что эта корреляция неизменно отрицательна, и, как результат, наши заключения позволили согласовать несоответствия в результатах метаанализов вариабельности, предыдущих метаанализов данных отдельных пациентов и клинического опыта. Мы предположили, что у взрослых пациентов с шизофренией существует значительная гетерогенность эффектов антипсихотического лечения.

Наш открытый метод оценки индивидуальных эффектов терапии включал расчет ответов на плацебо у лиц, которые ранее получали антипсихотическое лечение. Это неизбежно

но из-за отсутствия доступных исследований подходящего дизайна у лиц, не принимающих антипсихотические препараты, но у этого есть потенциальные недостатки. В дополнение к возможным эффектам переноса, эффекты отмены и реакции на плацебо взаимосвязаны, и в результате наши оценки изменчивости могут частично отражать изменчивость эффектов отмены. Разделение ответов на абстиненцию и плацебо в перекрестных схемах является сложным, но не невозможным и может быть рассмотрено в исследованиях, направленных на дальнейшее изучение индивидуальной вариабельности ответа<sup>24</sup>. Метод с открытой моделью также предполагает, что изменение тяжести симптомов при применении активного соединения после периода лечения плацебо служит справедливой оценкой эффекта лечения; неизвестно, является ли это полностью оправданным, хотя наши результаты на уровне группы предполагают, что это может быть разумным предположением.

Линейный метод оценки эффектов лечения не нуждался в использовании данных, полученных на этапе прохождения открытой модели, и поэтому не опирался на те же допущения. Тем не менее он оценивает эффекты лечения и



**Рисунок 7.** Распределение лечебных эффектов при лечении шизофрении антипсихотиками. Площадь под каждой кривой равна 1, т.е. 100% популяции пациентов. В случае общих симптомов сплошные вертикальные линии представляют верхний и нижний квартили. Что касается общих симптомов, то у 25% пациентов эффект лечения оценивается не менее чем в 17,7 балла по шкале PANSS, а у 25% наблюдается отрицательный эффект лечения не менее чем в 0,5 балла. PANSS – шкала положительных и отрицательных синдромов

реакцию на плацебо, предполагая линейные, не взаимодействующие отношения между показателями симптомов и базовыми ко-вариатами возраста, пола и тяжести симптомов. Более того, при учете, что другие ко-вариаты, вероятно, играют значительную роль в определении как реакции на плацебо, так и эффектов лечения, полученные оценки могут быть не совсем точными.

Расчет корреляции эффекта плацебо и лечения на уровне исследования позволяет обойти недостатки анализа на индивидуальном уровне. Этот анализ, однако, сопряжен с риском искажения агрегации («экологическая ошибка»), то есть корреляция, наблюдаемая между исследованиями на уровне исследования, может не отражать корреляцию на индивидуальном уровне.

Тем не менее опасения по поводу этих трех подходов смягчаются согласованностью результатов между ними. Кроме того, априори ожидалась отрицательная корреляция, поскольку больший ответ на плацебо у индивидуума оставляет меньше возможностей для дополнительного эффекта лечения и нет оснований полагать, что какой-либо из методов приведет к смещению в сторону отрицательной корреляции. Кроме того, мы считаем, что наша оценка коэффициента корреляции является наилучшей из имеющихся в настоящее время и ее использование показано, поскольку для принятия какой-либо формы коэффициента требуется сделать какой-либо достоверный вывод из VRs.

Другие психиатрические методы лечения, включая антидепрессанты<sup>6,11</sup> и стимуляцию мозга<sup>10</sup>, также недавно были рассмотрены в метаанализах VRs. Как и в случае с первоначальным анализом вариабельности антипсихотических исследований, вывод этих исследований заключался в том, что существует минимальная гетерогенность эффектов лечения. Однако этот вывод зависит от предположения о положительной корреляции между плацебо и эффектами лечения, что, как показывают приведенные выше результаты, вполне может быть не так.

Следующая работа должна быть направлена на выявление корреляции между эффектами терапии и реакцией на плацебо при других расстройствах и при других методах

лечения. Оценка этой корреляции позволит определить, существует ли также межиндивидуальная гетерогенность эффектов лечения при этих расстройствах. Было бы также интересно посмотреть, демонстрируют ли показатели результаты, отличные от шкал оценки симптомов, такие как функционирование, побочные эффекты и когнитивные показатели, аналогичную неоднородность эффектов лечения<sup>25</sup>.

## ВЫВОДЫ

Текущие результаты подтверждают гипотезу о том, что имеется существенная межиндивидуальная гетерогенность с точки зрения симптоматического ответа на антипсихотическое лечение при шизофрении. Эти результаты поддерживают усилия по обеспечению персонализации лечения<sup>1</sup>. Следующая работа должна быть направлена на определение того, какие лекарства и области симптомов с наибольшей вероятностью выиграют от персонализированных точных подходов.

## Благодарности

R.A. McCutcheon is supported by the UK National Institute for Health Research (NIHR); T. Pillinger by the NIHR and Maudsley Charity; M. Maslej by a post-doctoral fellowship from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR); O. Efthimiou by the Swiss National Science Foundation (Ambizione grant no. 180083); B.H. Mulsant by the Labatt Family Chair in Biology of Depression in Late-Life Adults at the University of Toronto, the US National Institute of Mental Health and the US Patient-Centered Outcomes Research Institute. A. Cipriani is supported by the NIHR Oxford Cognitive Health Clinical Research Facility, an NIHR Research Professorship (grant no. RP-2017-08-ST2-006), the NIHR Oxford and Thames Valley Applied Research Collaboration and the NIHR Oxford Health Biomedical Research Centre (grant no. BRC-1215-20005). O.D. Howes is supported by the UK Medical Research Council (grant no. MC\_A656\_5QD30\_2135), the Maudsley Charity (grant no. 666), the Wellcome Trust (grant no. 094849/Z/10/Z) and the NIHR Biomedical Research Centre at South London and Maudsley NHS Foundation Trust and King's College London. The funders had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report. The views ex-

pressed are those of the authors and not necessarily those of the funding bodies. Supplementary information on the study is available at <https://zenodo.org/record/5896334#.Ye5UQIjP2rM>.

### Библиография

1. Maj M., van Os J., De Hert M. et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021; 20:4–33.
2. Maj M., Stein D.J., Parker G. et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2020; 19:269–93.
3. Stein D.J., Craske M.G., Rothbaum B.O. et al. The clinical characterization of the adult patient with an anxiety or related disorder aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2021; 20:336–56.
4. Salazar De Pablo G., Studerus E., Vaquerizo-Serrano J. et al. Implementing precision psychiatry: a systematic review of individualized prediction models for clinical practice. *Schizophr Bull* 2021; 47:284–97.
5. McCutcheon R.A., Pillinger T., Mizuno Y. et al. The efficacy and heterogeneity of antipsychotic response in schizophrenia: a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2021; 26:1310–20.
6. Guo X., McCutcheon R.A., Pillinger T. et al. The magnitude and heterogeneity of antidepressant response in depression: a meta-analysis of over 45,000 patients. *J Affect Disord* 2020; 276:991–1000.
7. Winkelbeiner S., Leucht S., Kane J.M. et al. Evaluation of differences in individual treatment response in schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2019; 76:1063–73.
8. Maslej M.M., Furukawa T.A., Cipriani A. et al. Individual differences in response to antidepressants. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:490–7.
9. Volkmann C., Volkmann A., Müller C.A. On the treatment effect heterogeneity of antidepressants in major depression: a Bayesian meta-analysis and simulation study. *PLoS One* 2020; 15:1–22.
10. Homan S., Muscat W., Joanlanne A. et al. Treatment effect variability in brain stimulation across psychiatric disorders: a meta-analysis of variance. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; 124:54–62.
11. Munkholm K., Winkelbeiner S., Homan P. Individual response to antidepressants for depression in adults—a meta-analysis and simulation study. *PLoS One* 2020; 15:1–16.
12. Leucht S., Leucht C., Huhn M. et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry* 2017; 174:927–42.
13. Zhu Y., Li C., Huhn M. et al. How well do patients with a first episode of schizophrenia respond to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017; 27:835–44.
14. Rabinowitz J., Werbeloff N., Caers I. et al. Determinants of antipsychotic response in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2014; 75:e308–16.
15. Furukawa T.A., Levine S.Z., Tanaka S. et al. Initial severity of schizophrenia and efficacy of antipsychotics: participant-level meta-analysis of 6 placebo-controlled studies. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:14–21.
16. Volkmann A. On the relationship between treatment effect heterogeneity and the variability ratio effect size statistic. *arXiv* 2020:2006.11848.
17. Yale University Open Data Access (YODA) clinical trials database. <https://yoda.yale.edu>.
18. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:261–76.
19. Overall J.E., Gorham D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962; 10:799–812.
20. Leucht S., Rothe P., Davis J.M. et al. Equipercentile linking of the BPRS and the PANSS. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23:956–9.
21. Tognin S., Van Hell H.H., Merritt K. et al. Towards precision medicine in psychosis: benefits and challenges of multimodal multicenter studies – PSYSCAN: translating neuroimaging findings from research into clinical practice. *Schizophr Bull* 2020; 46:432–41.
22. Fernandes B.S., Williams L.M., Steiner J. et al. The new field of “precision psychiatry”. *BMC Med* 2017; 15:1–7.
23. Insel T.R., Cuthbert B.N. Brain disorders? Precisely. *Science* 2015; 348:499–500.
24. Arnold S.E., Betensky R.A. Multicrossover randomized controlled trial designs in Alzheimer Disease. *Ann Neurol* 2018; 84:168–75.
25. Falkai P., Schmitt A. The need to develop personalized interventions to improve cognition in schizophrenia. *World Psychiatry* 2019; 18:170.

DOI:10.1002/wps.20977



# Использование пероральных и пролонгированных инъекционных форм антипсихотиков для предотвращения развития рецидива у пациентов с расстройствами шизофренического спектра: сетевой метаанализ 92 рандомизированных исследований, включающий 22 645 пациентов

Giovanni Ostuzzi<sup>1</sup>, Federico Bertolini<sup>1</sup>, Federico Tedeschi<sup>1</sup>, Giovanni Vita<sup>1</sup>, Paolo Brambilla<sup>2,3</sup>, Lorenzo del Fabro<sup>2,3</sup>, Chiara Gastaldon<sup>1</sup>, Davide Papola<sup>1</sup>, Marianna Purgato<sup>1</sup>, Guido Nosari<sup>2,3</sup>, Cinzia Del Giovane<sup>4,5</sup>, Christoph U. Correll<sup>6-8</sup>, Corrado Barbui<sup>1</sup>

<sup>1</sup>WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Verona, Italy;

<sup>2</sup>Department of Pathophysiology and Transplantation, University of Milan, Milan, Italy;

<sup>3</sup>Department of Neurosciences and Mental Health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy;

<sup>4</sup>Institute of Primary Health Care, University of Bern, Bern, Switzerland;

<sup>5</sup>Population Health Laboratory, University of Fribourg, Fribourg, Switzerland;

<sup>6</sup>Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, NY, USA;

<sup>7</sup>Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Hempstead, NY, USA;

<sup>8</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Перевод: Прусова Т.И. (Санкт-Петербург), Орлова П.О. (Санкт-Петербург), Умаев Х.Х. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Ostuzzi G, Bertolini F, Tedeschi F, et al. Oral and long-acting antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia-spectrum disorders: a network meta-analysis of 92 randomized trials including 22,645 participants. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):295-307. doi:10.1002/wps.20972

**Резюме.** Согласно современным данным и рекомендациям, продолжительное лечение антипсихотическими препаратами является ключевым фактором для предотвращения рецидивов у людей с расстройствами шизофренического спектра, однако доказательных рекомендаций по выбору антипсихотического препарата для поддерживающей терапии все еще недостаточно. Хотя пероральные формы (ПФ) нейролептиков часто назначают в качестве препаратов первой линии из практических соображений, инъекционные нейролептики длительного действия (ИФДД) остаются ценным средством для достижения приверженности терапии, начиная с самой ранней фазы заболевания. В базах данных Medline, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL и CINAHL, а также в онлайн-реестрах нами был проведен поиск рандомизированных контролируемых исследований, опубликованных до июня 2021 г., в которых нейролептики для перорального приема и инъекционные нейролептики длительного действия сравнивались либо между собой, либо с плацебо. Относительные риски и стандартизованная разность средних были объединены для сравнения попарно с использованием модели случайных эффектов и сетевого метаанализа. Первичными исходами были рецидив и выбывание из исследования из-за нежелательных явлений. Мы использовали инструмент Cochrane Risk of Bias для оценки качества исследования и подход CINeMA для оценки достоверности объединенных оценок. Из 100 подходящих исследований 92 (N = 22,645) предоставили пригодные для использования в метаанализе данные. Подавляющее большинство из 31 представленной схемы лечения превзошло плацебо в предотвращении рецидива. По сравнению с плацебо, «высокая» достоверность результатов была обнаружена для (в порядке убывания величины эффекта) амисульприда – ПФ, оланзапина – ПФ, арипипразола – ИФДД, оланзапина – ИФДД, арипипразола – ПФ, палиперидона – ПФ и zipраидона – ПФ. «Умеренная» достоверность результатов была обнаружена для палиперидона – ИФДД при приеме 1 раз в месяц, илоперидона – ПФ, флуфеназина – ПФ, брекспипразола – ПФ, палиперидона – ИФДД при приеме 1 раз в месяц, азенапина – ПФ, галоперидола – ПФ, кветиапина – ПФ, карипразина – ПФ и луразидона – ПФ. Что касается переносимости, ни один из антипсихотических препаратов не был значительно хуже, чем плацебо, но достоверность этого была низкой: только для арипипразола (как ИФДД, так и ПФ) уровень достоверности был «умеренным». Основываясь на этих выводах, можно сделать вывод, что оланзапин, арипипразол и палиперидон становятся лучшим выбором для поддерживающей терапии расстройств шизофренического спектра при учете, что как инъекционные формы длительного действия, так и пероральные формы этих нейролептиков являются одними из наиболее эффективных в лечении и имеют самые высокие уровни доказательности при их использовании для профилактики рецидивов. Эти выводы особенно актуальны для стран с низким и средним уровнем дохода и в условиях ограниченных ресурсов, когда доступен небольшой выбор препаратов. Результаты данного сетевого метаанализа могут использоваться в клинических руководствах и национальной и международной политике регулирования оборота лекарственных средств.

**Ключевые слова:** предотвращение рецидива; поддерживающая терапия; расстройства шизофренического спектра; пероральные формы антипсихотиков; пролонгированные формы антипсихотиков; оланзапин; арипипразол; палиперидон.

Расстройства шизофренического спектра считаются основными факторами глобального бремени болезней, измеряемыми по распространенности, годам жизни, скорректированным по нетрудоспособности и годам, прожитым с

инвалидностью. Более 50% лиц, у которых было диагностировано расстройство шизофренического спектра, имеют длительно сохраняющиеся, интермиттирующие по течению психотические симптомы, около 20% – хрониче-

ские симптомы и инвалидность<sup>1</sup>. Согласно имеющимся в настоящее время доказательствам, регулярная фармакотерапия с ранних стадий заболевания может стать ключевым элементом сохранения нейрокогнитивных способностей, предотвращения структурных изменений мозга, она способна препятствовать прогрессированию расстройства в направлении хронического функционального ухудшения<sup>2-4</sup>.

Во многих рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) сравнивались различные пероральные нейролептики для лечения острых симптомов шизофрении и связанных с ней расстройств<sup>5</sup>, в то время как их использование в качестве средства долгосрочной поддерживающей терапии изучено значительно меньше<sup>6-8</sup>. Согласно недавнему *Cochrane review*<sup>9</sup> и сетевому метаанализу (СМА) инъекционных нейролептиков длительного действия (ИФДД)<sup>10</sup>, в течение двух лет наблюдения поддерживающего лечения нейролептиками оно оказалось значительно более эффективно против развития рецидива, чем плацебо, хотя в дальнейшем необходимо тщательно проконтролировать долгосрочные побочные эффекты<sup>11,12</sup>.

Авторы действующих рекомендаций сошлись во мнении и советуют проводить поддерживающую терапию в течение по крайней мере одного года после первого эпизода психоза, прерывистое же лечение не рекомендуется<sup>13,14</sup>. Однако было подсчитано, что до половины людей с диагнозом «шизофрения» не принимают свои лекарства в соответствии с предписаниями, еще меньшая доля пациентов полностью придерживается антипсихотического лечения<sup>15,16</sup>, в то время как несоблюдение режима назначенной фармакотерапии становится одним из наиболее важных предикторов рецидива<sup>17-19</sup>. По этой причине было предложено более раннее, с первых фаз заболевания, и широкое применение пролонгированных инъекционных форм нейролептиков с целью предотвращения самостоятельного прекращения приема фармакотерапии пациентом и – как следствие – предотвращения рецидива и госпитализации<sup>10,20-22</sup>. Тем не менее лицам, которые начинают лечение антипсихотическими препаратами, обычно назначают пероральные формы, поскольку это облегчает титрование дозы препарата, а также позволяет быстрее снизить дозу или полностью прекратить прием препарата в случае возникновения нежелательных эффектов. На ранней стадии заболевания трудно предсказать уровень приверженности пациента к терапии, и в случае возникновения проблемы несоблюдения приема терапии может потребоваться безотлагательный переход на инъекционную пролонгированную форму препарата. Таким образом, клиническое значение имеет то, какие нейролептики, включая доступные как в пероральной форме, так и в инъекционной пролонгированной, окажутся наиболее переносимыми, эффективными и подкрепленными наивысшим уровнем достоверности их использования.

Систематических обзоров исследований, оценивающих сравнительную противорецидивную эффективность и переносимость пероральных нейролептиков, их инъекционных пролонгированных форм как в сравнении с плацебо, так и друг с другом, недостаточно. В одном систематическом обзоре и метаанализе сравнивалась долгосрочная эффективность антипсихотиков I и II поколений<sup>8</sup>, также антипсихотики II поколения сравнивались по тем же показателям между собой<sup>7</sup>; в другом сетевом метаанализе была предпринята попытка объединить обе линии сравнения. Однако с тех пор было проведено несколько новых исследований по данной тематике, и некоторые существующие исследования не были включены в обзоры или метаанализы<sup>9,10</sup>. Кроме того, предыдущие метаанализы объединяли исследования, в которых пациенты были рандомизированы во время обострения, с исследованиями, в

которых пациенты были рандомизированы после наступления стабилизации состояния, что могло привести к необъективным результатам из-за различий в показателях стабилизации в разных группах лечения. Данное исследование было направлено на оценку дифференциальной эффективности и переносимости пероральных нейролептиков и инъекционных пролонгированных форм в качестве средств поддерживающей терапии расстройств шизофренического спектра путем применения подхода сетевого метаанализа, из которого были исключены исследования, где рандомизация происходила во время обострения заболевания.

## МЕТОДЫ

Это исследование проведено и опубликовано в соответствии с Предпочтительными элементами отчетности для систематических обзоров и метаанализов (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, PRISMA*), специфичными для СМА<sup>24</sup>. Протокол исследования был заранее зарегистрирован на *Open Science Forum* (<https://osf.io/3nb4s>).

## Выборка исследований и выделение данных

Наш поиск был направлен на РКИ, включавших взрослых ( $\geq 18$  лет), у которых диагностированы расстройства шизофренического спектра (в том числе шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизофрениформное расстройство, бредовое расстройство и иные уточненные психотические расстройства) в соответствии с утвержденными диагностическими системами (DSM или МКБ) и которым требовалась поддерживающая терапия антипсихотическими препаратами. Мы рассматривали только те исследования, где на начальном этапе рандомизация проводилась исключительно с клинически стабильными пациентами. Всякий раз, когда стабильность состояния пациентов не была четко отражена авторами конкретного исследования, этот параметр устанавливался на основе средних значений по шкале оценки на начальном этапе исследования в соответствии с утвержденными пороговыми значениями тяжести состояния, то есть по Краткой психиатрической оценочной шкале (BPRS) стабильность состояния соответствовала значениям  $\leq 44$ ; по шкале позитивных и негативных симптомов (PANSS) –  $\leq 78$ ; по шкале общего клинического впечатления –  $\leq 4$ <sup>25,26</sup>.

Все доступные в Анатомотерапевтической и химической классификации с установленными суточными дозами (*ATC/DDD*, [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index](https://www.whocc.no/atc_ddd_index)) пероральные нейролептики и нейролептики в инъекционных пролонгированных формах были допущены до исследования. Критерием исключения стали РКИ, рассматривающие комбинированные формы нейролептиков. Мы также исключили РКИ продолжительностью менее 12 недель, как и было задумано ранее<sup>27</sup>.

Мы провели поиск без временных или языковых ограничений в *Medline*, *EMBASE*, *PsycINFO*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)* и в базах данных *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*.

Мы выполнили дополнительный поиск в базах данных регулирующих органов (таких как Управление по контролю за продуктами питания и лекарствами США, Европейское агентство лекарственных средств), в онлайн-реестрах клинических испытаний (например, [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov); [controlledtrials.com](http://controlledtrials.com); платформа для регистрации международных клинических исследований ВОЗ) и на веб-сайтах фармацевтических компаний, производящих нейролептики. Мы искали все записи с момента создания базы данных до

8 июня 2021 г. (для получения информации о полной стратегии поиска см. Дополнительную информацию).

Два автора независимо оценивали названия, тезисы и полные тексты потенциально релевантных статей, а два других извлекали из них данные в соответствии с рекомендациями *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*<sup>28</sup>. Два автора оценили качество методологии включенных исследований с использованием инструмента *Cochrane Risk of Bias* второй версии (*RoB2*)<sup>29</sup>. Разногласия были разрешены путем обсуждения и достижения консенсуса с участием третьего автора.

## Результаты

Были проанализированы два первичных исхода: рецидив (то есть количество участников, у которых к концу исследования произошел по крайней мере один рецидив, определенных как доля от общего числа рандомизированных участников исследования) и непереносимость (то есть количество участников, выбывших к концу исследования из-за неблагоприятного события, также определенные как доля от общего числа рандомизированных участников). Было учтено, что именно авторы каждого исследования подразумевали под определением «рецидив». Если данные отсутствовали, количество рецидивов подсчитывалось в соответствии с обычно используемыми пороговыми значениями по утвержденным рейтинговым шкалам измерения психопатологии (то есть увеличение по шкале *PANSS*  $\geq 25\%$ ; по *BPRS*  $\geq 30\%$ ; по *CGI-S*  $\geq 2$  балла)<sup>30-32</sup> с использованием утвержденной методики<sup>33</sup>.

Вторичные исходы включали: а) определение среднего балла по утвержденным рейтинговым шкалам, измеряющим психопатологию в конце испытаний («эффективность»); б) количество участников, выбывших к концу испытания по любой причине; в) количество участников, которые были госпитализированы по поводу психиатрического рецидива после окончания исследования; г) определение среднего балла по утвержденным рейтинговым шкалам, измеряющим качество жизни в конце испытания; д) определение среднего балла по утвержденным рейтинговым шкалам, измеряющим уровень функционирования в конце исследования; е) частые побочные эффекты, связанные с приемом антипсихотических препаратов, включая седативный эффект, бессонницу, удлинение интервала QT, антихолинергические симптомы, увеличение веса, гиперпролактинемия, экстрапирамидные симптомы, акатизию и позднюю дискинезию.

## Статистический анализ

Мы использовали стандартный попарный метаанализ случайных эффектов для каждого сравнения, для каждого результата мы также провели сетевой метаанализ с моделью случайных эффектов в частотной структуре, используя пакеты статистики *R software*<sup>34</sup>, *netmeta* и *Stata*<sup>35</sup> *mvmeta*. Для дихотомических результатов мы рассчитали и объединили относительные риски (ОР) с 95% доверительными интервалами (ДИ). Для непрерывных результатов мы объединили средние различия (РС) между группами лечения в конце исследования, если во всех испытаниях использовалась одна и та же шкала оценки; в противном случае мы объединяли стандартизированные средние различия (*SMD*).

Нами были рассчитаны дихотомические данные в строгом соответствии с исходно назначенным лечением (ИТ) с использованием общего количества рандомизированных участников в качестве знаменателя. Для непрерывных переменных мы применили модифицированный *ITT*-анализ, согласно которому участники, состояние которых оценива-

лось хотя бы один раз после исходной оценки, были представлены в данных путем переноса вперед данных последнего наблюдения (*LOCF*). Когда исследование включало различные формы одного и того же нейролептика (перорального или *LAJ*) в разных дозах, мы объединяли эти формы в одну<sup>28</sup> при условии, что они вводились в диапазоне терапевтических доз<sup>36,37</sup>. Очень низкие дозы нейролептиков рассматривались как псевдоплацебо и при одобрении регулирующими органами<sup>38</sup> в анализе были объединены с плацебо. Кроме того, следуя прагматическому подходу и учитывая фармакологическую схожесть<sup>39</sup>, флуфеназин энантат и деканоат, а также клопентиксол и зуклопентиксол деканоат мы объединили в анализе.

Мы попросили авторов анализируемых испытаний предоставить недостающие данные, или (в качестве альтернативы) мы вычислили их с помощью утвержденных статистических методов<sup>28</sup>. В частности, мы рассчитали недостающие среднеквадратичные отклонения (*SD*) на основе стандартных ошибок среднего (*SE*), *t*-критерия Стьюдента или значения  $p$ <sup>40</sup>. Если это не представлялось возможным, отсутствующие стандартные отклонения были заменены взвешенной разностью стандартных отклонений, по данным других, включенных в анализ, испытаний<sup>41</sup>. Крайним вариантом было использование среднеквадратичных отклонений средних значений исходных показателей.

Для попарного метаанализа мы оценивали неоднородность по форрест-графикам визуально и по критерию  $I^2$ . Для СМА общая неоднородность по всем сравнениям предполагалась и оценивалась в каждой из сетей<sup>42,43</sup>.

Также была проведена оценка глобальной неоднородности с помощью статистических методов  $\tau^2$  и  $I^2$ . Как и предполагалось<sup>23</sup>, мы сравнили общий  $\tau^2$  критерий с эмпирическими распределениями неоднородности, найденными в метаанализах по психофармакологии, и получили следующие результаты: медиана  $\tau^2$  распределения составила 0,049, межквартильный диапазон (*IQR*) – от 0,010 до 0,242<sup>44</sup>; неоднородность считалась низкой, когда значение расчетного  $\tau^2$ -критерия было ниже 25% квартиля, умеренной, когда значение попадало в диапазон между 25 и 50% квартилями, и высокой при  $\tau^2$  выше 50% квартиля.  $I^2$ -статистика интерпретировалась в соответствии с *Cochrane handbook*: 0–40% – значение может быть статистически не важно; 30–60% – может репрезентовать умеренную неоднородность; 50–90% – существенную неоднородность; 75–100% – значительную неоднородность<sup>29</sup>.

В соответствии с предположением о транзитивности, модификаторы эффектов должны быть равномерно распределены между сравнениями. Мы выделили ключевые характеристики, которые считаются потенциальными модификаторами эффекта. Это размер выборки, год публикации, продолжительность последующего наблюдения, характер «ослепления» исследования (двойное слепое исследование или открытое), спонсорство со стороны фармацевтической отрасли, частота рецидивов в группе плацебо, общий показатель выбывания из исследования, средний возраст, процент женщин-участников, средний балл оценки психопатологии по шкалам на исходном уровне и доза лекарства (выраженная как соотношение между назначенной суточной дозой и установленной суточной дозой)<sup>45</sup>. Сравнивая распределение этих возможных модификаторов эффекта схем лечения, включенных в сетевой метаанализ, с помощью критерия Крускала-Уоллиса, тестируя и оценивая их фактическое влияние на лечебный эффект с помощью метарегрессионного анализа, мы формулировали суждения о том, были ли различия в распределении достаточно большими, чтобы угрожать достоверности анализа<sup>46</sup>.

Мы оценили наличие несоответствия, сравнив прямые и косвенные доказательства в каждом замкнутом цикле, применяя подход отделения косвенных доказательств от пря-

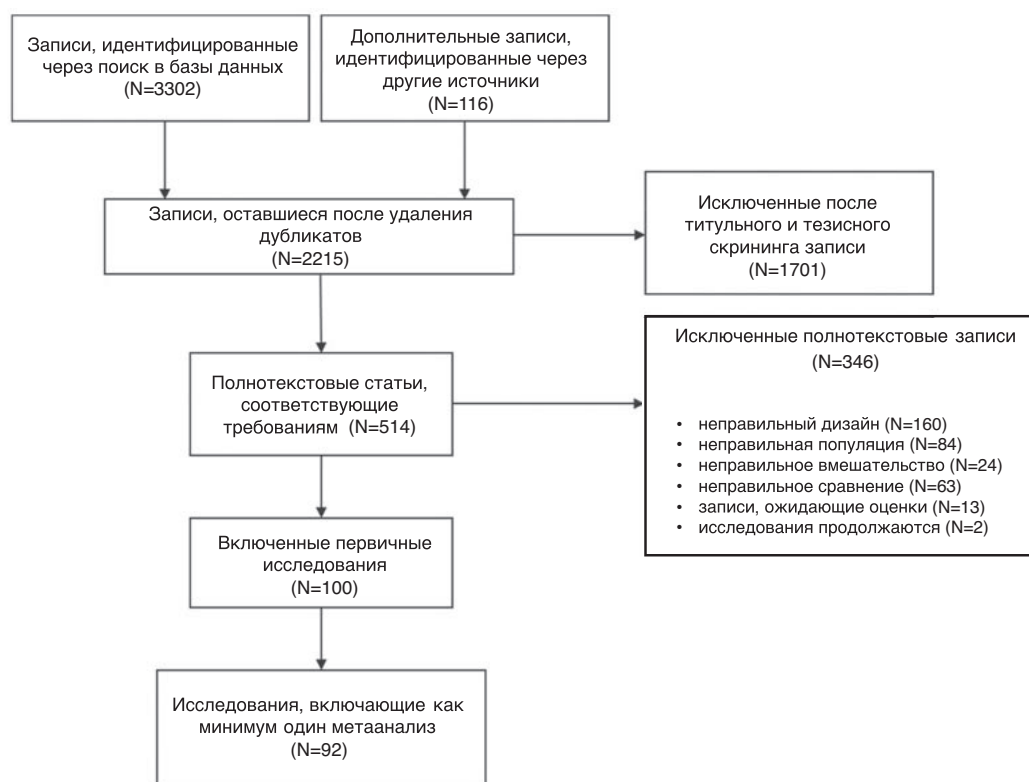


Рисунок 1. Блок-схема ПРИЗМА

Таблица 1. Характеристики рандомизированных контролируемых испытаний, включенных в каждую сеть первичных результатов		
	Рецидивы	Переносимость
Количество исследований	89	81
Количество исследуемых лиц	22275	21504
Возраст (в годах, среднее $\pm$ стандартное отклонение)	39,0 $\pm$ 11,9	38,9 $\pm$ 11,9
Пол (% женщин)	36,4	37,7
Средний период наблюдения (% исследований)		
12–26 недель	37,1	37,0
27–52 недели	44,9	44,4
53 недели и более	18,0	18,6
Ослепление (% исследований)		
Двойное ослепление	73,0	74,1
Открытое исследование	27,0	25,9
Год публикации (% исследований)		
До 1989	28,1	25,9
1990–2009	33,7	34,6
2010–2019	38,2	39,5
Тип исследований (% исследований)		
Плацебо-контролируемое	33,7	33,3
Только активный компаратор	66,3	66,7
В том числе пероральная форма	73,0	72,8
В том числе инъекционный антипсихотик длительного действия	49,4	49,4
Вид пациентов (% исследований)		
Стационарные	20,2	18,5
Амбулаторные	56,2	55,6
Смешанные	23,6	25,9

ных (*SIDE*)<sup>47,48</sup>. Далее мы оценили, используя функцию *decompose.design* в пакете статистики *R netmeta*<sup>52</sup>, насколько модель СМА, предполагающую согласованность, можно объединить с моделью взаимодействия «дизайн – лечение»<sup>49-51</sup> (*design-by-treatment interaction model*), которая допускает несогласованность.

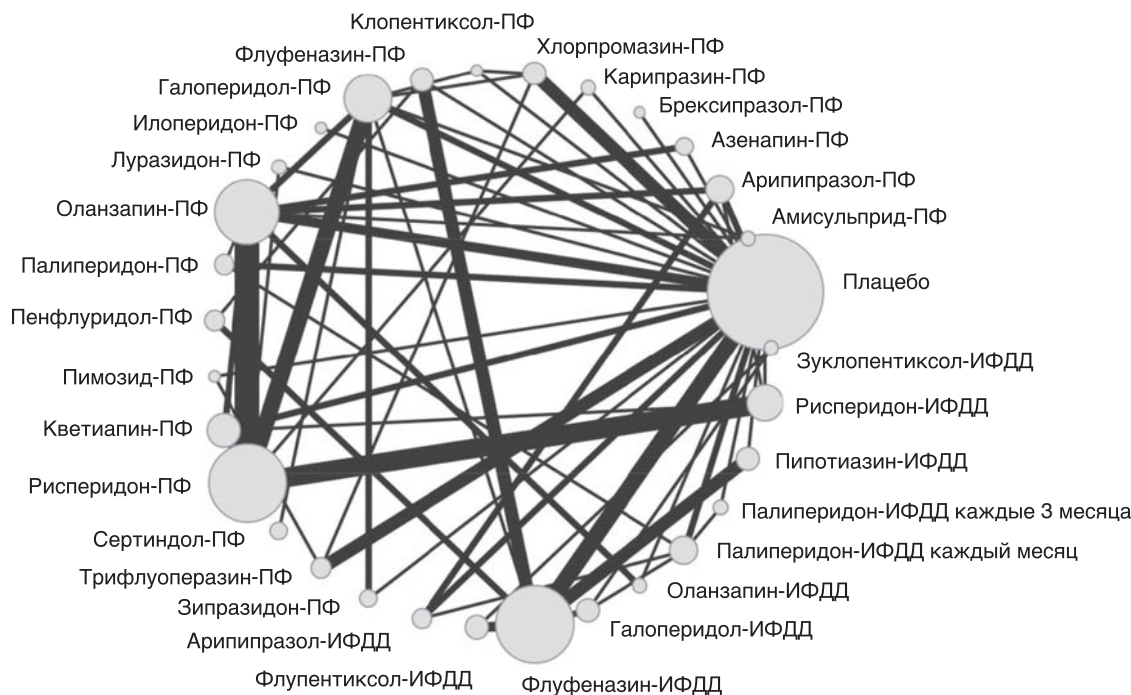
Для первичных исходов мы рассчитали вероятность нахождения каждого лечения на каждом возможном ранге, что привело, с использованием средней поверхности под кумулятивной кривой распределения (*SUCRA*) и средних рангов в статистическом пакете *R gemtc*<sup>53</sup>, к созданию иерархии схем терапии.

Если в первичный результат было включено  $\geq 10$  исследований, мы оценивали погрешность в публикации по воронкообразному графику визуально, проверяя его на асимметрию с помощью регрессионного теста Эггера<sup>54</sup> и изучая возможные причины его асимметрии.

Для каждого первичного исхода мы оценили достоверность доказательств, используя методологию *Confidence in Network Meta-Analysis (CINeMA)*<sup>55,56</sup> и ее веб-приложение (<http://cinema.ispm.ch>).

Также для каждого из первичных исходов мы провели анализ чувствительности, за исключением тех испытаний, в которых: а) не было двойного слепого дизайна исследования; б) был общий высокий риск систематической ошибки в соответствии с *RoB2*; в) информация о клинической стабильности была принята на основе средних баллов по оценочной шкале на исходном уровне; г) продолжительность наблюдения составила  $< 1$  года; д) эффективность лечения не служила основным результатом; е) существовал плацебо-контролируемый дизайн.

Мы провели метарегрессионный анализ, чтобы оценить, действовали ли следующие варианты в качестве модераторов эффекта лечения: размер выборки, год публикации, продолжительность наблюдения, «ослепление» (двойное слепое или открытое исследование), спонсорство со стороны отрасли, частота рецидивов при приеме плацебо, общий показатель отсева пациентов из исследования, средний возраст, процент женщин-участников, средний балл



**Рисунок 2.** Сетевая диаграмма о данных рецидива. Толщина линий пропорциональна количеству исследований, сравнивающих два лечения, а размер кругов пропорционален количеству пациентов для каждого лечения. ИФДД – инъекционная форма антипсихотика длительного действия; ПФ – пероральная форма антипсихотика

общей психопатологии на исходном уровне и доза лекарства. В частности, для каждого потенциального модификатора эффекта мы сначала проверили гипотезу о равенстве параметров, связанных с условиями взаимодействия между вариантой и показателями эффективности лечения; затем в случае, если гипотеза не была опровергнута, оценивали статистическую значимость общего ковариантного параметра; в противном случае мы оценивали глобальное значение каждого взаимодействия «коварианта-лечение».

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Вручную мы идентифицировали 3418 записей в базе данных. После удаления дубликатов и изучения заголовков и аннотаций мы выбрали 514 записей для полнотекстовой оценки. Из них 100 первичных исследований подходили для включения (что соответствует 99 полнотекстовым статьям<sup>57-155</sup>, как сообщалось в одной статье о двух испытаниях). Из них 92 исследования, включающих 22 645 участников, предоставили данные для  $\geq 1$  интересующего исхода (Рисунок 1). Список включенных и исключенных исследований, а также подробные характеристики включенных исследований представлены в дополнительной информации.

Средний размер выборки включенных исследований составил 274 человека (диапазон: от 49 до 1098; медиана: 134), при этом 42 исследования (45,6%) включали  $\leq 50$  участников. Средний возраст участников составил 39,2 года (диапазон: от 21,5 до 69,6; медиана: 39,7). Четыре исследования включали только мужчин. В остальных исследованиях средняя доля женщин составила 38,1% (диапазон: от 8 до 74%, медиана: 39%). Согласно инструменту оценки риска систематической ошибки для рандомизированных исследований (*RoB2*), 34,1% исследований имели общий высокий риск систематической ошибки в отношении рецидива исхода и 16,7% – переносимости исхода (см. доп. информацию).

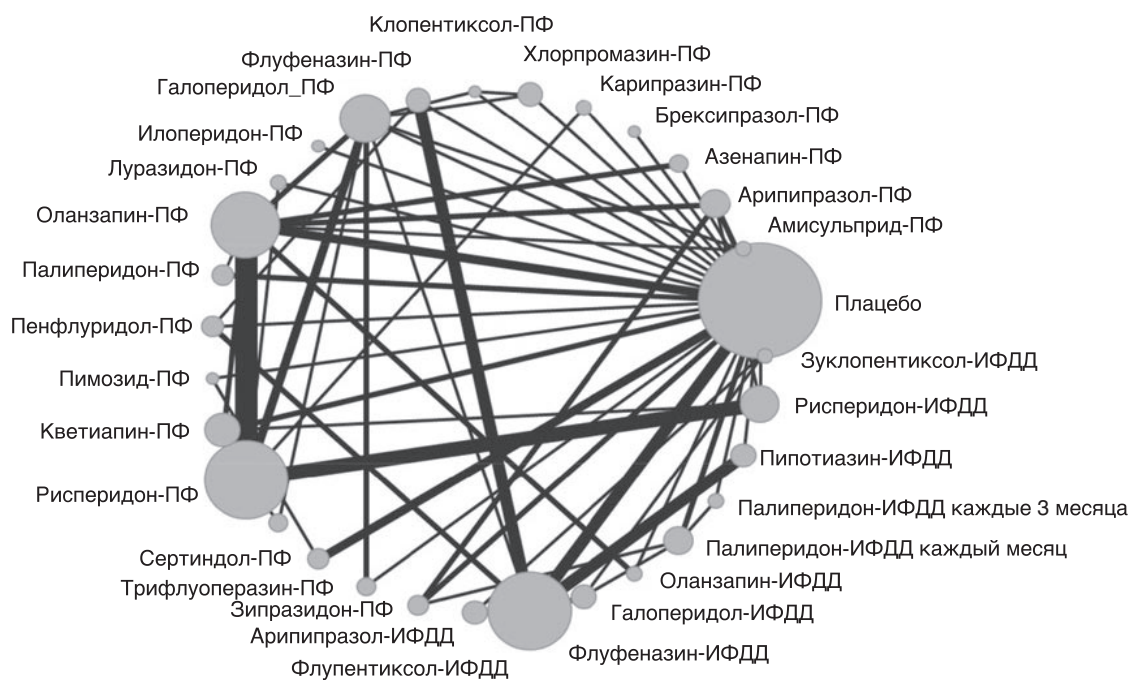
В Таблице 1 описаны характеристики исследований, включенных в два основных анализа, на Рисунках 2 и 3 по-

казаны соответствующие сетевые графики. На Рисунках 4 и 5 показаны лесные графики, сравнивающие каждый антипсихотик с плацебо для двух основных результатов. Итоги были сгруппированы в соответствии с подходом оценки достоверности результатов сетевого метаанализа (*CINeMA*). Предположение о транзитивности не было нарушено ни для одного из проанализированных модификаторов потенциального эффекта (см. доп. информацию).

С точки зрения предотвращения рецидивов все антипсихотические препараты, за исключением клоzapина в пероральной форме (ПФ), галоперидола в инъекционной форме длительного действия (ИФДД) и зуклопентиксола-ИФДД были значительно более эффективны, чем плацебо. «Высокая» достоверность была обнаружена для следующих нейролептиков (от наибольшей до наименьшей точечной оценки): амисульприд-ПФ, оланзапин-ПФ, арипипразол-ИФДД, оланзапин-ИФДД, арипипразол-ПФ, палиперидон-ПФ, zipразидон-ПФ. «Умеренная» достоверность была обнаружена для следующих нейролептиков (в порядке от наибольшей до наименьшей точечной оценки): палиперидон-ИФДД каждый месяц, илоперидон-ПФ, флуфеназин-ПФ, брекспипразол-ПФ, палиперидон-ИФДД каждый месяц, азенапин-ПФ, галоперидол-ПФ, кветиапин-ПФ, карипразин-ПФ, луразидон-ПФ. Для остальных нейролептиков достоверность оценки была «низкой» или «очень низкой» (см. Рисунок 4).

Непосредственные сравнения показали относительно небольшое количество статистически значимых различий между нейролептиками. Среди пациентов с умеренной и высокой достоверностью, согласно *CINeMA*, арипипразол-ИФДД был более эффективен, чем луразидон-ПФ; оланзапин-ПФ – чем карипразин-ПФ, клоzapин-ПФ, галоперидол-ПФ и луразидон-ПФ; палиперидон-ИФДД каждые 3 месяца – чем карипразин-ПФ, клоzapин-ПФ, луразидон-ПФ и zipразидон-ПФ; рисперидон-ИФДД – чем луразидон-ПФ (см. доп. информацию).

В попарных метаанализах умеренная гетерогенность ( $I^2 > 50\%$ ) была обнаружена для следующих парных



**Рисунок 3.** Сетевая диаграмма о данных переносимости. Толщина линий пропорциональна количеству исследований, сравнивающих два лечения, а размер кругов пропорционален количеству пациентов для каждого лечения. ИФДД – инъекционная форма антипсихотика длительного действия; ПФ – пероральная форма антипсихотика

сравнений: арипипразол-ПФ, оланзапин-ПФ, кветиапин-ПФ и трифлуоперазин-ПФ по сравнению с плацебо; оланзапин-ПФ по сравнению с азенапином-ПФ. Существенная гетерогенность ( $I^2 > 75\%$ ) была отмечена для рисперидона-ПФ по сравнению с кветиапином-ПФ. В целом система единой научной и этической экспертизы многоцентровых исследований человека (*National Mutual Acceptance, NMA*) продемонстрировала неоднородность от низкой до умеренной ( $\tau^2 = 0,056$ ;  $I^2 = 32,8\%$ , 95% CI: от 9,8 до 49,9%), и в соответствии с глобальным подходом не было выявлено общей несогласованности (*design-by-treatment test*),  $p = 0,089$ ), в то время как локальный подход *SIDE* показал значительное несоответствие двух сравнений (плацебо против пимозид-ПФ; пимозид-ПФ против трифлуоперазин-ПФ).

Флуфеназин-ИФДД, пенфлуридол-ПФ, палиперидон-ИФДД каждые 3 месяца, флупентиксол-ИФДД, оланзапин-ПФ и амисульприд-ПФ заняли лучшие позиции в соответствии со средним значением *SUCRA*. Однако только для палиперидона-ИФДД каждые 3 месяца, оланзапина-ПФ и амисульприда-ПФ достоверность доказательств была «умеренной» или «высокой» по сравнению с плацебо. В большинстве случаев «низкие» или «очень низкие» оценки были обусловлены непоследовательностью и систематической погрешностью внутри исследования (см. Рисунок 4 и доп. информацию).

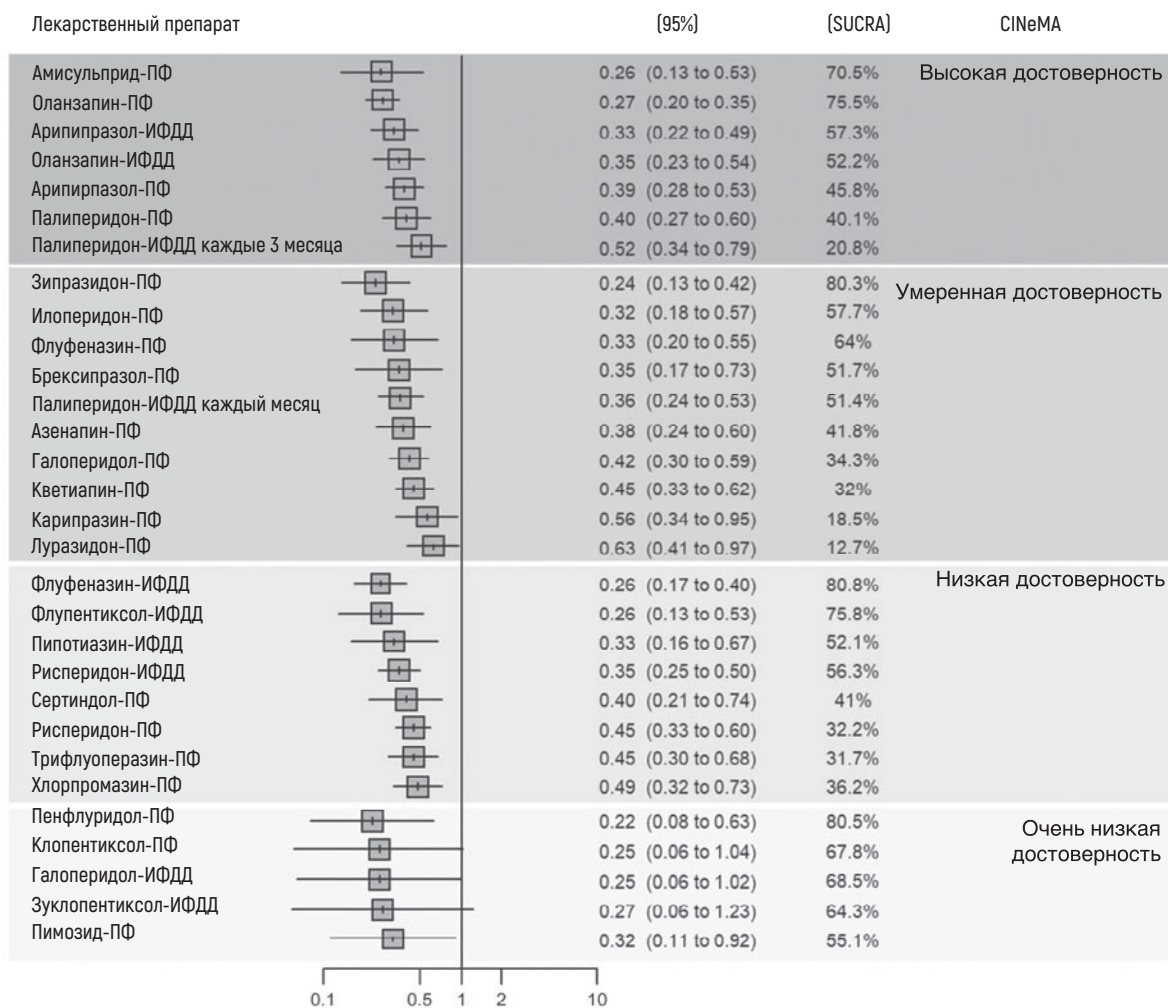
Анализ чувствительности показал, что плацебо-контролируемые исследования могли быть ответственны за большую часть наблюдаемой гетерогенности. Удаление исследований с высоким риском систематической ошибки, исследований, для которых предполагалась стабильность, в которых наблюдение длилось менее одного года и плацебо-контролируемых исследований уменьшило наблюдаемую локальную и глобальную несогласованность. Несмотря на это, оценки эффекта на основе анализа чувствительности существенно не изменились по сравнению с первичным анализом (см. доп. информацию).

Метарегрессионный анализ показал, что только клиническая тяжесть на исходном уровне была статистически значимым модификатором эффекта, при этом рандомизированные исследования с более тяжелобольными пациентами показали меньшую величину эффекта. Однако результаты апостериорного анализа чувствительности, за исключением людей, которые были заметно больны на исходном уровне, существенно не отличались от результатов первичного анализа (см. доп. информацию).

По сравнению с плацебо ни один из включенных нейролептиков не показал существенных различий в переносимости (показатели отсева из-за нежелательных явлений), за исключением оланзапина-ПФ, переносимость которого была лучше, чем плацебо. Однако только для арипипразола-ИФДД и арипипразола-ПФ достоверность по оценке *CINeMA* была «умеренной», в то время как для всех остальных видов лечения она была «низкой» или «очень низкой» (см. Рисунок 5).

Непосредственный анализ показал, что оланзапин-ПФ лучше переносится, чем галоперидол-ПФ, илоперидон-ПФ и луразидон-ПФ; и оланзапин-ИФДД более переносим, чем илоперидон-ПФ и флуфеназин-ИФДД.

Существенная гетерогенность ( $I^2 > 75\%$ ) была обнаружена для двух парных сравнений (оланзапин-ПФ против плацебо; зипразидон-ПФ против галоперидола-ПФ). В целом, система единой научной и этической экспертизы многоцентровых исследований человека (*National Mutual Acceptance, NMA*) показала умеренную неоднородность ( $\tau^2 = 0,078$ ;  $I^2 = 20,9\%$ , 95% CI: от 0 до 42,8%). Некогерентность была обнаружена в соответствии с глобальным подходом (*design-by-treatment test*,  $p = 0,01$ ), в то время как локальный подход *SIDE* обнаружил значительное несоответствие между плацебо и азенапином-ПФ, флуфеназином-ИФДД и галоперидолом-ПФ, оланзапином-ПФ и кветиапином-ПФ. Пимозид-ПФ, флупентиксол-ИФДД, зуклопентиксол-ИФДД, оланзапин-ПФ и амисульприд-ПФ заняли лучшие места в соответствии со средним значением



**Рисунок 4.** Форест-плот, сравнивающий каждый антипсихотический препарат с плацебо на предмет рецидива, с соответствующей ранжирующей вероятностью (*SUCRA*) и достоверностью доказательств (*CINeMA*). *ИФДД* – инъекционная форма антипсихотика длительного действия; *ПФ* – пероральная форма антипсихотика; *RR* – относительный риск; *SUCRA* – surface under the cumulative ranking; *CINeMA* – Confidence In Network Meta-Analysis

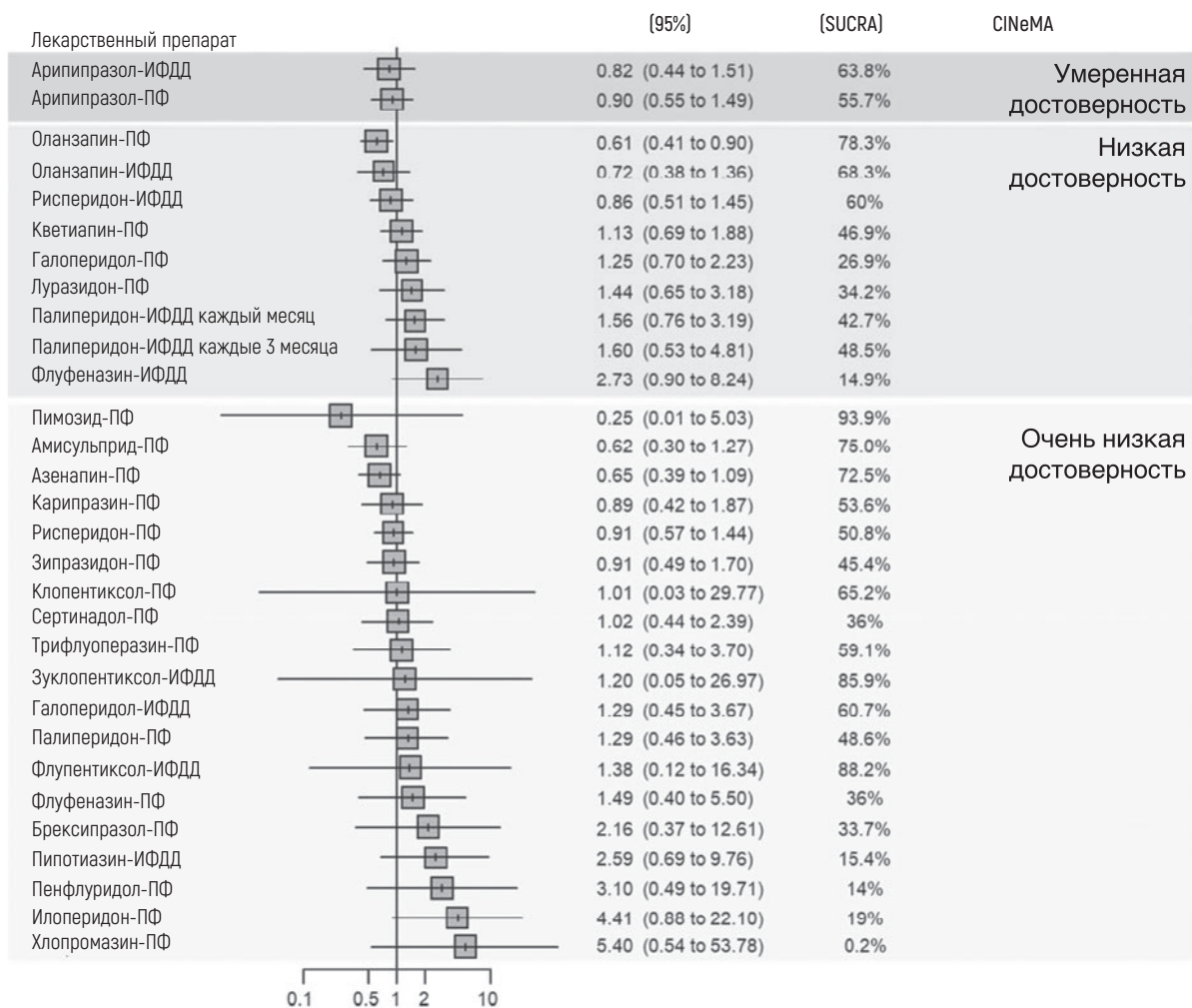
*SUCRA*. Однако для всех этих сравнений достоверность доказательств была «низкой» или «очень низкой». В большинстве случаев «низкие» или «очень низкие» оценки были обусловлены непоследовательностью, неточностью и погрешностью внутри исследования (см. Рисунок 5 и доп. информацию).

Анализ чувствительности показал, что плацебо-контролируемые исследования были основным источником наблюдаемой гетерогенности. Локальная и глобальная несогласованность была заметно снижена при удалении исследований с периодом наблюдения менее одного года (глобальный подход: от  $p=0,09$  до  $p=0,51$ ; локальный подход *SIDE*: от двух до нуля несовместимых сравнений) и плацебо-контролируемых исследований (глобальный подход: от  $p=0,09$  до  $p=0,88$ , локальный подход *SIDE*: от двух до нуля противоречивых сравнений). Несмотря на это, оценки эффекта на основе анализа чувствительности существенно не изменились по сравнению с первичным анализом (см. доп. информацию).

Что касается вторичных результатов, связанных с эффективностью, в порядке убывания эффекта по сравнению с плацебо, схемы лечения сертиндолом-ИФДД, оланзапином-ИФДД, рisperидоном-ИФДД, оланзапином-ИФДД, палиперидоном-ИФДД каждые 3 месяца, рisperидоном-ИФДД и флуфеназином-ИФДД показали более низкий риск госпитализации по поводу психиатрического рецидива; брексипразол-ПФ, луразидон-ПФ, пимозид-ПФ, сер-

тиндол-ПФ, зипразидон-ПФ, илоперидон-ПФ, оланзапин-ПФ, асенапин-ПФ, рisperидон-ПФ, карипразин-ПФ, палиперидон-ПФ, рisperидон-ИФДД, арипипразол-ПФ, оланзапин-ИФДД, галоперидол-ПФ, арипипразол-ПФ, палиперидон-ИФДД каждые 3 месяца, палиперидон-ИФДД каждый месяц и кветиапин-ПФ продемонстрировали большее снижение средних баллов по оценочной шкале в конечной точке исследования; клопентиксол-ИФДД, пимозид-ПФ, оланзапин-ПФ, арипипразол-ИФДД, трифлуоперазин-ПФ, палиперидон-ИФДД каждые 3 месяца, галоперидол-ИФДД, оланзапин-ИФДД, амисульприд-ПФ, асенапин-ПФ, арипипразол-ПФ, флуфеназин-ИФДД, галоперидол-ПФ и рisperидон-ПФ показали более низкий риск полного отсева.

Что касается вторичных результатов, связанных с переносимостью, в порядке убывания эффекта по сравнению с плацебо, рisperидон-ИФДД, палиперидон-ПФ, луразидон-ПФ и рisperидон-ПФ показали значительно более высокий риск седативного эффекта; арипипразол-ПФ, оланзапин-ИФДД, оланзапин-ПФ, палиперидон-ИФДД каждый месяц и палиперидон-ИФДД каждые 3 месяца показали значительно более высокий риск увеличения веса; галоперидол-ПФ, флуфеназин-ИФДД и пипотиазин-ИФДД показали значительно более высокий риск экстрапиримидных симптомов; галоперидол-ПФ, галоперидол-ИФДД и трифлуоперазин-ПФ показали значительно более высокий риск акатизии; оланзапин-ПФ, оланзапин-ИФДД, палиперидон-



**Рисунок 5.** Лесной график, сравнивающий каждый антипсихотический препарат с плацебо на предмет переносимости, с соответствующей ранжирующей вероятностью (*SUCRA*) и достоверностью доказательств (*CINeMA*). *ИФДД* – инъекционная форма антипсихотика длительного действия, *ПФ* – пероральная форма антипсихотика; *RR* – относительный риск; *SUCRA* – *surface under the cumulative ranking*, *CINeMA* – *Confidence In Network Meta-Analysis*

ИФДД каждый месяц, палиперидон-ИФДД каждые 3 месяца, рисперидон-ИФДД, рисперидон-ПФ и палиперидон-ПФ показали значительно более высокий риск гиперпролактинемии; оланзапин-ПФ, оланзапин-ИФДД, асенапин-ПФ, палиперидон-ИФДД каждые 3 месяца и рисперидон-ПФ показали значительно более низкий риск бессонницы. Ни один из антипсихотических препаратов не показал более высокого риска удлинения интервала QT и поздней дискинезии по сравнению с плацебо, хотя доверительные интервалы были неточными для большинства сравнений. Для антихолинергических симптомов *NMA* не могла быть выполнена, так как данных было относительно мало, а сеть плохо связана (были идентифицированы четыре подсети); парные метаанализы продемонстрировали более высокий риск для рисперидона-ИФДД и кветиапина-ПФ по сравнению с плацебо (см.: доп. информацию).

Эффективность, измеренная с помощью оценочных шкал, частоты госпитализаций и выбывших по любой причине, в целом соответствовала результатам первичного анализа, в то время как данные о качестве жизни, функционировании и некоторых частых нежелательных явлениях (в частности, антихолинергические симптомы, изменения интервала QT, поздняя дискинезия) были относительно немногочисленны. Также значительная несогласованность и высокая гетерогенность не были обнаружены ни для одного из этих результатов, за исключением эффективности, измеренной с помощью оценочных шкал (см. доп. информацию).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Насколько нам известно, это самый крупный и наиболее актуальный систематический обзор и СМА, сравнивающие данные по поддерживающей терапии лиц с расстройствами шизофренического спектра.

Было рекомендовано использование ИФДД на самой ранней стадии заболевания<sup>10,20,22</sup>. Однако в реальной практике большинство людей начинают с перорального лечения по практическим соображениям. Таким образом, с чисто клинической точки зрения выбор антипсихотического препарата, для которого доступны как пероральные формы, так и формы ИФДД, был бы ценным для облегчения перехода на ИФДД, когда это необходимо. Согласно этой точке зрения, наш анализ показывает, что оланзапин, арипипразол и палиперидон оказываются наиболее разумным выбором, поскольку они: а) являются одними из наиболее эффективных методов лечения с точки зрения предотвращения рецидивов в соответствии с оценкой эффекта и рейтингом *SUCRA*; б) подтверждается доказательствами с наивысшей достоверностью в соответствии с подходом *CINeMA*; в) доступны как в форме для перорального применения, так и в форме ИФДД.

Что касается переносимости (отсев из-за побочных эффектов), ни один антипсихотик не был значительно хуже, чем плацебо, хотя уровень доказательств в целом был низким или умеренным только для арипипразола-ПФ и арипи-



празола-ИФДД. Хотя отсеивание из-за непереносимости отражает общее бремя побочных эффектов, сама по себе эта информация не может быть исчерпывающей при подборе антипсихотических препаратов для отдельных пациентов, для которых более полезными могут оказаться подробные сведения о конкретных побочных эффектах. Однако анализ частых побочных эффектов во многих случаях был ограниченным и неточным, что требует большего внимания к измерению и регистрации этих побочных эффектов в поддерживающих/профилактических исследованиях нейролептиков.

В целом вывод о том, что большинство ИФДД и пероральных нейролептиков эффективны в предотвращении рецидивов и повторных госпитализаций по сравнению с неактивным лечением (как в плацебо-контролируемых исследованиях) или отсутствием лечения / стандартным лечением (как в обсервационных исследованиях), согласуется с существующими крупными обсервационными базами данных исследований<sup>22,156</sup> и метаанализов обсервационных и рандомизированных исследований<sup>6,9,157</sup> по поддерживающей терапии шизофрении.

Наши результаты в целом соответствуют результатам предыдущего СМА по приему пероральных антипсихотических препаратов пациентами с острыми заболеваниями<sup>23</sup>. По сравнению с плацебо, ранжирование и величина эффекта лечения примерно сопоставимы между двумя СМА, за некоторыми исключениями, такими как рисперидон-ПФ, в то время как сертиндол-ПФ и лurasидон-ПФ, по-видимому, лучше работают в «острой», а флуфеназин-ПФ – в «поддерживающей» популяции. Однако такие различия имеют относительно небольшую величину, и достоверность данных об этих методах лечения была оценена как «низкая» или «очень низкая», по крайней мере в одном из двух СМА. Кроме того, необходимо признать, что различия в популяциях и моделях испытаний на протяжении нескольких десятилетий, когда проводились неотложные и поддерживающие исследования, также могли повлиять на результаты, ограничивая косвенную сопоставимость антипсихотической эффективности как внутри, так и между стадиями заболевания (острая и неотложная).

Этот СМА не выявил явных преимуществ ИФДД по сравнению с пероральными антипсихотиками в отношении рецидивов и повторных госпитализаций. Это согласуется с наблюдением, что в целом ИФДД продемонстрировали более явные преимущества перед пероральными нейролептиками в обсервационных исследованиях<sup>21,22,158,159</sup>, а не в рандомизированных исследованиях<sup>6,21,160</sup>. Как предполагалось ранее, наблюдательные исследования могут иметь большую внешнюю достоверность из-за менее строгого отбора пациентов, хотя отсутствие «ослепления» может увеличить риск систематической ошибки (например, систематическая ошибка обнаружения, эффективности и назначения)<sup>161</sup>.

Результаты этого СМА следует интерпретировать в свете некоторых возможных ограничений. Во-первых, для некоторых исследований клиническая стабильность не была четко описана, и мы условно использовали эту информацию, применяя исходные баллы рейтинговых шкал, измеряющих психопатологию в соответствии с утвержденными пороговыми значениями. Эту информацию можно рассматривать как достоверный показатель клинической стабилизации, хотя ей может не хватать точности. Однако после исключения этих исследований из анализа чувствительности результаты существенно не изменились.

Во-вторых, в некоторых исследованиях отсутствовала соответствующая информация, и мы использовали методы вменения, которые были проверены эмпирически<sup>41</sup>, но, тем не менее, могли оказаться неточными.

В-третьих, во включенных РКИ использовались разные модели исследований и диагностические критерии, а также были разные первичные исходы, условия набора и периоды наблюдения. Несмотря на это, общая согласованность сетей, по-видимому, сохранилась для первичных анализов и для большинства вторичных результатов.

В-четвертых, мы включили плацебо-контролируемые испытания, которые имеют возможные ограничения<sup>162,163</sup> и, вероятно, сыграли заметную роль в появлении гетерогенности и непоследовательности, как показали анализы чувствительности, которые, однако, не продемонстрировали существенных изменений общих результатов.

В-пятых, общий риск систематической ошибки имел значение для многих исследований. Однако после удаления этих исследований с помощью анализа чувствительности первичные результаты существенно не изменились.

В-шестых, некоторые вторичные исходы, такие как качество жизни и функционирование, которые могут сыграть значительную роль, помогая клиницистам адаптировать свой выбор к конкретным пациентам, недостаточно сообразились в первоначальных исследованиях, что приводило к скудному заполнению и связыванию схем, а также к неточным результатам.

В-седьмых, эффективность необходимо рассматривать в контексте переносимости, особенно при длительном лечении. Однако о побочных эффектах сообщалось лишь частично и непоследовательно, что не позволяло провести детальную оценку соотношения пользы и риска. Тем не менее мы использовали результат прекращения лечения, связанный с непереносимостью, в качестве косвенного показателя клинически значимых побочных эффектов и обновили аналогичную эффективность антипсихотических препаратов, поддающихся метаанализу, а также отсутствие различий с плацебо. Таким образом, хотя отдельные долгосрочные побочные эффекты нейролептиков могут быть потенциально проблематичными<sup>12,164</sup>, в целом пациенты, по-видимому, не прекращают поддерживающую терапию антипсихотическими препаратами чаще, чем пациенты, рандомизированные в группу плацебо. Кроме того, эффективное длительное лечение антипсихотическими препаратами способствует выбору более здорового образа жизни и соблюдению режима терапии, назначенной для смягчения кардиометаболической нагрузки, связанной с болезнью и/или лекарствами<sup>165,166</sup>.

Наконец, поскольку ни одно из сравнений не включало  $\geq 10$  исследований, нельзя исключать риск систематической ошибки публикации, хотя ожидается, что она будет менее значимой по сравнению с другими исследованиями различных классов психотропных препаратов<sup>167</sup>.

Несмотря на эти ограничения, насколько нам известно, это крупнейший и наиболее полный метаанализ антипсихотических препаратов для поддерживающей терапии людей с шизофренией. Таким образом, результаты этого СМА могут иметь существенное значение для клинической практики, тактики и исследований. Текущие руководства сходятся во мнении, что рекомендуется длительное поддерживающее лечение в течение как минимум одного года после первого эпизода<sup>13,14,168,169</sup>. Однако четкая информация о том, какой антипсихотик выбрать, отсутствует. Согласно рекомендациям *UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, имеющиеся данные не могут служить руководством для выбора между нейролептиками в поддерживающей фазе<sup>170</sup>, в то время как недавно обновленные рекомендации *American Psychiatric Association* предлагают использовать то же лечение, которое принесло пользу в острой фазе<sup>168</sup>, поскольку это неявно рекомендуется также в руководящих принципах *WHO mental health Gap Action Programme (mhGAP)*<sup>169</sup>. Данные этого СМА показывают, что, хотя величина пользы, по-видимому, одинакова для

антипсихотиков, они не все одинаковы, потому что достоверность оценки может сильно различаться, что имеет первостепенное значение для выбора, основанного на доказательствах.

Как пероральные, так и ИФДД формы оланзапина, арипипразола и палиперидона доказали свою эффективность и подтверждаются доказательствами со средней и высокой достоверностью, поэтому им следует отдавать приоритет при начале фармакологической поддерживающей терапии людей с расстройствами шизофренического спектра, хотя различия в профилях побочных эффектов также следует учитывать в процессе принятия решений. Кроме того, выявление антипсихотических препаратов, позволяющих переключаться между пероральными препаратами и препаратами ИАДД, может быть особенно полезным в странах с низким и средним уровнем дохода и в условиях ограниченных ресурсов в целом, где для включения в анализ может быть выбрано лишь ограниченное число препаратов в национальных фармакологических справочниках. Хотя стоимость препаратов может быть проблемой, это не должно препятствовать включению методов лечения, основанных на доказательствах. С этой точки зрения, такие данные требуют усилий по созданию более доступных ИАДД II поколения, как это было сделано для других видов лечения в странах с низким и средним уровнем дохода<sup>171</sup>.

В совокупности результаты данного СМА могут быть использованы в руководствах по клинической практике, а также в национальной и международной политике регулирования лекарственных средств, включая перечень основных лекарственных средств ВОЗ.

#### Благодарности

Авторы благодарят *Y. Zhang* и *G.P. Morgano* (Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University Health Sciences Centre, Hamilton, ON, Канада) за помощь в поиске и переводе полнотекстовых статей. *C.U. Correll* и *C. Barbui* внесли равный вклад в эту работу. Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу <http://doi.org/10.23728/b2s>.

#### Библиография

- Owen M.J., Sawa A., Mortensen P.B. Schizophrenia. *Lancet* 2016; 388:86–97. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- McEvoy J.P. The importance of early treatment of schizophrenia. *Behav Healthc* 2007; 27:40–3. [Google Scholar]
- Correll C.U., Rubio J.M., Kane J.M. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry* 2018; 17:149–60. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Fountoulakis K.N., Moeller H.J., Kasper S. et al. The report of the joint WPA/CINP workgroup on the use and usefulness of antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *CNS Spectr* 2021; 26:562–86. [Google Scholar]
- Huhn M., Nikolakopoulou A., Schneider-Thoma J. et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019; 394:939–51. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Zhao Y.J., Lin L., Teng M. et al. Long-term antipsychotic treatment in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BJPsych Open* 2016; 2:59–66. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Kishimoto T., Hagi K., Nitta M. et al. Long-term effectiveness of oral second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review and meta-analysis of direct head-to-head comparisons. *World Psychiatry* 2019; 18:208–24. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Kishimoto T., Agarwal V., Kishi T. et al. Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics. *Mol Psychiatry* 2013; 18:53–66. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Ceraso A., Lin J.J., Schneider-Thoma J. et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 8:CD008016. [PubMed] [Google Scholar]
- Ostuzzi G., Bertolini F., Del Giovane C. et al. Maintenance treatment with long-acting injectable antipsychotics for people with nonaffective psychoses: a network meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2021; 178:424–36. [PubMed] [Google Scholar]
- Solmi M., Murru A., Pacchiarotti I. et al. Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review. *Ther Clin Risk Manag* 2017; 13:757–77. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Correll C.U., Detraux J., De Lepeleire J. et al. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 2015; 14:119–36. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Gaebel W., Stricker J., Riesbeck M. The long-term antipsychotic treatment of schizophrenia: a selective review of clinical guidelines and clinical case examples. *Schizophr Res* 2020; 225:4–14. [PubMed] [Google Scholar]
- Correll C.U., Patel C., Benson C. et al. A systematic literature review of schizophrenia clinical practice guidelines: recommendations for the acute and maintenance management with antipsychotics. *NPJ Schizophr* 2022; 8:5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Nosé M., Barbui C., Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med* 2003; 33:1149–60. [PubMed] [Google Scholar]
- Marder S.R. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl. 16):3–9. [Google Scholar]
- Chen E.Y., Hui C.L., Dunn E.L. et al. A prospective 3-year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2005; 77:99–104. [PubMed] [Google Scholar]
- Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry* 2013; 12:216–26. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Carbon M., Correll C.U. Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2014; 16:505–24. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Rubio J.M., Taipale H., Tanskanen A. et al. Long-term continuity of antipsychotic treatment for schizophrenia: a nationwide study. *Schizophr Bull* 2021; 47:1611–20. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Kishimoto T., Hagi K., Kurokawa S. et al. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. *Lancet Psychiatry* 2021; 8:387–404. [PubMed] [Google Scholar]
- Taipale H., Mehtala J., Tanskanen A. et al. Comparative effectiveness of anti-psychotic drugs for rehospitalization in schizophrenia – a nationwide study with 20-year follow-up. *Schizophr Bull* 2018; 44:1381–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Huhn M., Nikolakopoulou A., Schneider-Thoma J. et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019; 394:939–51. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Hutton B., Salanti G., Caldwell D.M. et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Ann Intern Med* 2015; 162:777–84. [PubMed] [Google Scholar]
- Leucht S., Kane J.M., Kissling W. et al. Clinical implications of Brief Psychiatric Rating Scale scores. *Br J Psychiatry* 2005; 187:366–71. [PubMed] [Google Scholar]
- Leucht S., Kane J.M., Kissling W. et al. What does the PANSS mean? *Schizophr Res* 2005; 79:231–8. [PubMed] [Google Scholar]
- Miura T., Noma H., Furukawa T.A. et al. Comparative efficacy and tolerability of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2014; 1:351–9. [PubMed] [Google Scholar]
- Higgins J.P.T., Thomas J., Chandler J. et al (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2nd ed. Chichester: Wiley, 2019. [Google Scholar]

29. Higgins J.P.T., Thomas J., Chandler J. et al (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.1* (updated September 2020). Cochrane, 2020. [Google Scholar]
30. Wang D., Gopal S., Baker S. et al. Trajectories and changes in individual items of positive and negative syndrome scale among schizophrenia patients prior to impending relapse. *NPJ Schizophr* 2018; 4:10. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
31. Leucht S., Rothe P., Davis J.M. et al. Equipercenile linking of the BPRS and the PANSS. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23:956–9. [PubMed] [Google Scholar]
32. Correll C.U., Kishimoto T., Nielsen J. et al. Quantifying clinical relevance in the treatment of schizophrenia. *Clin Ther* 2011; 33:B16–39. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
33. Furukawa T.A., Cipriani A., Barbui C. et al. Imputing response rates from means and standard deviations in meta-analyses. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20:49–52. [PubMed] [Google Scholar]
34. R Core Team. *R: a language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2020. [Google Scholar]
35. StataCorp. *Stata statistical software: release 17*. College Station: StataCorp LLC, 2021. [Google Scholar]
36. Gardner D.M., Murphy A.L., O'Donnell H. et al. International consensus study of antipsychotic dosing. *Am J Psychiatry* 2010; 167:686–93. [PubMed] [Google Scholar]
37. Leucht S., Samara M., Heres S. et al. Dose equivalents for second-generation antipsychotics: the minimum effective dose method. *Schizophr Bull* 2014; 40:314–26. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
38. European Medicines Agency . EMA/737723/2013 – Assessment report ABILIFY MAINTENA. London: European Medicines Agency, 2013. [Google Scholar]
39. Haddad P., Lambert T., Lauriello J. (eds). *Antipsychotic long-acting injections*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. [Google Scholar]
40. Altman D.G., Bland J.M. Detecting skewness from summary information. *BMJ* 1996; 313:1200. [Google Scholar]
41. Furukawa T.A., Barbui C., Cipriani A. et al. Imputing missing standard deviations in meta-analyses can provide accurate results. *J Clin Epidemiol* 2006; 59:7–10. [PubMed] [Google Scholar]
42. Lu G., Ades A.E. Combination of direct and indirect evidence in mixed treatment comparisons. *Stat Med* 2004; 23:3105–24. [PubMed] [Google Scholar]
43. Shim S.R., Kim S.J., Lee J. et al. Network meta-analysis: application and practice using R software. *Epidemiol Health* 2019; 41:e2019013. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
44. Rhodes KM, Turner RM, Higgins JP. Predictive distributions were developed for the extent of heterogeneity in meta-analyses of continuous outcome data. *J Clin Epidemiol* 2015; 68:52–60. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
45. Nosè M., Tansella M., Thornicroft G. et al. Is the Defined Daily Dose system a reliable tool for standardizing antipsychotic dosages? *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23:287–90. [PubMed] [Google Scholar]
46. Cipriani A., Higgins J.P., Geddes J.R. et al. Conceptual and technical challenges in network meta-analysis. *Ann Intern Med* 2013; 159:130–7. [PubMed] [Google Scholar]
47. Bucher H.C., Guyatt G.H., Griffith L.E. et al. The results of direct and indirect treatment comparisons in meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Epidemiol* 1997; 50:683–91. [PubMed] [Google Scholar]
48. Shih M.C., Tu Y.K. An evidence-splitting approach to evaluation of direct-indirect evidence inconsistency in network meta-analysis. *Res Synth Methods* 2021; 12:226–38. [PubMed] [Google Scholar]
49. Higgins J.P., Jackson D., Barrett J.K. et al. Consistency and inconsistency in network meta-analysis: concepts and models for multi-arm studies. *Res Synth Methods* 2012; 3:98–110. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
50. Veroniki A.A., Vasilidis H.S., Higgins J.P. et al. Evaluation of inconsistency in networks of interventions. *Int J Epidemiol* 2013; 42:332–45. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
51. Jackson D., Barrett J.K., Rice S. et al. A design-by-treatment interaction model for network meta-analysis with random inconsistency effects. *Stat Med* 2014; 33:3639–54. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
52. Rucker G., Krahn U., König J. et al. *netmeta: network meta-analysis using frequentist methods*. <https://cran.r-project.org/web/packages/netmeta/netmeta.pdf>.
53. Van Valkenhoef G., Kuiper J. *gemtc: network meta-analysis using Bayesian methods*. <https://rdrr.io/cran/gemtc>.
54. Egger M., Davey Smith G., Schneider M. et al. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997; 315:629–34. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
55. Salanti G., Del Giovane C., Chaimani A. et al. Evaluating the quality of evidence from a network meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9:e99682. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
56. Nikolakopoulou A., Higgins J.P.T., Papakonstantinou T. et al. CINE-MA: an approach for assessing confidence in the results of a network meta-analysis. *PLoS Med* 2020; 17:e1003082. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
57. Alvarez E., Ciudad A., Olivares J.M. et al. A randomized, 1-year follow-up study of olanzapine and risperidone in the treatment of negative symptoms in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26:238–49. [PubMed] [Google Scholar]
58. Arato M., O'Connor R., Meltzer H.Y. A 1-year, double-blind, placebo-controlled trial of ziprasidone 40, 80 and 160 mg/day in chronic schizophrenia: the Ziprasidone Extended Use in Schizophrenia (ZEUS) study. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17:207–15. [PubMed] [Google Scholar]
59. Bai Y.M., Yu S.C., Chen J.Y. et al. Risperidone for pre-existing severe tardive dyskinesia: a 48-week prospective follow-up study. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20:79–85. [PubMed] [Google Scholar]
60. Beasley C.M., Sutton V.K., Hamilton S.H. et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of olanzapine in the prevention of psychotic relapse. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23:582–94. [PubMed] [Google Scholar]
61. Berwaerts J., Liu Y., Gopal S. et al. Efficacy and safety of the 3-month formulation of paliperidone palmitate vs placebo for relapse prevention of schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:830–9. [PubMed] [Google Scholar]
62. Bozzatello P., Bellino S., Mancini I. et al. Effects on satisfaction and service engagement of paliperidone palmitate compared with oral paliperidone in patients with schizophrenia: an open label randomized controlled trial. *Clin Drug Investig* 2019; 39:169–78. [Google Scholar]
63. Buchanan R.W., Panagides J., Zhao J. et al. Asenapine versus olanzapine in people with persistent negative symptoms of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32:36–45. [Google Scholar]
64. Charalampous K.D., Thornby J., Ford B.K. et al. Penfluridol versus oral fluphenazine in the maintenance treatment of chronic schizophrenics. *Curr Ther Res Clin Exp* 1977; 21:215–23. [PubMed] [Google Scholar]
65. Chen E.Y., Hui C.L., Lam M.M. et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341:c4024. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
66. Chouinard G., Annable L., Campbell W. et al. A double-blind, controlled clinical trial of haloperidol decanoate and fluphenazine decanoate in the maintenance treatment of schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1984; 20:108–9. [PubMed] [Google Scholar]
67. Chue P., Eerdeken M., Augustyns I. et al. Comparative efficacy and safety of long-acting risperidone and risperidone oral tablets. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15:111–7. [PubMed] [Google Scholar]
68. Citrome L., Cucchiari J., Sarma K. et al. Long-term safety and tolerability of lurasidone in schizophrenia: a 12-month, double-blind, active-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 2012; 27:165–76. [PubMed] [Google Scholar]
69. Crespo-Facorro B., Rodríguez-Sánchez J.M., Pérez-Iglesias R. et al. Neurocognitive effectiveness of haloperidol, risperidone, and olanzapine in first-episode psychosis: a randomized, controlled 1-year follow-up comparison. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:717–29. [PubMed] [Google Scholar]
70. Csernansky J.G., Mahmoud R., Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2002; 346:16–22. [PubMed] [Google Scholar]
71. Daniel D.G., Wozniak P., Mack R.J. et al. Long-term efficacy and safety comparison of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34:61–9. [PubMed] [Google Scholar]
72. De Hert M., Mittoux A., He Y. et al. Metabolic parameters in the short- and long-term treatment of schizophrenia with sertindole or risperi-

- done. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 261:231–9. [PubMed] [Google Scholar]
73. Deberdt W., Lipkovich I., Heinloth A.N. et al. Double-blind, randomized trial comparing efficacy and safety of continuing olanzapine versus switching to quetiapine in overweight or obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4:713–20. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  74. Giudice J.D., Clark W.G., Gocka E.F. Prevention of recidivism of schizophrenics treated with fluphenazine enanthate. *Psychosomatics* 1975; 16:32–6. [PubMed] [Google Scholar]
  75. Dencker S.J., Frankenberg K., Malm U. et al. A controlled one-year study of pipotiazine palmitate and fluphenazine decanoate in chronic schizophrenic syndromes. Evaluation of results at 6 and 12 months' trial. *Acta Psychiatr Scand* 1973; 49(Suppl. 241):101–18. [Google Scholar]
  76. Dencker S.J., Lepp M., Malm U. Clopenthixol and flupenthixol depot preparations in outpatient schizophrenics. I. A one year double-blind study of clopenthixol decanoate and flupenthixol palmitate. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 61(Suppl. 279):10–28. [Google Scholar]
  77. Detke H.C., Weiden P.J., Llorca P.M. et al. Comparison of olanzapine long-acting injection and oral olanzapine: a 2-year, randomized, open-label study in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2014; 34:426–34. [PubMed] [Google Scholar]
  78. Durgam S., Earley W., Li R. et al. Long-term cariprazine treatment for the prevention of relapse in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Schizophr Res* 2016; 176:264–71. [PubMed] [Google Scholar]
  79. Fleischhacker W.W., Baker R.A., Eramo A. et al. Effects of aripiprazole once-monthly on symptoms and functioning of patients with an acute episode of schizophrenia stratified by age. *Neuropsychopharmacology* 2014; 39:S375. [Google Scholar]
  80. Freeman L.S., Alson E. Prolonged withdrawal of chlorpromazine in chronic patients. *Dis Nerv Syst* 1962; 23:522–5. [PubMed] [Google Scholar]
  81. Fu D.J., Turkoz I., Simonson R.B. et al. Paliperidone palmitate once-monthly reduces risk of relapse of psychotic, depressive, and manic symptoms and maintains functioning in a double-blind, randomized study of schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:253–62. [PubMed] [Google Scholar]
  82. Gaebel W., Schreiner A., Bergmans P. et al. Relapse prevention in schizophrenia and schizoaffective disorder with risperidone long-acting injectable vs quetiapine: results of a long-term, open-label, randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35:2367–77. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  83. Gallant D.M., Mielke D.H., Spirtes M.A. et al. Penfluridol: an efficacious long-acting oral antipsychotic compound. *Am J Psychiatry* 1974; 131:699–702. [PubMed] [Google Scholar]
  84. Gerlach J., Kramp P., Kristjansen P. et al. Peroral and parenteral administration of long-acting neuroleptics: a double-blind study of penfluridol compared to flupenthixol decanoate in the treatment of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 52:132–44. [PubMed] [Google Scholar]
  85. Gitlin M., Nuechterlein K., Subotnik K.L. et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1835–42. [PubMed] [Google Scholar]
  86. Good W.W., Sterling M., Holtzman W.H. Termination of chlorpromazine with schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1958; 115:443–8. [PubMed] [Google Scholar]
  87. Goldberg J.F., Ng-Mak D., Siu C. et al. Remission and recovery associated with lurasidone in the treatment of major depressive disorder with subthreshold hypomanic symptoms (mixed features): post-hoc analysis of a randomized, placebo-controlled study with longer-term extension. *CNS Spectr* 2017; 22:220–7. [PubMed] [Google Scholar]
  88. Green A.I., Brunette M.F., Dawson R. et al. Long-acting injectable vs oral risperidone for schizophrenia and co-occurring alcohol use disorder: a randomized trial. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:1359–65. [PubMed] [Google Scholar]
  89. Gross H.S. A double-blind comparison of once-a-day pimozide, trifluoperazine, and placebo in the maintenance care of chronic schizophrenic outpatients. *Curr Ther Res Clin Exp* 1974; 16:696–705. [PubMed] [Google Scholar]
  90. Hershon H.I., Kennedy P.F., McGuire R.J. Persistence of extra-pyramidal disorders and psychiatric relapse after withdrawal of long-term phenothiazine therapy. *Br J Psychiatry* 1972; 120:41–50. [PubMed] [Google Scholar]
  91. Hirsch S.R., Kissling W., Bäuml J. et al. A 28-week comparison of ziprasidone and haloperidol in outpatients with stable schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:516–23. [PubMed] [Google Scholar]
  92. Hirsch S.R., Gaid R., Rohde P.D. et al. Outpatient maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting fluphenazine: double-blind placebo trial. Report to the Medical Research Council Committee on Clinical Trials in Psychiatry. *Br Med J* 1973; 1:633–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  93. Hirsch S.R.K.A., Okasha M.S., Salih M.A. Maintenance therapy in out-patient schizophrenics: a report of a double-blind trial comparison of fluphenazine decanoate and flupenthixol decanoate. *Br J Psychiatry* 1978; 133:370–1. [PubMed] [Google Scholar]
  94. Hogarty G.E., Goldberg S.C. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. One-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28:54–64. [PubMed] [Google Scholar]
  95. Hogarty G.E., Schooler N.R., Ulrich R. et al. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. Relapse analyses of a two-year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36:1283–94. [PubMed] [Google Scholar]
  96. Hollister L.E., Erickson G.V., Motzenbecker F.P. Trifluoperazine in chronic psychiatric patients. *J Clin Exp Psychopathol Q Rev Psychiatry Neurol* 1960; 21:15–24. [PubMed] [Google Scholar]
  97. Hough D., Gopal S., Vijapurkar U. et al. Paliperidone palmitate maintenance treatment in delaying the time-to-relapse in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Schizophr Res* 2010; 116:107–17. [PubMed] [Google Scholar]
  98. Ishigooka J., Nakamura J., Fujii Y. et al. Efficacy and safety of aripiprazole once-monthly in Asian patients with schizophrenia: a multicenter, randomized, double-blind, non-inferiority study versus oral aripiprazole. *Schizophr Res* 2015; 161:421–8. [PubMed] [Google Scholar]
  99. Jolley A.G., Hirsch S.R., Morrison E. et al. Trial of brief intermittent neuroleptic prophylaxis for selected schizophrenic outpatients: clinical and social outcome at two years. *BMJ* 1990; 301:837–42. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  100. Kamijima K., Higuchi T., Ishigooka J. et al. Aripiprazole augmentation to antidepressant therapy in Japanese patients with major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study (ADMIRE study). *J Affect Disord* 2013; 151:899–905. [PubMed] [Google Scholar]
  101. Kane J.M. Ziprasidone in schizophrenia: from acute treatment to long-term management. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl. 19):3–5. [Google Scholar]
  102. Kane J.M., Mackle M., Snow-Adami L. et al. Double-blind, placebo-controlled trial of asenapine in prevention of relapse after long-term treatment of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 13:223. [Google Scholar]
  103. Kane J.M., Mackle M., Snow-Adami L. et al. A randomized placebo-controlled trial of asenapine for the prevention of relapse of schizophrenia after long-term treatment. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:349–55. [PubMed] [Google Scholar]
  104. Kane J.M., Sanchez R., Perry P.P. et al. Aripiprazole intramuscular depot as maintenance treatment in patients with schizophrenia: a 52-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:617–24. [PubMed] [Google Scholar]
  105. Kaneno S., Okuma T., Yamashita et al. A double-blind comparative study on the efficacy and safety of fluphenazine decanoate (SQ10, 733) and oral haloperidol in the treatment of schizophrenic patients. *Clinical Evaluation* 1991; 19:15–45. [Google Scholar]
  106. Kelly H.B., Freeman H.L., Banning B. et al. Clinical and social comparison of fluphenazine decanoate and flupenthixol decanoate in the community maintenance therapy of schizophrenia. *Int Pharmacopsychiatry* 1977; 12:54–64. [PubMed] [Google Scholar]
  107. Kern R.S., Green M.F., Cornblatt B.A. et al. The neurocognitive effects of aripiprazole: an open-label comparison with olanzapine. *Psychopharmacology* 2006; 187:312–20. [PubMed] [Google Scholar]
  108. Kissling W., Möller H.J., Walter K. et al. Double-blind comparison of haloperidol decanoate and fluphenazine decanoate effectiveness, side-effects, dosage and serum levels during a six months' treatment for relapse prevention. *Pharmacopsychiatry* 1985; 18:240–5. [PubMed] [Google Scholar]

109. Kramer M., Simpson G., Maciulis V. et al. Paliperidone extended-release tablets for prevention of symptom recurrence in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27:6–14. [PubMed] [Google Scholar]
110. Suresh Kumar P.N., Anish P.K., Rajmohan V. Olanzapine has better efficacy compared to risperidone for treatment of negative symptoms in schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2016; 58:311–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
111. Laties A.M., Flach A.J., Baldycheva I. et al. Cataractogenic potential of quetiapine versus risperidone in the long-term treatment of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized, open-label, ophthalmologist-masked, flexible-dose, non-inferiority trial. *J Psychopharmacol* 2015; 29:69–79. [PubMed] [Google Scholar]
112. Lecrubier Y., Quintin P., Bouhassira M. et al. The treatment of negative symptoms and deficit states of chronic schizophrenia: olanzapine compared to amisulpride and placebo in a 6-month double-blind controlled clinical trial. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114:319–27. [PubMed] [Google Scholar]
113. Leong O.K., Wong K.E., Tay W.K. et al. A comparative study of pipothiazine palmitate and fluphenazine decanoate in the maintenance of remission of schizophrenia. *Singapore Med J* 1989; 30:436–40. [PubMed] [Google Scholar]
114. Lundin L., Dencker S.J., Malm U. Community-based rehabilitation of schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 1992; 46:121–7. [Google Scholar]
115. Macfadden W., Ma Y.-W., Haskins J.T. et al. A prospective study comparing the long-term effectiveness of injectable risperidone long-acting therapy and oral aripiprazole in patients with schizophrenia. *Psychiatry* 2010; 7:23–31. [Google Scholar]
116. Marder S.R., Glynn S.M., Wirshing W.C. et al. Maintenance treatment of schizophrenia with risperidone or haloperidol: 2-year outcomes. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1405–12. [PubMed] [Google Scholar]
117. McEvoy J.P., Byerly M., Hamer R.M. et al. Effectiveness of paliperidone palmitate vs haloperidol decanoate for maintenance treatment of schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 311:1978–87. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
118. Naber D., Peuskens J., Schwarzmann N. et al. Subjective well-being in schizophrenia: a randomised controlled open-label 12-month non-inferiority study comparing quetiapine XR with risperidone (RECOVER). *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23:1257–69. [PubMed] [Google Scholar]
119. Németh G., Laszlovszky I., Czobor P. et al. Cariprazine versus risperidone monotherapy for treatment of predominant negative symptoms in patients with schizophrenia: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet* 2017; 389:1103–13. [PubMed] [Google Scholar]
120. Nielsen J., Matz J., Mittoux A. et al. Cardiac effects of sertindole and quetiapine: analysis of ECGs from a randomized double-blind study in patients with schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015; 25:303–11. [PubMed] [Google Scholar]
121. Noordsy D.L., Glynn S.M., Sugar C.A. et al. Risperidone versus olanzapine among patients with schizophrenia participating in supported employment: eighteen-month outcomes. *J Psychiatr Res* 2017; 95:299–307. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
122. Odejide O.A., Aderounmu A.F. Double-blind placebo substitution: withdrawal of fluphenazine decanoate in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1982; 43:195–6. [PubMed] [Google Scholar]
123. Ota K.Y., Kurland A.A. A double-blind comparison of haloperidol oral concentrate, haloperidol solutabs and placebo in the treatment of chronic schizophrenia. *J Clin Pharmacol New Drugs* 1973; 13:99–110. [PubMed] [Google Scholar]
124. Peuskens J., Trivedi J., Malyarov S. et al. Prevention of schizophrenia relapse with extended release quetiapine fumarate dosed once daily: a randomized, placebo-controlled trial in clinically stable patients. *Psychiatry* 2007; 4:34–50. [Google Scholar]
125. Pigott T.A., Carson W.H., Saha A.R. et al. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1048–56. [PubMed] [Google Scholar]
126. Pinto R., Bannerjee A., Ghosh N. A double-blind comparison of flupenthixol decanoate and fluphenazine decanoate in the treatment of chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60: 313–22. [PubMed] [Google Scholar]
127. Potkin S.G., Loze J.Y., Forray C. et al. Multidimensional assessment of functional outcomes in schizophrenia: results from QUALIFY, a head-to-head trial of aripiprazole once-monthly and paliperidone palmitate. *Int J Neuropsychopharmacol* 2017; 20:40–9. [Google Scholar]
128. Potkin S.G., Weiden P.J., Loebel A.D. et al. Remission in schizophrenia: 196-week, double-blind treatment with ziprasidone vs. haloperidol. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009; 12:1233–48. [PubMed] [Google Scholar]
129. Prien R.F., Levine J., Cole J.O. High dose trifluoperazine therapy in chronic schiz-ophrenia. *Am J Psychiatry* 1969; 126:305–13. [PubMed] [Google Scholar]
130. Purdon S.E., Jones B.D., Stip E. et al. Neuropsychological change in early phase schizophrenia during 12 months of treatment with olanzapine, risperidone, or haloperidol. The Canadian Collaborative Group for research in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:249–58. [PubMed] [Google Scholar]
131. Quitkin F., Rifkin A., Kane J. et al. Long-acting oral vs injectable antipsychotic drugs in schizophrenics: a one-year double-blind comparison in multiple episode schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:889–92. [PubMed] [Google Scholar]
132. Rifkin A., Quitkin F., Klein D.F. Fluphenazine decanoate, oral fluphenazine, and placebo in treatment of remitted schizophrenics. II. Rating scale data. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34:1215–9. [PubMed] [Google Scholar]
133. Ritchie C.W., Chiu E., Harrigan S. et al. The impact upon extra-pyramidal side effects, clinical symptoms and quality of life of a switch from conventional to atypical antipsychotics (risperidone or olanzapine) in elderly patients with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18:432–40. [PubMed] [Google Scholar]
134. Rui Q., Wang Y., Liang S. et al. Relapse prevention study of paliperidone extended-release tablets in Chinese patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014; 53:45–53. [PubMed] [Google Scholar]
135. Savitz A.J., Xu H., Gopal S. et al. Efficacy and safety of paliperidone palmitate 3-month formulation for patients with schizophrenia: a randomized, multicenter, double-blind, noninferiority study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2016; 19:pyw018. [Google Scholar]
136. Schooler N.R., Levine J., Severe J.B. et al. Prevention of relapse in schizophrenia. An evaluation of fluphenazine decanoate. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:16–24. [PubMed] [Google Scholar]
137. Schneider S.J., Kirby E.J., Itil T.M. Clinical blood chemistry values and long acting phenothiazines. *Pharmacopsychiatry* 1981; 14:107–14. [PubMed] [Google Scholar]
138. Schlosberg A.S.M. A comparative controlled study of two long-acting phenothiazines: pipothiazine palmitate and fluphenazine decanoate. *Curr Ther Res* 1978; 23:642–54. [Google Scholar]
139. Schreiner A., Niehaus D., Shurique N.A. et al. Metabolic effects of paliperidone extended release versus oral olanzapine in patients with schizophrenia: a prospective, randomized, controlled trial. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32:449–57. [PubMed] [Google Scholar]
140. Serafetinides E.A., Collins S., Clark M.L. Haloperidol, clopenthixol, and chlorpromazine in chronic schizophrenia. Chemically unrelated antipsychotics as therapeutic alternatives. *J Nerv Ment Dis* 1972; 154:31–42. [PubMed] [Google Scholar]
141. Shrivastava A., Gopa S. Comparative study of risperidone and haloperidol on clinical and psychosocial parameters in treatment of schizophrenia: a randomised open trial. *Indian J Psychiatry* 2000; 42: 52–6. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
142. Song Y. A double-blind control study on the effect of pipothiazine palmitate and fluphenazine decanoate in the treatment of schizophrenia. *Chinese J Neurol Psychiatry* 1993; 26:137–40. [Google Scholar]
143. Speller J.C., Barnes T.R., Curson D.A. et al. One-year, low-dose neuroleptic study of in-patients with chronic schizophrenia characterised by persistent negative symptoms. Amisulpride v. haloperidol. *Br J Psychiatry* 1997; 171:564–8. [PubMed] [Google Scholar]
144. Subotnik K.L., Casaus L.R., Ventura J. et al. Long-acting injectable risperidone for relapse prevention and control of breakthrough symptoms after a recent first episode of schizophrenia. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:822–9. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
145. Tandon R., Cucchiari J., Phillips D. et al. A double-blind, placebo-controlled, randomized withdrawal study of lurasidone for the maintenance of efficacy in patients with schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2016; 30:69–77. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
146. Voruganti L.P., Awad A.G., Parker G. et al. Cognition, functioning and quality of life in schizophrenia treatment: results of a one-year ran-

- domized controlled trial of olanzapine and quetiapine. *Schizophr Res* 2007; 96:146–55. [PubMed] [Google Scholar]
147. Wani R.A., Dar M.A., Chandel R.K. et al. Effects of switching from olanzapine to aripiprazole on the metabolic profiles of patients with schizophrenia and metabolic syndrome: a double-blind, randomized, open-label study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:685–93. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  148. Weiden P.J., Manning R., Wolfgang C.D. et al. A randomized trial of iloperidone for prevention of relapse in schizophrenia: the REPRIEVE study. *CNS Drugs* 2016; 30:735–47. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  149. Wistedt B., Koskinen T., Thelander S. et al. Zuclopenthixol decanoate and haloperidol decanoate in chronic schizophrenia: a double-blind multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:14–21. [PubMed] [Google Scholar]
  150. Wistedt B.P. A comparative trial of haloperidol decanoate and fluphenazine decanoate in chronic schizophrenic patients. *Int Clin Psychopharmacol* 1986; 1(Suppl. 1):15–23. [PubMed] [Google Scholar]
  151. Woggon B., Dick P., Fleischhauer H.J. et al. Comparison of the effects of pipothiazine palmitate and fluphenazine decanoate. Results of a multicenter double-blind trial. *Int Pharmacopsychiatry* 1977; 12:193–209. [PubMed] [Google Scholar]
  152. Lilly Ely. NCT00190749. Safety study of olanzapine and a comparator in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. <https://clinicaltrials.gov>. [Google Scholar]
  153. Janssen Ltd. NCT00236379. A study of the effects of risperidone and olanzapine on blood glucose (sugar) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. <https://clinicaltrials.gov>. [Google Scholar]
  154. Janssen Ltd. NCT00253110. A comparison of risperidone with haloperidol in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. <https://clinicaltrials.gov>. [Google Scholar]
  155. Janssen Korea Ltd. NCT00992407. An efficacy and safety study of long acting injectable risperidone and oral risperidone in participants with schizophrenia or schizoaffective disorder. <https://clinicaltrials.gov>.
  156. Tiihonen J., Mittendorf-Rutz E., Majak M. et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2017; 74:686–93. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  157. Kishimoto T., Nitta M., Borenstein M. et al. Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:957–65. [PubMed] [Google Scholar]
  158. Tiihonen J., Taipale H., Mehtälä J. et al. Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2019; 76:499–507. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  159. Kishimoto T., Hagi K., Nitta M. et al. Effectiveness of long-acting injectable vs oral antipsychotics in patients with schizophrenia: a meta-analysis of prospective and retrospective cohort studies. *Schizophr Bull* 2018; 44:603–19. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  160. Kishimoto T., Robenzadeh A., Leucht C. et al. Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bull* 2014; 40:192–213. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  161. Haddad P.M., Kishimoto T., Correll C.U. et al. Ambiguous findings concerning potential advantages of depot antipsychotics: in search of clinical relevance. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28:216–21. [PubMed] [Google Scholar]
  162. Ostuzzi G., Barbui C. Comparative effectiveness of long-acting antipsychotics: issues and challenges from a pragmatic randomised study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016; 25:21–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  163. Ostuzzi G., Papola D., Gastaldon C. et al. New EMA report on paliperidone 3-month injections: taking clinical and policy decisions without an adequate evidence base. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017; 26:231–3. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  164. Correll C.U., Solmi M., Veronese N. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017; 16:163–80. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  165. Solmi M., Tiihonen J., Lähteenvuo M. et al. Antipsychotics use is associated with greater adherence to cardiometabolic medications in patients with schizophrenia: results from a nationwide, within-subject design study. *Schizophr Bull* 2022; 48:166–75. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  166. Taipale H., Tanskanen A., Mehtälä J. et al. 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). *World Psychiatry* 2020; 19:61–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  167. Turner E.H., Knoepflmacher D., Shapley L. Publication bias in antipsychotic trials: an analysis of efficacy comparing the published literature to the US Food and Drug Administration database. *PLoS Med* 2012; 9:e1001189. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
  168. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington: American Psychiatric Association, 2020. [Google Scholar]
  169. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0. Geneva: World Health Organization, 2019. [Google Scholar]
  170. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults. Treatment and management. National Clinical Guideline Number 178. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014. [Google Scholar]
  171. Burrone E., Gotham D., Gray A. et al. Patent pooling to increase access to essential medicines. *Bull World Health Organ* 2019; 97:575–7. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

DOI: 10.1002/wps.20972

# Концепция альянса в психотерапии: от эволюции к революции в теории и исследованиях

Muran JC. The alliance construct in psychotherapies: from evolution to revolution in theory and research. *World Psychiatry*. 2022;21(2):308-309. doi:10.1002/wps.20973

Концепция альянса (альтернативно называемая терапевтической, рабочей, или помогающей) была впервые сформулирована в психоаналитических кругах, прежде чем она оказалась пересмотрена в транстеоретических терминах и стала признана как объединяющий параметр, общий фактор, обобщаемый процесс изменения, или принцип изменения<sup>1,2</sup>.

За прошедшие годы много написано о роли альянса в приверженности различным видам терапии, необходимой для изменений (например, эмоционального инсайта и развития навыков), и о развитии альянса как самостоятельного изменения, обладающего «целительными» свойствами<sup>3</sup>.

В аналитической литературе эволюцию концепции можно проследить в работах от Фрейда до Гринсона со значительным вкладом и других авторов. Концепция была разработана, чтобы подчеркнуть важность сотрудничества, реальных и человеческих аспектов взаимодействия пациента и психотерапевта. Любопытно отметить, что она не получила большого внимания в межличностной и гуманистической литературе, где эти аспекты всегда были центральными.

Концепция дополняла представления о переносе во взаимоотношениях пациента и психотерапевта и обеспечила основу для технической гибкости, то есть для ухода от идеализированной позиции воздержанности и нейтральности врача. Однако эти идеи не обошлись без критики и беспокойства по поводу их нацеленности на идентификацию пациента или соблюдение плана психотерапевта<sup>3</sup>.

Бордин<sup>4</sup> сломал границы с его основополагающей переформулировкой альянса как понятия, объединяющего целенаправленное сотрудничество (соглашение пациента и психотерапевта о задачах и целях лечения) и эмоциональную связь больного и врача (взаимное уважение и доверие, а также эмоциональную сонастройку), таким образом предложив применение концепции к другим направлениям.

Это совпало по времени с интеграционным движением в психотерапии, которое пыталось определить общие процессы изменений и, в свою очередь, приняло концепцию альянса в качестве своего основного параметра, или поспособствовало ее развитию. С акцентом на взаимность и ориентированность на переговоры, эта переформулировка Бордина позволила уделить больше внимания участию и субъективности терапевта.

В качестве части постмодернистского поворота или революции отношений, которая бросила вызов жесткой демаркации между субъективностью и объективностью и признала неразрывную связь между наблюдателем и наблюдаемым, Сафран и Муран<sup>5</sup> представили интересующую разработку, которая сосредоточилась на личности психотерапевта и обсуждении экзистенциальной диалектики вокруг управления/общины и субъекта/объекта в альянсе. Согласно этому уточнению, разрешение этих диалектизм в контексте альянса представляет собой возможность изменения – нового опыта взаимодействия и исправления.

С 1970-х годов концепция альянса стала центром внимания исследовательского сообщества по психотерапии в большей мере из-за переформулировки Бордина, что привело к разработке ряда мер и быстрому развитию исследований, демонстрирующих прогностическую связь альянса с результатом (см.: Norcross и Lambert<sup>6</sup> для метаанализа 306 исследований альянса,  $N=30\ 000$ ).

Это поколение исследований не обошлось без некоторых противоречий: многочисленные параметры, что неудивительно, привели к некоторым неточностям в определениях или путанице, и большинство исследований были наблюдательными и корреляционными, но не решающими вопросы о причинно-следственной связи. Однако в последнее время появилось больше медиационных исследований, нацеленных на выявление роли альянса как «механизма изменения»<sup>7</sup>. Также существует некоторое ограниченное количество исследований, посвященных факторам пациента и психотерапевта или характеристик, влияющих на качество альянса<sup>1,6</sup>.

Дополнения к исследованиям взаимосвязи альянс-исход включили анализ моделей альянсов на основе повторных оценок после сеанса для выявления «в-эпизодов» (резких ухудшений состояния, а затем возвратов к выздоровлению) и оценок до и после сеанса для выявления «внезапных выигрышей» (значительного улучшения состояния) как отражения восстановления альянса после разрыва. Метаанализ 11 таких исследований ( $N=180$ ) показал, что резкие «падения» довольно распространены (15–80% сеансов), а последующие «улучшения», или исправления, определяют исход терапии<sup>6</sup>.

Также существуют данные непосредственно о наличии разладов в работе: пациенты сообщают о них в 20–40% сеансов, психотерапевты – в 40–60%, а сторонние лица – в 40–100%<sup>6</sup>. Эти оценки были собраны на основе самоотчетов (пациентов или психотерапевтов) о любом «напряжении или проблеме, непонимании, конфликте или разногласии» и наблюдения (третьими лицами) «конфронтации» (столкновения) и «ухода» (движения от себя или других), которые указывают на разлад. Распространенность разногласий, которую демонстрируют эти исследования, подчеркивает неупорядоченность и конфликты в человеческих отношениях, включающие взаимодействие пациент – психотерапевт<sup>5,8</sup>.

Несмотря на ограниченность количества субъектов исследований и методологические проблемы, эти попытки были неотъемлемой частью «второго поколения» исследований альянса, в частности направленных на понятие разногласий (которое в большинстве случаев определяется как ухудшение или нарушение в понимании) и процессы восстановления<sup>3,6,9</sup>. Это второе поколение включает смешанные методы (количественные и качественные) или анализ задач (шесть небольших исследований), которые позволили получить клинически полезные данные типа «когда – тогда» и разработать модель поэтапного процесса восстановления разрыва как «событие изменения».

Эти усилия определили конкретные задачи, которые необходимо выполнить в период разлада; они начинаются с признания разногласия и включают обсуждение прошлых конфликтов и (иногда) некоторые пересмотры терапии и/или переформулирование вопроса пациента (все это может быть истолковано как приводящее к новому корректирующему опыту). Данные усилия также привели к экспериментально разработанным исследованиям, в которых оценивался эффект тренингов, ориентированных на альянс, направленных на развитие способностей психотерапевта устранять разногласия (6 исследований,  $N=276$ ). Указанные тренинги оказали небольшую, но многообещающую поддержку<sup>6,9</sup>.

Будущие направления для рассмотрение вопроса о концепции альянса включают необходимость: а) большего уточнения определений и консенсуса в отношении альянса и разногласий (оба страдают от слишком большого количества терминологий и методологических переводов, которые кажутся слишком далекими от оригинальной концепции); б) большего количества исследований на тему причинно-следственной связи развития альянса и разрешения конфликта (дополнительное изучение того, как каждый из них влияет на общее изменение); в) дополнительных исследований пациентов (персональные характеристики, чувствительность в отношении вмешательства) и психотерапевта (персональные характеристики, технические вмешательства) (как эти изменения влияют на развитие альянса и урегулирование разногласий). Кроме того, необходимо г) проводить больше исследований, направленных на изучение процессов восстановления разрыва, прилагать больше усилий по разработке параметров, основанных на наблюдении, и применению исследований со смешанными методами для изучения того, какие процессы (то есть конкретное поведение и взаимодействие пациента и психотерапевта) необходимы для восстановления; д) больше изучать тренинги, ориентированные на альянс (протоколы, разработанные для развития способностей психотерапевта развивать альянс) и их потенциальное влияние на процесс и результат психотерапии.

Эти усилия второго поколения могли бы в значительной степени снизить риск неудач, связанных с разладом альянса, и, следовательно, снизить частоту провалов в психотерапии, включая преждевременное прекращение лечения и плохое соблюдение протокола терапии.

## Эффективность доступных в настоящее время психотерапевтических методов лечения посттравматического стрессового расстройства и будущие направления развития

Norman S. Effectiveness of currently available psychotherapies for post-traumatic stress disorder and future directions. *World Psychiatry*. 2022;21(2):309-310. doi:10.1002/wps.20974

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) вошло в DSM чуть более 40 лет назад. С тех пор было проведено более 300 завершённых рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) методов лечения этого состояния, около двух третей из которых включали одну или несколько методов психотерапии<sup>1</sup>. Поэтому неудивительно, что существует надёжная доказательная база эффективных психотерапевтических методов лечения ПТСР.

Психотерапии, ориентированные на травму, в которых обработка воспоминаний и эмоций, связанных с травматическим событием, является основным фокусом на протяжении всего лечения, стали наиболее эффективными<sup>2</sup>. Метаанализы, как правило, показывают, что сокращение симптомов ПТСР происходит в больших масштабах, а также высокие показатели потери диагноза или ремиссии при этих методах лечения<sup>2</sup>.

Среди травмоориентированных психотерапий, длительное воздействие (ПЭ) терапия, когнитивная терапия (СРТ), когнитивная терапия, десенсибилизация и переработка движения глаз выделяются как имеющие сильнейшие доказательства, потому что они были изучены больше всего,

### J. Christopher Muran<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Gordon F. Derner School of Psychology, Adelphi University, Garden City NY, USA

<sup>2</sup>Mount Sinai Beth Israel, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York NY, USA

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)

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

### Библиография

1. Castonguay L.G., Constantino M.J., Beutler L.E. (eds). Principles of change: how psychotherapists implement research in practice. Oxford: Oxford University Press, 2019.
2. Wampold B.E., Imel Z.E. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. Oxford: Routledge, 2015.
3. Muran J.C., Barber J.P. (eds). Therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice. New York: Guilford, 2010.
4. Bordin E.S. In: Horvath A.O., Greenberg L.S. (eds). The working alliance: theory, research, and practice. Chichester: Wiley, 1994:13–37.
5. Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide. New York: Guilford, 2000.
6. Norcross J.C., Lambert M.J. (eds). Psychotherapy relationships that work, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
7. Baier A.L., Kline A.C., Feeny N.C. Clin Psychol Rev 2020; 82:101921.
8. Muran J.C., Eubanks C.F. Therapist performance under pressure: negotiating emotion, difference, and rupture. Washington: APA Books, 2020.
9. Barkham M., Lutz W., Castonguay L.G. (eds). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 7th ed. Chichester: Wiley, 2021.

DOI:10.1002/wps.20973

исследователями, отличными от тех, кто разработал лечение, и с самым широким разнообразием популяций и коморбидности.

Хотя было немного прямых сравнений психотерапии и фармакотерапии для ПТСР, метаанализ, который сравнивал размеры эффектов во всех исследованиях, обнаружил более значительные эффекты для психотерапии ( $g=1.14$ ), чем лекарства ( $g=0.42$ )<sup>3</sup>. Есть также свидетельства того, что ПТСР можно эффективно лечить с помощью психотерапии, не ориентированной на травмы, которые, как правило, направлены на улучшение конкретных навыков, но размер эффектов, как правило, меньше, чем для психотерапии, ориентированной на травмы<sup>2</sup>.

Доступность эффективных методов лечения коренным образом изменила наш взгляд на ПТСР от хронического состояния, которое мы в лучшем случае можем справиться, к состоянию, от которого можно оправиться. Хотя это чрезвычайно хорошая новость, предстоит еще проделать большую работу. Не все люди с ПТСР хотят или могут участвовать в психотерапии, ориентированной на травму; отсев от лечения ПТСР остается высоким (это верно для всех



типов лечения ПТСР, отчасти потому, что характерный симптом ПТСР – избегание); и некоторые люди, которые участвуют в этом лечении, остаются частичными респондентами или не отвечают.

Проводимую в настоящее время работу по дальнейшему повышению эффективности психотерапии для ПТСР можно в целом разделить на две категории: а) исследования, направленные на расширение участия и улучшение результатов существующих психотерапевтических методов, ориентированных на травму; и б) исследования по разработке и оценке новых методов психотерапии.

Повышение уровня адаптации таких пациентов является многообещающим с точки зрения улучшения вовлеченности в существующие психотерапии, – это массовое лечение, то есть сеансы психотерапии, проводимые несколько дней подряд или несколько раз в неделю. Этот формат позволяет пациентам завершить лечение за 2–4 недели, а не за 3–4 месяца, как это обычно бывает с еженедельными сеансами. Полевые исследования и небольшое число РКИ показывают, что коэффициент завершения лечения достигает 85%, при этом эффективность является хорошей или лучше, чем еженедельная терапия<sup>4</sup>.

Еще одним перспективным направлением являются более короткие варианты лечения. Предварительный *RCT PE* для первичной медицинской помощи (*PE-PC*), 4-сессийная версия *PE*, где пациенты встречаются со своим терапевтом в течение 30 минут вместо 90 минут, показал, что более 80% участников завершили лечение. Это вмешательство привело к более значительному снижению тяжести ПТСР и общего стресса по сравнению с минимальным контактным контролем, и этот процесс продолжался в течение 6 месяцев<sup>5</sup>. Эта версия *PE* предназначена как часть пошагового подхода к уходу для тех, кто инициирует лечение ПТСР в первичной медико-санитарной помощи, и, как представляется, является адекватной дозой лечения для некоторых пациентов с ПТСР.

Общей чертой между массивной и более короткой психотерапией является то, что пациенты завершают лечение в более короткие сроки, что может способствовать более высоким темпам завершения по сравнению с тем, что мы обычно наблюдаем при лечении ПТСР.

Еще одним улучшением является то, что новые версии руководств *PE* и *CPT* дают больше рекомендаций тем, кто проводит сеансы, о том, как помочь пациентам справиться с распространенными, но иногда сложными, не основанными на страхе посттравматическими эмоциями, такими как вина и стыд, что может привести к тому, что пациенты с такими эмоциональными реакциями с большей вероятностью получают пользу от этого лечения. Когда появятся больше результатов *RCT* с использованием новых версий этих руководств, сравнение размеров внутри группы между более новыми и более ранними исследованиями прольет свет на то, повышают ли эти изменения эффективность лечения.

Что касается исследований по разработке и оценке новых психотерапевтов для ПТСР, то основанная на травмах терапия уменьшения вины, которая фокусируется на снижении вины, связанной с травмами, имеет многообещающие предварительные результаты с полным запуском испытания<sup>6</sup>. Письменная экспозиционная терапия, в рамках которой пациентам предлагается написать о травматическом событии в соответствии со сценарием, была обнаружена в рандомизированном исследовании, как не относя-

щаяся к *CPT* в снижении симптомов ПТСР и связанная со значительно меньшим количеством выбывших<sup>7</sup>. Обе эти психотерапии являются краткими (5 и 6 сеансов соответственно), что, как отмечалось выше, может способствовать более высоким темпам завершения лечения.

Нам еще многое предстоит узнать о ПТСР и его лечении, чтобы еще больше улучшить результаты психотерапии. Например, такие идентификационные факторы, как этническая и гендерная принадлежность, по-прежнему серьезно недооцениваются в связи с результатами лечения ПТСР. Более того, хотя в настоящее время существует целый ряд эффективных методов лечения, мало что известно о том, как оптимально подбирать метод лечения персонализированно для пациентов. Недавно завершено сравнительное исследование эффективности *PE* и *CPT* для 900 участников программы Veterans Affairs может помочь пролить свет на этот вопрос<sup>8</sup>, так же как и проходящий метаанализ лечения пациентов с сопутствующим ПТСР и расстройством токсикомании, который включает 42 испытания и использует индивидуальные данные пациента<sup>9</sup>.

В настоящее время наилучшей практикой является совместное принятие решений между пациентом и психотерапевтом для информирования о выборе лечения. Знания, которые позволили бы выработать более индивидуализированные или точные рекомендации, могут стать фактором, повышающим результативность работы.

Подводя итог, можно сказать, что нам посчастливилось находиться в то время, когда более 40 лет исследований дали нам набор эффективных вариантов психотерапии при ПТСР, из которых пациенты и их психотерапевты могут выбирать. Несмотря на сохраняющиеся пробелы, в настоящее время проводятся дополнительные исследования, позволяющие надеяться на то, что в предстоящие годы мы сможем помочь большему числу людей более полно оправиться от ПТСР.

## Sonya B. Norman

National Center for PTSD and University of California San Diego School of Medicine, San Diego, CA, USA

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

## Библиография

1. O'Neil ME, Harik JM, McDonagh M et al. J Trauma Stress 2020;33:410-9.
2. Lewis C, Roberts NP, Andrew M et al. Eur J Psychotraumatol 2020;11:1729633.
3. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L et al. J Clin Psychiatry 2013;74:e541-50.
4. Foa EB, McLean CP, Zang Y et al. JAMA 2018;319:354-65.
5. Cigrang JA, Rauch SA, Mintz J et al. Fam Syst Health 2017;35:450-62.
6. Capone C, Norman SN, Haller M et al. Contemp Clin Trials 2021;101:106251.
7. Sloan DM, Marx BP, Lee DJ et al. JAMA Psychiatry 2018;75:233-9.
8. Schnurr PP, Chard KM, Ruzek JI et al. Contemp Clin Trials 2015;41:75-84.
9. Saavedra LM, Morgan-Lopez AA, Hien DA et al. Contemp Clin Trials 2021; 107:106479.

DOI:10.1002/wps.20974

# Посттравматическое стрессовое расстройство как инициатор других психических расстройств

Bryant RA. Post-traumatic stress disorder as moderator of other mental health conditions. *World Psychiatry*. 2022;21(2):310-311. doi:10.1002/wps.20975

Коморбидность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с другими психическими расстройствами не является редкостью. Эта сопутствующая патология часто объясняется либо перекрывающимися симптомами между ПТСР и другими расстройствами, либо разнообразием психических состояний, которые могут возникнуть в результате воздействия травмирующего опыта. Однако наличие коморбидности также может быть связано с тем фактом, что ПТСР может смягчать начало или тяжесть других психических симптомов или расстройств. Это важный вопрос, поскольку он имеет значение для подбора наиболее эффективного лечения пациентов, страдающих от множества симптомов, которые могут возникнуть после психотравмы.

Наши знания о том, как ПТСР может влиять на другие расстройства, основаны на лонгитудинальных исследованиях, чаще всего проводимых с применением анализов с перекрестной задержкой или временными рядами (cross-lagged or time-series analyses). Этот подход позволяет нам определять степень, в которой каждое состояние влияет на другие расстройства впоследствии. Согласованные данные указывают на то, что ПТСР может предшествовать депрессии или усугублять ее, тревожные расстройства, суицидальную симптоматику, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства пищевого поведения и психозы<sup>1</sup>. Также ПТСР может предшествовать целому ряду физических и поведенческих показателей, включая хроническую боль и употребление табака.

Существуют данные сетевого анализа, показывающие, как симптомы ПТСР могут влиять на другие психиатрические симптомы. Сетевой анализ концептуализирует психопатологические состояния как результат причинно-следственных связей между различными симптомами, а не как следствие основного болезненного состояния<sup>2,3</sup>, к примеру, такой симптом ПТСР, как ночные кошмары, может быть причиной нарушения сна, которое, в свою очередь, приводит к нарушению концентрации внимания и раздражительности. Множество исследований, использующих сетевой анализ, показывают, что специфические симптомы ПТСР могут влиять на проблемы при других состояниях, включая депрессию и тревожные расстройства<sup>4</sup>.

При объяснении роли ПТСР как посредника взаимосвязи между воздействием травмы и возникновением других психических расстройств упоминается несколько механизмов, которые, возможно, взаимодействуют между собой.

Одним из ключевых потенциальных механизмов является влияние ПТСР на способность регулировать эмоциональный дистресс. Было замечено, что ПТСР характеризуется нарушением эмоциональной регуляции, и возможно, что оно предрасполагает к развитию новых психических расстройств или ухудшению других<sup>5</sup>. Способность к регулированию эмоций при ПТСР может быть связана с нарушением исполнительских функций<sup>6</sup>. Дефицит рабочей памяти и внимания может быть лимитирован степенью регулирования эмоций, которые способны привести к большему риску возникновения проблем с психическим здоровьем.

Более того, ключевым симптомом ПТСР является избегание, которое может спровоцировать каскад неадекватных стратегий. Избегание может включать в себя ситуации или

мысли и воспоминания, связанные с травматическим опытом. Эта тенденция может привести к избеганию социальных сетей, эмоциональных состояний и видов деятельности, способствующих хорошему психическому здоровью. В свою очередь, это влечет за собой нарастание депрессии, тревоги и других психических нарушений.

Другая распространенная форма избегания у людей с ПТСР заключается в самолечении препаратами, отпускаемыми по рецепту или без него, чтобы заглушить страдания, сопутствующие травматическим воспоминаниям. Такое поведение может не только привести к злоупотреблению психоактивными веществами, что было задокументировано в лонгитудинальных исследованиях ПТСР, но и способствовать отсутствию конструктивного разрешения сложностей. Склонность к избеганию также может привести к отказу от обращения за помощью в психиатрические службы, что станет препятствовать раннему вмешательству или адекватному лечению других психических расстройств.

DSM-5 четко описывает наличие вредных форм поведения при ПТСР, включая такое рискованное поведение, как опасное вождение, чрезмерное употребление алкоголя и членовредительство. Эти реакции концептуализируются как результат крайнего возбуждения и трудностей в контроле импульсов, которые могут испытывать люди с ПТСР<sup>7</sup>. Такое поведение может привести к целому ряду событий и привычек, запускающих повторяющиеся циклы столкновения с психотравмой. Это способно усугубить сенситивизацию, типичную для ПТСР, когда повышается нервная чувствительность к угрозам и стрессорам окружающей среды и человек более активно реагирует на такие события.

Одним из сильнейших трансдиагностических предикторов риска возникновения проблем с психическим здоровьем являются неадаптивные или катастрофические оценки самого себя или окружающей среды<sup>8</sup>. Ключевой особенностью ПТСР становится тенденция к катастрофическим оценкам после травматического опыта, и эти оценки могут распространяться на многие аспекты жизни человека, такие как самооценка, доверие к другим, страхи негативных оценок, микробов или самообвинение. Эти когнитивные тенденции служат основными факторами риска для целого ряда психических состояний, включая тревогу, депрессию, расстройства пищевого поведения и обсессивно-компульсивное расстройство. В связи с этим, склонность к размышлениям хорошо задокументирована после травмы, и эта привычка постоянно думать о негативных событиях является основным фактором риска для многих психических нарушений.

Рассматривая различные механизмы того, как ПТСР может влиять на другие психиатрические проблемы, стоит отметить, что многие из приведенных здесь факторов риска могут присутствовать до воздействия травмы и фактически предрасполагать человека к развитию ПТСР. Эти элементы могут усиливаться по мере развития ПТСР, а затем способствовать возникновению других психических нарушений, которые имеют общие механизмы. В этом контексте следует особенно отметить появляющиеся данные об общей генетической уязвимости к целому ряду психи-

ческих расстройств<sup>9</sup>. В результате воздействия травмы и развития ПТСР экспрессия генов может предрасполагать индивидуума к развитию других психических расстройств посредством общей генетической уязвимости.

В целом эти данные отражают интерактивный многофакторный характер процессов, объясняющих, как ПТСР может привести к возникновению или ухудшению других психических нарушений. Понимание того, как ПТСР может влиять на другие психологические проблемы, является важной областью будущих исследований, поскольку это имеет серьезные перспективы для терапии. Уделение внимания изучению ПТСР может иметь последующие преимущества при решении многих проблем, выходящих за рамки конкретной области этого расстройства.

### Richard A. Bryant

School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)

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

### Библиография

1. Wang Q., Xu R., Volkow N.R. *World Psychiatry* 2021; 20:124–30.
2. Slovic P., Finucane M.L., Peters E. et al. *Risk Anal* 2004; 24:311–22.
3. Hornsey M.J., Fielding K.S. *Am Psychol* 2017; 72:459–73.
4. Hornsey M.J., Harris E.A., Fielding K.S. *Health Psychol* 2018; 37:307–15.
5. Hornsey M.J., Finlayson M., Chatwood G. et al. *J Experiment Soc Psychol* 2020; 88:103947.
6. UK Office for National Statistics. *Coronavirus and vaccination rates in people aged 50 years and over by socio-demographic characteristic, England*. London: UK Office for National Statistics, 2021.
7. Fridman A., Gershon R., Gneezy A. *PLoS One* 2021; 16:e0250123.
8. Nyhan B., Reifler J., Richey S et al. *Pediatrics* 2014; 133:e835–42.
9. Lewandowsky S., Cook J., Schmid P. et al. *The COVID-19 vaccine communication handbook*.

DOI:10.1002/wps.20975

## Насилие со стороны интимного партнера и психическое здоровье: уроки пандемии COVID-19

Howard L, Wilson C, Chandra P. Intimate partner violence and mental health: lessons from the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):311–313. doi:10.1002/wps.20976

Насилие в семье и жестокое обращение – глобальная проблема здравоохранения, которая негативно сказывается как на физическом, так и на психическом здоровье людей. Насилие со стороны интимного партнера является одной из наиболее распространенных форм насилия. Оно включает физическое, сексуальное и эмоциональное насилие (в том числе насилие с использованием современных технологий) и контроль или принуждение со стороны партнера или бывшего партнера.

Женщины и девочки особенно подвержены риску насилия со стороны интимного партнера. Во всем мире 27% женщин в возрасте 15 лет и старше, с которыми когда-либо были установлены партнерские отношения, сталкивались с таким насилием, причем самые высокие показатели были отмечены в странах с низким уровнем дохода<sup>1</sup>. Факторы риска могут возникать на четырех уровнях: а) индивидуальные (например, инвалидность); б) отношения (например, подверженность партнера насилию со стороны родителей, злоупотребление психоактивными веществами); в) общины (например, нищета, преступность); и г) общества (например, несправедливые гендерные роли, гуманитарные условия и конфликтные ситуации, неадекватные законы, например, касающиеся изнасилования в браке, или неадекватное правоприменение)<sup>2</sup>. Риск насилия со стороны интимного партнера может возрасти в перинатальный период, особенно в случае незапланированной беременности.

Ограничения в области здравоохранения во время пандемии COVID-19 привели к увеличению времени, проводимого дома с партнерами, что сопровождалось ростом насилия со стороны интимных партнеров, о чем свидетельствует увеличение числа звонков в службы помощи и контактов с другими органами поддержки<sup>3</sup>. Во многих странах из-за частых блокировок и карантинных правил женщины не имеют надлежащего доступа к транспорту, убежищам, безопасным домам и услугам третьего сектора, что усугубляет проблему. Дистанционное оказание медицинских услуг также создает новые проблемы для практических ра-

ботников, занимающихся выявлением случаев насилия со стороны интимного партнера и реагированием на них, а также устранением его последствий для психического здоровья.

Хотя многие исследования в этой области носят межсекторальный характер, из стран с высоким и низким уровнем дохода поступают продольные данные о том, что подверженность насилию и злоупотреблениям психоактивными веществами на протяжении всей жизни может повысить риск последующего психического заболевания<sup>4</sup>. К числу возможных нарушителей этой ассоциации относятся социально-экономические трудности и подверженность насилию и жестокому обращению в раннем возрасте.

Однако взаимосвязь между насилием со стороны интимного партнера и психическим здоровьем является сложной. Имеются также свидетельства того, что лица с психическими расстройствами по всему спектру диагноза страдают непропорционально сильно<sup>4</sup>. Результаты метаанализа свидетельствуют о том, что женщины, страдающие депрессией и тревожными расстройствами, в три-четыре раза чаще подвергаются насилию, чем женщины, не имеющие таковых, и до 60% женщин с тяжелыми психическими заболеваниями могут подвергаться насилию<sup>4</sup>. Мужчины с тяжелыми психическими заболеваниями также подвергаются повышенному риску.

Хотя большинство людей, страдающих психическим расстройством, не склонны к насилию, имеются некоторые свидетельства связи между диагнозом «психическое расстройство» и насилием, включая насилие со стороны интимного партнера, хотя абсолютный риск невелик. Как представляется, это в значительной степени связано со злоупотреблением наркотиками. Вместе с тем оно может также нарушаться такими семейными факторами, как ранее подверженность насилию в семье<sup>4</sup>.

В клинических руководствах подчеркивается необходимость запрашивать информацию об опыте насилия со стороны интимного партнера у людей с психическим заболеванием в рамках любой обычной оценки психического здо-

ровья, однако эта практика не всегда соблюдается. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирная психиатрическая ассоциация (WPA), опираясь на качественные метаобзоры, рекомендуют содействовать раскрытию информации и принятию ответных мер на основе подхода «ЛАЙФС». Необходимо прислушиваться к мнению без осуждения и сопереживания, интересоваться потребностями и проблемами, способствовать признанию и принятию опыта, повышению безопасности для жертвы и семей, а также помочь с получением информации и связи со службами помощи<sup>5</sup>.

Оценка риска, связанного с совершением актов насилия, является обычной практикой в рамках определения психического здоровья, однако она, как правило, не концентрируется на оценке риска для партнеров или бывших партнеров. Недавний метаанализ шести исследований показал, что препятствия для раскрытия информации медицинскому персоналу об абьюзе со стороны интимного партнера включают негативные эмоции и отношение лиц, совершающих насилие, к их поведению и отсутствие доверия к способностям практикующих врачей решить проблему<sup>6</sup>. Факторы, способствующие раскрытию информации, включали переживание социальных последствий абьюзивного поведения и возможность получения эмоциональной и практической поддержки. Однако имеются лишь слабые доказательства эффективности вмешательств в медицинских учреждениях, направленных на борьбу с насилием; ранние данные свидетельствуют о том, что когнитивно-поведенческие и мотивационные интервьюирующие мероприятия, направленные на борьбу с употреблением алкоголя, могут снизить уровень насилия со стороны интимного партнера.

Систематические обзоры, проведенные в странах как с высоким, так и с низким уровнем дохода, сообщают о ряде психологических вмешательств, которые могут улучшить показатели психического здоровья, включая депрессию и тревогу, у женщин с психическими расстройствами, подвергающихся насилию со стороны интимного партнера<sup>4</sup>. Однако существует мало данных о вмешательствах при других расстройствах, таких как посттравматическое стрессовое расстройство, или о помощи жертвам мужского пола. Также неясно, в какой степени эффективность вмешательств сдерживается недавними, текущими или имевшими место в прошлом эпизодами абьюзивного поведения.

Имеются доказательства того, что информационно-пропагандистские мероприятия снижают уровень насилия. Там, где адвокаты консультируют практикующих психиатров или работников первичной медико-санитарной помощи по вопросам насилия в семье, а также обучают методам ведения разъяснительной работы и оказания психиатрической помощи, получается сократить масштабы насилия и улучшить психическое здоровье населения. Однако успех этого может зависеть от того, насколько адвокаты интегрированы в клинические команды, с которыми они работают. Недавний метаанализ показал, что практикующие врачи считают себя более готовыми к борьбе с насилием со стороны интимного партнера, когда они сотрудничают как с членами экспертной группы внутри своих организаций, так и со специалистами вне своей команды, а также при поддержке системы здравоохранения<sup>7</sup>.

Пандемия COVID-19 акцентировала внимание на необходимости такого сотрудничества. Использование онлайн- и телеконсультаций подчеркнуло потребность проведения дистанционной оценки случаев насилия и мероприятий в области психического здоровья удаленно таким образом, чтобы это не ставило под угрозу безопасность пациентов<sup>8</sup>. Несколько организаций подготовили руководство о том, как оказывать поддержку в области психического здоровья по телефону, и во многих частях мира наряду с инвестициями

в приюты и другие безопасные варианты размещения жертв насилия увеличилось число телефонов доверия.

Для тех, кто не имеет доступа к мобильным технологиям во время пандемии, разработан ряд инновационных мер вмешательства. Они включают использование существующих общественных мест, таких как аптеки и магазины, а также путем предоставления справочных служб или телефонных будок, где можно получить поддержку. Более дискретные стратегии включают использование кодовых слов, тихих сигналов тревоги или других сигналов, которые могут быть представлены на сайте организации поддержки или отображаться за пределами дома<sup>9</sup>. Потенциально эти стратегии также могли бы быть реализованы психиатрическими учреждениями, хотя, насколько нам известно, на сегодняшний день они не использовались.

ВПА разработали учебную программу и основные компетенции для психиатров, специализирующихся на насилии со стороны интимного партнера и на сексуальном насилии в отношении женщин<sup>5</sup>. Аналогичные инициативы по подготовке студентов и аспирантов необходимы для других практикующих врачей, включая работников общественного здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода, с исследованиями для определения наилучших способов вмешательства.

Кроме того, политика в области психического здоровья должна признавать необходимость применения подходов, основанных на учете травм, которые способствуют выявлению случаев насилия со стороны интимного партнера и реагированию на них. Во время пандемии WPA, Международная ассоциация психического здоровья женщин и Международное общество перинатального психического здоровья имени Марсе организовали вебинары для содействия совместному обучению и обсуждению работы по борьбе с насилием среди медицинских работников, оказывающих поддержку тем, кто пострадал от насилия со стороны интимного партнера.

Службы должны обеспечивать регулярный сбор данных о насилии со стороны интимного партнера, а исследования обязаны обеспечивать измерение и анализ воздействия этого насилия – в ходе испытаний (фармакологических и немедикаментозных) вмешательств, в ходе наблюдений когортных исследований и при оценке мер в области здравоохранения, которые могут уменьшить масштабы проблемы (например, установление минимальных цен на алкоголь). Наконец, используя площадки ВОЗ, Организации Объединенных Наций и национальных органов, психиатры могли бы также выступать за более широкие изменения, направленные на устранение социальных и структурных причин насилия со стороны интимных партнеров и тем самым на уменьшение его бремени для психического здоровья людей.

**Louise M. Howard<sup>1</sup>, Claire A. Wilson<sup>1</sup>, Prabha S. Chandra<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Section of Women's Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, and South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK;

<sup>2</sup>National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Gibbs A., Dunkle K., Ramsoomar L. et al. *Glob Health Action* 2020; 13: 1739845.
3. Sánchez O.R., Vale D.B., Rodrigues L. et al. *Int J Gynecol Obstet* 2020; 151:180–7.

4. Oram S., Khalifeh H., Howard L.M. *Lancet Psychiatry* 2017; 4:159–70.
5. Stewart D.E., Chandra P.S. WPA Position Statement on Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women. [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org).
6. Calcia M.A., Bedi S., Howard L.M. et al. *BMJ Open* 2021; 11:e043183.
7. Hegarty K., McKibbin G., Hameed M. et al. *PLoS One* 2020; 15:e0234067.
8. Emezue C. *JMIR Public Health Surveill* 2020; 6:e19831.
9. United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF). Not just hotlines and mobile phones: gender-based violence service provision during COVID-19. [www.unicef.org](http://www.unicef.org).

DOI:10.1002/wps.20976

# Перепрофилирование флувоксамина и других психиатрических препаратов для лечения COVID-19 и других заболеваний

Lenze EJ, Reiersen AM, Santosh PJ. Repurposing fluvoxamine, and other psychiatric medications, for COVID-19 and other conditions. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):314-315. doi:10.1002/wps.20983

В начале пандемии COVID-19 было предложено перепрофилирование некоторых ранее одобренных лекарств для снижения рисков заболеваемости и смертности инфицированных людей. Например, исследование UK RECOVERY продемонстрировало преимущества дексаметазона в борьбе с тяжелыми респираторными заболеваниями, что привело к его широкому распространению с середины 2020 г. Множество психиатрических лекарств имеют противовирусный и иммуностимулирующий эффект и являются кандидатами на перепрофилирование для лечения COVID-19 и других непсихиатрических заболеваний.

Флувоксамин – потенциальный активатор рецептора сигма-1, снижающий клеточную реакцию на стресс и ведущий к противовоспалительному эффекту<sup>1</sup>. В 2020 г. мы провели рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, которое показало, что флувоксамин предотвращает клиническое ухудшение при COVID-19<sup>2</sup>. Эти данные были воспроизведены в более крупном исследовании, в котором 1497 пациентов рандомизированно получали флувоксамин 2 раза в день по 100 мг или плацебо в течение 10 дней. Исследование выявило 32% снижение рисков тяжелых прогрессирующих заболеваний при приеме флувоксамина. Среди пациентов, кто придерживался этой схемы лечения, принимая хотя бы 80% таблеток, было выявлено уменьшение риска госпитализации на 66% и зарегистрирована только одна смерть во флувоксаминовой группе по сравнению с 12 в группе, получавшей плацебо<sup>3</sup>. Флувоксамин сейчас рекомендован к применению несколькими организациями, включая округ Онтарио в Канаде. Два текущих исследования тестируют флувоксамин с более низкой дозой 50 мг 2 раза в день (исследования *ACTIV-6* и *COVID OUT*).

Основываясь на растущем количестве научных доказательств, а также на данных о безопасности и доступности, мы считаем, что флувоксамин должен использоваться при COVID-19 у амбулаторных пациентов, имеющих высокий риск заболеваемости и смертности при осложнении инфекции. Рекомендованная доза составляет 100 мг 2 раза в день в течение 10–15 дней, которая может быть скорректирована в зависимости от переносимости. Лабораторный мониторинг не требуется, но совместно назначаемые препараты следует оценивать на предмет потенциальных взаимодействий из-за ингибирования флувоксамином цитохромов P450 (CYP) 1A2 и 2C19. Пациенты, принимающие теофиллин, клозапин, оланзапин и тизанидин (субстраты CYP1A2), в большинстве случаев не должны сочетать их с флувоксамином. Количество принимаемого кофеина, субстрата CYP1A2, должно быть исключено или сильно снижено при приеме флувоксамина. Также для пациентов, уже принимающих ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС) или селективный ингибитор обратного захвата серотонина – норэпинефрин (СИОЗСН), мы не рекомендуем адъювантную терапию флувоксамином или замену препаратов с целью лечения COVID-19.

Были предложены и другие потенциальные механизмы воздействия СИОЗС, в том числе флувоксамина, включающие ингибирование гиперкоагуляционного состояния или избыточное высвобождение серотонина тромбоцитами,

функциональное ингибирование кислой сфингомиелиназы, ведущие к задержке попадания SARS-CoV-2 внутрь клетки<sup>1</sup>. К примеру, исследование на госпитализированных взрослых с тяжелой формой COVID-19 обнаружило, что люди, принимающие лекарства, являющиеся функциональными ингибиторами кислой сфингомиелиназы (включая все СИОЗС), имели меньшую вероятность интубации или смерти.

Исследование стационарных психиатрических пациентов в Нью-Йорке во время первой волны пандемии в 2020 г. обнаружило, что СИОЗС и СИОЗСН, в частности флуоксетин, имеют защитное действие против инфекции COVID-19. Также исследование 83 584 пациентов показало, что у тех, кто принимал СИОЗС (в частности, флуоксетин или флувоксамин), смертность была снижена<sup>4</sup>.

Учитывая время и расходы, необходимые для проведения большого рандомизированного контролируемого исследования, мы хотели бы воспользоваться результатами наблюдательных исследований для оценки новых возможностей применения препаратов. Тем не менее известно, что наблюдательные исследования страдают от предвзятости, в том числе смешивания показаний. Хотя существуют методы, позволяющие уменьшить эти неточности, утверждение о пользе препарата для новых показаний, основанное исключительно на данных наблюдательных исследований, остается спорным. Например, лекарство или класс лекарств могут казаться защищающими от COVID-19, но в то же время быть показателем какой-либо другой характеристики или поведения пациента (например, социальная изоляция из-за депрессии). Таким образом, многообещающие результаты наблюдательных исследований все еще требуют подтверждения в рандомизированных исследованиях, а такие достижения, как исследование *UK RECOVERY*, показывают, что быстрые клинические инновации возможны.

СИОЗС и другие антидепрессанты могут также помочь при долгосрочных психоневрологических проявлениях COVID-19. Понятие «нейропсихиатрический длительный COVID» говорит о психиатрических симптомах, составляющих значительную долю совокупности симптомов COVID-19 после острого периода, которые являются либо хроническими, либо периодическими; неприятными, болезненными и инвалидизирующими. Например, *Patient-Led Research Collaborative* оценили распространенность симптомов у 3,762 людей через 7 месяцев после COVID. Исследователи обнаружили преобладание психоневрологических симптомов, особенно нарушения памяти и других когнитивных функций, которые были выявлены у более чем 85% респондентов и имели негативное влияние на повседневную жизнь. Другими распространенными психоневрологическими симптомами были бессонница, тревожность, депрессия и порой галлюцинации (обонятельные и другие).

Этиологические факторы, связанные с психоневрологическим длительным COVID, могут включать устойчивую SARS-CoV-2 инфекцию и длительное гипервоспалительное состояние, усугубляемое психосоциальным стрессом. К сожалению, на сегодняшний день существует мало исследований, посвященных лечению нейропсихиатрическо-

го длительного COVID. Недавнее исследование про постковидное депрессивное расстройство<sup>8</sup> показало, что 55 из 60 (92%) пациентов достигли клинического улучшения после 4 недель лечения СИОЗС. Такой значительный эффект не зависел от гендера, психиатрического анамнеза и варианта СИОЗС. Авторы сделали предположение, что такая быстрая реакция на СИОЗС может быть обусловлена их прямым действием на воспаление в головном мозге в дополнении к их типичным антидепрессивным механизмам (которые остаются неясными). Это было одиночное открытое исследование, и необходимы дополнительные данные в отношении эффективности различных методов лечения. Но это исследование также показывает важную роль психиатров в лечении и супервизии долгосрочных психоневрологических последствий COVID-19.

Поскольку пандемия распространяется и далее, будет крайне важно продолжать отвечать на ключевые вопросы о роли СИОЗС в лечении острого COVID-19. Какая дозировка и продолжительность приема флувоксамина лучше, насколько эффективно комбинирование с другими препаратами против COVID-19 (такими как моноклональные антитела)? Является ли более широкодоступный и простой в использовании флуоксетин достаточно эффективным лечением по сравнению с флувоксамином при учете, что он имеет более низкое сродство к S1R? Каковы лучшие варианты терапии психоневрологических проявлений длительного COVID и у каких пациентов?

Поскольку в настоящее время считается, что многие психотропные препараты обладают широким спектром молекулярных, клеточных и физиологических эффектов, включая противовоспалительные, нейропротекторные и кардиопротекторные, а также антипролиферативные, мы можем ожидать, что уроки, извлеченные при тестировании этих препаратов при COVID-19, будут ценны в контексте будущих попыток по перепрофилированию лекарств, начи-

мая от инфекционных и воспалительных заболеваний и заканчивая нейродегенеративными заболеваниями, такими как болезнь Альцгеймера и рак<sup>9</sup>.

**Eric J. Lenze<sup>1</sup>, Angela M. Reiersen<sup>1</sup>, Paramala J. Santosh<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis MO, USA

<sup>2</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, King's College London, London UK

Перевод: Моргун Е.О. (Москва)

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

#### Библиография

1. Sukhatme V.P., Reiersen A.M., Vayttaden S.J. et al. *Front Pharmacol* 2021; 12:652688.
2. Lenze E.J., Mattar C., Zorumski C.F. et al. *JAMA* 2020; 324:2292-300.
3. Reis G., Dos Santos Moreira-Silva E.A., Medeiros Silva DC et al. *Lancet Glob Health* 2022; 10:e42-51.
4. Hoertel N., Sanchez-Rico M., Gulbins E. et al. *Clin Pharmacol Ther* 2021; 110:1498-511.
5. Clelland C.L., Ramiah K., Steinberg L. et al. *BJPsych Open* 2021; 8:e6.
6. Oskotsky T., Maric I., Tang A. et al. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e2133090.
7. Davis H.E., Assaf G.S., McCorkell L. et al. *EClinicalMedicine* 2021; 38:101019.
8. Boldrini M., Canoll P.D., Klein R.S. *JAMA Psychiatry* 2021; 78:682-3.
9. Nykamp M.J., Zorumski C.F., Reiersen A.M. et al. *Pharmacopsychiatry* 2022; 55:24-9.

DOI:10.1002/wps.20983

## Эмпирические критерии тяжести обсессивно-компульсивного расстройства на протяжении жизни

Cervin M; OCD Severity Benchmark Consortium, Mataix-Cols D. Empirical severity benchmarks for obsessive-compulsive disorder across the lifespan. *World Psychiatry*. 2022;21(2):315-316. doi:10.1002/wps.20984

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) характеризуется длительными навязчивыми идеями и компульсиями, которые вызывают дистресс и различные нарушения<sup>1</sup>. Оно может поражать людей всех возрастов и имеет распространенность в течение жизни 1-2%<sup>2,3</sup>. Тяжесть ОКР оценивается с помощью обсессивно-компульсивной шкалы Йеля-Брауна (*Y-BOCS*)<sup>4,5</sup>. Несмотря на широкое использование этой шкалы в течение нескольких десятилетий, все еще существует неопределенность в отношении того, что представляет собой субклиническое, легкое, умеренное и тяжелое ОКР.

Насколько нам известно, только в двух предыдущих исследованиях были предприняты попытки рассчитать критерии тяжести *Y-BOCS*<sup>6,7</sup>, что дало противоречивые результаты. Оба исследования оказались недостаточно мощными, так как в них было включено небольшое количество лиц с более низкой и более высокой степенью тяжести расстройства, а также были набраны участники только из одной страны или одной возрастной группы.

Чтобы обеспечить окончательные контрольные показатели тяжести ОКР, которые можно использовать на протяжении всей жизни пациента и в разных культурах, тре-

буются большие многонациональные выборки. Подтвержденные эмпирическим путем, контрольные показатели тяжести обещают принятие клинических решений, планирование испытаний и общение между специалистами, сообществом пациентов и политиками.

Консорциум оценки тяжести ОКР собрал данные *Y-BOCS* от 5140 человек с пожизненным диагнозом ОКР из Швеции, Бразилии, Южной Африки, США и Индии (47/53% мужчин/женщин, 21/79% детей/взрослых, возрастной диапазон: 5-82 года). Данные собраны в рамках различных исследовательских проектов; каждое из отдельных исследований было одобрено местным советом по этике, и все участники предоставили письменное информированное согласие (или согласие родных, если пациенты моложе 18 лет) на участие.

Для разработки модели использовались данные из четырех стран (Швеция,  $N=1697$ , Бразилия,  $N=936$ , Южная Африка,  $N=552$ , США,  $N=599$ , всего  $N=3784$ ). Данные из Индии ( $N=1356$ ) использовались для проверки внешней модели. Опытные клиницисты применяли «детскую» или «взрослую» версии *Y-BOCS* и шкалу общего клинического впечатления-тяжести (*CGI-S*), которая служила эталонной

мерой в этом исследовании. Шкала *CGI-S* представляет собой единый показатель (диапазон баллов: 1–7) общей тяжести расстройства (в данном случае ОКР), который соединяет всю доступную информацию о пациенте, включая, помимо прочего, текущие симптомы, нарушения и общее функционирование<sup>8</sup>.

Модель порядковой логистической регрессии была обучена на 80% данных из четырех стран, использованных для ее разработки (обучающий набор данных,  $N=3027$ ), а точность наилучших контрольных показателей серьезности оценивалась отдельно на оставшихся 20% этих данных (удерживаемый набор данных,  $N=757$ ) и на внешнем наборе данных из Индии. Чтобы компенсировать неравномерное распределение классов серьезности при разработке модели, была проведена избыточная выборка путем взятия 2500 образцов с заменой из каждого класса серьезности.

Значительная доля всех участников тренинговых и несостоятельных наборов данных была классифицирована как «имеющие умеренно выраженное ОКР» (*CGI S* – 4 или 5;  $=2577$ , 68,1%). Следующим наиболее распространенным классом тяжести было легкое ОКР (3 балла по шкале *CGI-S*;  $N=580$ , 15,3%), затем тяжелое ОКР (6 или 7 баллов по шкале *CGI-S*;  $N=408$ , 10,8%) и субклиническое ОКР (оценка *CGI-S* 1 или 2;  $N=219$ , 5,8%). Во внешнем индийском наборе данных среднетяжелое ОКР было наиболее распространенным ( $N=502$ , 37,0%), за ним следуют тяжелое ОКР ( $N=352$ , 26,0%), легкое ОКР ( $N=341$ , 25,1%) и субклиническое ОКР ( $N=161$ , 11,9%).

По Спирмена показало, что класс тяжести и тяжесть *Y-BOCS* коррелировали от умеренной до сильной степени ( $r=0,61$ ,  $p<0,00001$ ). Порядковая регрессионная модель с классом тяжести в качестве зависимой переменной и оценкой *Y-BOCS* в качестве независимой переменной была статистически значимой ( $p<0,00001$ ), а оценка псевдо  $R^2$  модели Нагелькерке показала, что вариация в степени тяжести *Y-BOCS* составляет 47,9% изменения в классификации тяжести *CGI-S*.

При использовании обучающего набора данных модель порядковой регрессии показала, что субклиническое ОКР соответствовало баллам 0–13 по *Y-BOCS*, легкое ОКР – 14–21 баллу, умеренное ОКР – 22–29 баллам, а тяжелое ОКР – 30–40 баллам. Эти эталонные тесты классифицировали людей в наборах данных, не учитываемых и внешних, с умеренной точностью (отклонение: 57%, внешние: 55%). Когда мы допустили, что уровни серьезности перекрывают три точки, точность увеличилась до 79% в обоих наборах данных. Это указывает на то, что примерно половина ошибочных классификаций возникла вокруг контрольных точек, что ожидается, поскольку тяжесть ОКР является многомерной конструкцией<sup>9</sup>.

Оценка *Y-BOCS* в 14 баллов отделяла клинических от субклинических пациентов с отличной чувствительностью (отклонение: 94%, внешнее: 91%) и адекватной специфичностью (62% и 78% соответственно). Положительная прогностическая ценность (ППЦ), или доля участников, классифицированных как имеющие клиническое ОКР, у которых действительно было клиническое ОКР, была превосходной как в контрольных (98%), так и во внешних (99%) наборах данных. Отрицательная прогностическая ценность (ОПЦ), или доля участников, классифицированных как имеющие субклиническое ОКР, у которых действительно было субклиническое ОКР, была ниже (40 и 28% соответственно).

Интересно, что 14 баллов на два балла ниже, чем 16 баллов, которые обычно используются в качестве критерия включения в большинство клинических испытаний ОКР. Насколько нам известно, 16-балльная отсечка, используемая в клинических испытаниях, является произвольной и может быть пересмотрена в свете текущих результатов.

Оценка *Y-BOCS* в 30 баллов отделяет тяжелое ОКР от нетяжелого с адекватной чувствительностью (отклонение: 70%, внешнее: 82%), хорошей специфичностью (89 и 84%), низким ППЦ (43 и 49%), и высоким ОПЦ (96 и 96%). Таким образом, 30 баллов лучше всего подходит для выявления лиц с тяжелым обсессивно-компульсивным расстройством, а не для выявления чистой группы выше определенного уровня тяжести. Таким образом, решения о нормировании доступа к определенным интенсивным специализированным методам лечения для лиц с баллами *Y-BOCS* выше 30 следует подвергать сомнению.

В значительной степени согласованные характеристики классификации (общая точность, чувствительность, специфичность, ППЦ и ОПЦ) общих контрольных показателей были обнаружены в разных странах, по полу и возрастным группам, а общие контрольные показатели были аналогичны по точности контрольным показателям, производным от подгрупп (то есть контрольным показателям, основанным только на подгруппах обучающего набора данных). Это указывает на то, что предоставленные контрольные показатели в значительной степени неизменны для национальных условий и отдельных людей и, следовательно, могут использоваться в глобальном масштабе и на протяжении всей жизни.

Таким образом, мы представляем этой области эмпирически полученные критерии тяжести *Y-BOCS* на протяжении всей жизни, которые будут полезны в исследованиях и клинических условиях (субклиническое ОКР: 0–13 баллов; легкое ОКР: 14–21 балл; среднее ОКР: 22–29 баллов; тяжелое ОКР: 30–40 баллов).

Однако из-за умеренной точности классификаций мы предостерегаем от исключительного использования этих контрольных показателей для принятия важных клинических решений в отношении отдельных пациентов, таких как предложение доступа к специализированному лечению. Следует использовать другие соответствующие переменные вместе с баллами *Y-BOCS* для принятия клинических решений и распределения ресурсов, такие как продолжительность расстройства, время без адекватного лечения, психические и соматические сопутствующие заболевания, условия проживания в семье, социально-экономические обстоятельства и личный анамнез лечения.

#### Примечание

Дополнительную информацию об этом исследовании можно найти по адресу <https://osf.io/yu3xd/>. В Консорциум оценки тяжести ОКР входят, помимо авторов *S.S. Arumugham* (Индия), *C. Lochner* (Южная Африка), *O. Cervin* (Швеция), *J.J. Crowley* (США и Швеция), *M.C. do Rosário* (Бразилия), *T.S. Jaisooriya* (Индия), *M.C. Batistuzzo* (Бразилия), *J. Wallert* (Швеция), *M.A. de Mathis* (Бразилия), *S. Balachander* (Индия), *W.K. Goodman* (США), *D.L.C. Costa* (Бразилия), *E. de Schipper* (Швеция), *S. Wilhelm* (США), *A. Palo* (США), *J.C. Narayanaswamy* (Индия), *R.G. Shavitt* (Бразилия), *Y.A. Ferrão* (Бразилия), *Y. Omar* (США), *J. Boberg* (Швеция), *T.K. Murphy* (США), *A. Tandler* (США и Израиль), *E. Ivanova* (Швеция), *S.C. Schneider* (США), *D.A. Geller* (США), *C. Rück* (Швеция), *D.J. Stein* (Южная Африка), *E.C. Miguel* (Бразилия), *E.A. Storch* (США) и *Y.C.J. Reddy* (Индия).

#### Matti Cervin<sup>1</sup>, OCD Severity Benchmark Consortium, David Mataix-Cols<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Sciences Lund, Lund University, Lund, Sweden;

<sup>2</sup>Department of Clinical Neuroscience, Centre for Psychiatry Research, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; <sup>3</sup>Stockholm Health Care Services, Region Stockholm, Stockholm, Sweden

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)



## Библиография

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
2. Fawcett E.J., Power H., Fawcett J.M. J Clin Psychiatry 2020; 81:19r13085.
3. Ruscio A.M., Stein D.J., Chiu W.T. et al. Mol Psychiatry 2010; 15:53–63.
4. Scahill L., Riddle M.A., McSwiggin-Hardin M. et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:844–52.
5. Goodman W., Price L., Rasmussen S. et al. Arch Gen Psychiatry 1989 ;46:1006–11.
6. Storch E.A., De Nadai A.S., Do Rosário M.C. et al. Compr Psychiatry 2015; 63:30–5.
7. Lewin A.B., Piacentini J., De Nadai A.S. et al. Psychol Assess 2014; 26:679.
8. National Institute of Mental Health. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Washington: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976.
9. Fullana M.A., Mataix-Cols D., Caspi A. et al. Am J Psychiatry 2009; 166:329–36.

DOI: 10.1002/wps.20984

# Двенадцать, а не три волны когнитивно-поведенческой терапии позволяют лучше проводить персонализированное лечение

Linden M. Twelve rather than three waves of cognitive behavior therapy allow a personalized treatment. *World Psychiatry*. 2022;21(2):316-318. doi:10.1002/wps.20985

Выражение «третья волна когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)» стало торговой маркой. Утверждалось, что она представляет собой новую «процессуальную терапию», которая нацелена на отношение клиента к его/ее собственному опыту в трансдиагностическом подходе<sup>1</sup>. Однако взгляд как на историю, так и на современную практику показывает, что современная КПТ включает в себя не менее дюжины «волн», или основных теоретических концепций и подходов к лечению. Мы суммируем их здесь.

*Первая волна: классическая теория обучения.* Развитие когнитивно-поведенческой терапии началось с классической теории обучения и включало обусловливание, привыкание и систематическую десенсибилизацию<sup>2</sup>. С тех пор для трансдиагностических целей были разработаны десятки технических вариаций «экспозиционного лечения», которые демонстрируют более или менее одинаковую терапевтическую эффективность и являются частью этой первой теоретической основы, которую можно обобщить как «первую волну» когнитивно-поведенческой терапии.

*Вторая волна: оперантная теория обучения.* Впоследствии было признано, что поведение также формируется с помощью подкреплений, как описано в теории оперантного обучения, которую можно назвать «второй волной» КПТ. Соответствующими новыми подходами к лечению были графики подкрепления и поведенческая активация, которые использовались трансдиагностически со многими техническими вариациями до настоящего времени<sup>3</sup>.

*Третья волна: копинг и теория социального научения.* Поощрения в некоторой степени зависят от навыков совладания человека, что особенно верно в социальных контактах, как описано в теориях социального научения и совладания, включая теорию модельного обучения. Соответствующие подходы к лечению включают в себя множество технических вариаций социальных навыков и тренинг уверенности в себе<sup>4</sup>. Исторически в то же время была введена «межличностная терапия», которая также относится к моделям социального взаимодействия.

*Четвертая волна: самоконтроль.* Копинг и социальная компетентность требуют от человека достаточной способности к самоконтролю, то есть к самоконтролю в присутствии неблагоприятных внешних условий под влиянием долговременных подкреплений. Соответствующие методы лечения включают самоконтроль, самообучение, внутренние диалоги, идеализированное самовосприятие и когни-

тивную репетицию, которые используются трансдиагностически при тревоге, боли или «прививке от стресса»<sup>5</sup>.

*Пятая волна: теория атрибуции и когнитивная теория.* Даже если у человека есть способность контролировать себя, остается проблема, когда и почему этот контроль происходит. Люди могут обладать многими навыками, но могут не использовать их из-за дисфункциональных ожиданий. Это можно объяснить «когнитивными» моделями и теориями атрибуции, предполагающими, что проблемы вызывает не среда сама по себе, а интерпретация мира человеком. Это может зависеть от когнитивных схем (содержание: например, вера в справедливый мир) или процессов (стиль атрибуции: например, обобщение, преувеличение, преуменьшение, эмоциональное рассуждение, беспокойство). «Когнитивная терапия», охватывающая большое разнообразие техник, направлена на развитие функционального познания и когнитивных процессов<sup>6</sup>.

*Шестая волна: теория эмоций.* Познание и поведение также обратно формируются эмоциями, как показано в экспериментах по изучению мотивации и памяти, а также рассуждений, зависящих от состояния. Соответствующие стратегии лечения направлены на развитие различных навыков регуляции эмоций<sup>7</sup>.

*Седьмая волна: терапевтические отношения.* Хотя в начале КПТ отношения между пациентом и терапевтом не играли большой роли, впоследствии стало очевидно, что и в этой психотерапии участие пациента, доверие и отношения с терапевтом имеют важное значение. В когнитивно-поведенческой терапии существует не один унифицированный, а множество типов отношений, в зависимости от потребностей человека: теплые или рациональные, требовательные или снисходительные, структурированные или гибкие. Поэтому в рамках обучения когнитивно-поведенческой терапии был введен обязательный самостоятельный опыт.

*Восьмая волна: терапия, специфичная для расстройств.* По мере того, как психотерапия становилась все более широко используемой и в нее входили медицинские страховки, требовалось доказательство ее эффективности в отношении конкретных расстройств. Это было поддержано не только клиницистами, но и требованием Управления по оценке технологий Конгресса США<sup>8</sup>. Затем возникла волна новых исследований, посвященных критериям DSM и использующих «руководства по терапии конкрет-

ных расстройств». Иногда для данного расстройства предлагалось несколько альтернативных методов лечения.

*Девятая волна: теория принятия.* Поскольку при многих расстройствах не было ремиссии или излечения, дальнейшие цели лечения заключались в том, чтобы помочь пациенту принять то, что нельзя было изменить, и извлечь из ситуации максимум пользы. Были разработаны такие методы лечения, как когнитивная терапия, основанная на внимательности, или терапия принятия и приверженности<sup>1</sup>, с использованием таких стратегий, как когнитивное разделение, направление внимания на настоящее, разъяснение ценностей или ориентация на действие.

*Десятая волна: позитивная психология и салютотерапия.* Следующим шагом в борьбе с хроническими заболеваниями стала позитивная психология и салютогенез. Соответствующие подходы к лечению включают эутимическую терапию, терапию благополучия и салютотерапию. Пациентов поощряют идентифицировать моменты благополучия, в отличие от негативных состояний, и учат, что благополучие – это не результат внешних факторов, а то, на что можно повлиять.

*Одиннадцатая волна: развитие продолжительности жизни и индивидуальная конституция.* Модель «диатез – стресс» показала, что разные люди по-разному подвержены влиянию окружающей среды. Таким образом, соматическая и психологическая конституция стала темой КПТ. Сюда входит оценка с помощью «макроанализа» предвестников и непредвиденных обстоятельств расстройства с раннего детства на протяжении всей жизни.

*Двенадцатая волна: культурочувствительная психотерапия.* Терапевты принимают пациентов с разным культурным и религиозным происхождением, влияющим на то, как те видят мир, находятся под контролем своего окружения и выражают психические расстройства. Рекомендации для культурно-чувствительной КПТ включают явное признание культуры пациента, разработку концепций болезни, которые вписываются в культуру человека, использование метафор из мира пациента и привлечение родственников или священнослужителей к принятию решений.

Многие теоретические основы когнитивно-поведенческой терапии объединены в единый тип психотерапии посредством «анализа поведения»<sup>9</sup>. При этом рассматри-

ваются предшественники и стимулы, познания, атрибуции, ожидания, физиологическая и психологическая конституция и навыки, эмоции, поведение и последствия, которые взаимосвязаны. Все это приводит к индивидуальной оценке проблем пациента, которая затем определяет индивидуальный процесс лечения, не зависящий от диагностических ярлыков. Поэтому КПТ можно считать «прецизионной терапией». В зависимости от результатов анализа поведения используются все техники всех «волн», что отличает КПТ от других видов психотерапии.

Таким образом, когнитивно-поведенческий терапевт – это тот, кто хорошо разбирается во всех теориях, лежащих в основе когнитивно-поведенческой терапии, владеет спектром производных от нее терапевтических техник и может интегрировать их в индивидуальную модель после проведения компетентного анализа поведения.

### Michael Linden

Department of Psychosomatic Medicine, Charite University Medicine Berlin, Berlin, Germany

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

### Библиография

1. Hayes S.C., Hofmann S.G. World Psychiatry 2021; 20:363–75. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press, 1958. [Google Scholar]
3. Lewinsohn P.M., Libet J. J Abnorm Psychol 1972; 79:291–5. [Google Scholar]
4. Bellack A.S., Hersen M. Research and practice in social skills training. London: Plenum, 1979. [Google Scholar]
5. Meichenbaum D.W., Goodman J. J Abnorm Psychol 1971; 77:115–26. [Google Scholar]
6. Beck A.T. Am Psychol 1991; 46:368–75. [Google Scholar]
7. Linehan M. Bull Menn Clin 1987; 51:261–76. [Google Scholar]
8. Banta H.D., Saxe L. Am Psychol 1983; 38:918–23. [PubMed] [Google Scholar]
9. Kanfer F.H., Saslow G. Arch Gen Psychiatry 1965; 12:529–38. [PubMed] [Google Scholar]

DOI:10.1002/wps.20985

## Эффективность терапии осложненного горя при затяжной патологической реакции горя, по *DSM-5-TR*

Mauro C, Tumasian R, Skritskaya N et al. The efficacy of complicated grief therapy for DSM-5-TR prolonged grief disorder. *World Psychiatry*. 2022;21(2):318–319. doi:10.1002/wps.20991

Американская психиатрическая ассоциация недавно объявила о включении в *DSM-5-TR* новой категории «затяжная патологическая реакция горя» (ЗПРГ)<sup>1,2</sup> после введения этой категории в МКБ-11. Наша группа ранее продемонстрировала эффективность таргетного лечения (терапия осложненного горя, ТОГ) при осложненном горе, состоянии, во многом соответствующем ЗПРГ. Теперь мы изучили эффективность этого лечения среди людей, симптомы которых соответствовали критериям *DSM-5-TR* для ЗПРГ.

ТОГ представляет собой практическое вмешательство из 16 сеансов, разработанное, когда мы заметили, что лечение депрессии оказалось неэффективным при осложненном горе<sup>3</sup>. Мы считали потерю любимого человека значительным жизненным стрессором<sup>4</sup> и понимали горе с точки зре-

ния теории привязанности<sup>5</sup>. Мы концептуализировали горе после потери привязанности как обычно возникающее в острой форме и интегрирующееся с течением времени по мере того, как реальность утраты принимается и восстанавливается способность к благополучию. Мы понимали осложненное горе как состояние, при котором первичная интенсивная форма горя сохраняется и препятствует функционированию человека. Большое число исследований свидетельствует о сложностях на пути адаптации к потере. Мы разработали лечение, направленное на облегчение адаптации к потере и преодоление препятствий, опираясь на стратегии и методы длительного воздействия, мотивационного интервью, позитивной психологии, межличностной психотерапии и психодинамической психотерапии.

ТОГ была протестирована в трех рандомизированных контролируемых исследованиях, финансируемых Национальным институтом психического здоровья США<sup>6-8</sup>. Для настоящего отчета мы проанализировали данные одного из этих испытаний<sup>6</sup>, где участники ( $N=395$ ) были люди с оценкой 30 или выше по Опроснику осложненного горя (ООГ; *Inventory of Complicated Grief (ICG)*), которые прошли клиническое интервью, подтверждающее, что горе было основной их проблемой. Люди с текущим расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, или психотическим расстройством в анамнезе в течение всей жизни, биполярным расстройством I типа, активными суицидальными планами, требующими госпитализации, или с баллом ниже 21 по Монреальской шкале оценки когнитивных функций были исключены.

Все пациенты были оценены с помощью структурированного клинического интервью для осложненного горя (*Structured Clinical Interview for Complicated Grief (SCICG)*) – инструмента, который можно использовать для определения критериев *DSM-5-TR* для ЗППГ<sup>9</sup>. Оценка была доступна для 307 участников исследования, 77 (25,1%) из которых потеряли близких в период от 6 до 12 месяцев назад и, следовательно, не соответствовали критериям *DSM-5-TR* исключительно из-за временных соображений. Из оставшихся 230 – 194 (84,3%) соответствовали критериям *DSM-5-TR* для ЗППГ, а 36 (15,7%) – нет. Все пациенты, включенные в исходное исследование, были рандомизированы либо в группу циталопрама, либо в группу плацебо, с ТОГ или без него<sup>6</sup>.

Среди пациентов, отвечающих критериям ЗППГ ( $N=194$ ), мы сравнили результаты исследования в конечной точке (20-я неделя) у тех, кто получал ТОГ ( $N=96$ ), и у тех, кто ее не получал ( $N=98$ ). Основным результатом был ответ на лечение, измеренный как оценка «значительно улучшилось» или «очень значительно улучшилось» по Общему клиническому впечатлению (*Clinical Global Impression (CGI)*). Кроме того, мы использовали несколько инструментов оценки симптомов горя: *ICG*, Опросник избегания горя (*Grief-Related Avoidance Questionnaire (GRAQ)*), Опросник типичных убеждений (*Typical Beliefs Questionnaire (TBQ)*) и Шкалу адаптации к работе и социальной адаптации, связанной с горем (*Grief-Related Work and Social Adjustment Scale (WSAS)*). Критерий хи-квадрат использовался для бинарных результатов, а двухвыборочный *t*-тест – для непрерывных результатов. Все проверки гипотез были двусторонними с уровнем значимости 5%. Все расчеты проводились в R (v1.4.1717). Исходное исследование было одобрено соответствующим институциональным наблюдательным советом<sup>6</sup>. Письменное информированное согласие было получено от всех участников до исходной оценки.

Выборка пациентов с ЗППГ существенно не отличалась по демографическим и клиническим показателям от выборки исходного исследования. Большинство пациентов были женщинами (79,9%), белыми (80,9%), закончили хотя бы частично колледж (90,2%) и потеряли родителя или супруга (68,6%) по болезни (65,5%) в течение 4–5 лет в среднем. Пациенты выборки имели средний возраст 52,7±14,2 года. У пациентов были высокие показатели текущей депрессии (69,6%), текущего посттравматического стрессового расстройства (46,4%) и суицидальных мыслей после утраты (61,9%) (см. также доп. информацию).

Ответ на лечение пациентов с ЗППГ точно отражал исходное исследование. В частности, частота ответа для тех, кто был рандомизирован в группу ТОГ по сравнению с группой без ТОГ, составила 88,2% по сравнению с 60,9% ( $p<0,001$ ) для группы *DSM-5-TR* ЗППГ по сравнению с 82,9 и 63,4% для всех участников исходного исследования. Также сравнимые с исходным исследованием средние баллы после лечения по симптомам и нарушениям, связанным с

горем, были значительно ниже у тех, кто получал ТОГ, по сравнению с теми, кто не получал ТОГ (*ICG*: 17,7 против 25,4,  $p<0,001$ ; *WSAS*: 7,9 против 13,4,  $p=0,001$ ; *GRAQ*: 9,4 против 14,6,  $p=0,01$ ; *TBQ*: 3,9 против 7,1,  $p<0,001$ ) (см. также доп. информацию).

Наши результаты показывают, что участники исследования, соответствовавшие критериям *DSM-5-TR* для ЗППГ, не показали существенных демографических или клинических отличий от полной выборки исходного исследования. Те, у кого диагностировано ЗППГ, показали значительно более высокие показатели ответа на ТОГ по сравнению с отсутствием ТОГ, с результатами, почти идентичными исходному исследованию.

Эти результаты ограничены необходимостью ретроспективного применения критериев *DSM-5-TR* для ЗППГ, и диагноз может быть менее точным, чем если бы он был поставлен с использованием проверенного инструмента<sup>1</sup>. Кроме того, те, у кого была диагностирована ЗППГ в этом анализе, представляли только половину первоначально рандомизированной выборки. Однако почти половина (43,8%) не включенных участников просто не получили оценки, необходимую для диагностики ЗППГ, а еще 38% оказались исключены, потому что было слишком рано (от шести месяцев до одного года с момента потери) для постановки диагноза ЗППГ. Кроме того, у оцениваемых не было различий в демографических или клинических характеристиках от участников исходного исследования.

Мы поддерживаем продолжение изучения эффективных методов лечения ЗППГ. В то же время мы считаем, что врачам будет полезно узнать, что ТОГ, хорошо проверенное вмешательство<sup>6,7,8</sup>, может быть соответствующим образом переименовано в «терапию затяжной патологической реакции горя» (*prolonged grief disorder therapy (PGDT)*).

#### Примечания

Дополнительная информация об исследовании доступна по ссылке: [http://christinemauro.com/downloads/tables\\_17.02.2022.pdf](http://christinemauro.com/downloads/tables_17.02.2022.pdf).

**Christine Mauro<sup>1</sup>, Robert A. Tumasian<sup>3rd1</sup>, Natalia Skritskaya<sup>2</sup>, Margaret Gacheru<sup>1</sup>, Sidney Zisook<sup>3</sup>, Naomi Simon<sup>4</sup>, Charles F. Reynolds<sup>3rd5</sup>, M. Katherine Shear<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Columbia Mailman School of Public Health, New York, NY, USA; <sup>2</sup>Columbia School of Social Work, New York, NY, USA; <sup>3</sup>University of California, San Diego, CA, USA; <sup>4</sup>New York University School of Medicine, New York, NY, USA; <sup>5</sup>Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Prigerson H.G., Boelen P.A., Xu J. et al. *World Psychiatry* 2021; 20:96–106.
2. Prigerson H.G., Shear M.K., Reynolds C.F. 3rd. *JAMA Psychiatry* 2022; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4201.
3. Shear M.K., Frank E., Foa E. et al. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1506–8.
4. Simon N.M. *Depress Anxiety* 2012; 29:541–4.
5. Shear K., Shair H. *Develop Psychobiol* 2005; 47:253–67.
6. Shear M.K., Reynolds C.F. 3rd, Simon N.M. et al. *JAMA Psychiatry* 2016; 73:685–94.
7. Shear M.K., Frank E., Houck P.R. et al. *JAMA* 2005; 293:2601–8.
8. Shear M.K., Wang Y, Skritskaya N. et al. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:1287–95.
9. Mauro C., Reynolds C.F., Maercker A. et al. *Psychol Med* 2019; 49:861–7.

DOI:10.1002/wps.20991

# Риск новых психиатрических последствий COVID-19 в ранней и поздней постострых фазах

Coleman B, Casiraghi E, Blau H et al. Risk of new-onset psychiatric sequelae of COVID-19 in the early and late post-acute phase. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):319–320. doi:10.1002/wps.20992

Недавние публикации задокументировали, что у части пациентов с COVID-19 развиваются психиатрические симптомы во время или после острой инфекции<sup>1</sup>. Мы исследовали этот риск в контексте Национального когортного сотрудничества по COVID (*National COVID Cohort Collaborative (N3C)*) – централизованного, согласованного, высокодетализированного репозитория электронных медицинских карт (ЭМК)<sup>2</sup> – с использованием крупнейшей ретроспективной когорты, о которой сообщалось на сегодняшний день.

В двух предыдущих крупномасштабных исследованиях ЭМК изучались психиатрические последствия через 90 и 180 дней после постановки диагноза COVID-19. Когорта из 44 779 человек с COVID-19 была сопоставлена с контрольными когортами пациентов с такими состояниями, как грипп и другие инфекции дыхательных путей (ИДП). В течение 90 дней после первоначального обращения, доля заболеваемости новыми психическими состояниями составила 5,8% в группе COVID-19 по сравнению с 2,5–3,4% в контрольных группах<sup>3</sup>. Последующее исследование также включало лиц с психическими заболеваниями в анамнезе и аналогичным образом показало повышенный риск психических заболеваний в течение шести месяцев после первоначального обращения<sup>4</sup>.

Чтобы подтвердить эти выводы, мы использовали данные N3C, в которой на дату 20 октября 2021 г. было включено 1 834 913 пациентов с положительным результатом на COVID-19 и 5 006 352 сопоставимых случая контроля. Наш набор данных был получен из 51 различной клинической организации. Мы включали пациентов в когорту COVID-19, если у них был подтвержден диагноз инфекции SARS-CoV-2 с помощью полимеразной цепной реакции или теста на антиген после 1 января 2020 г. Мы исключали из этого анализа пациентов с какими-либо психическими заболеваниями в анамнезе до 21 дня после постановки диагноза COVID-19, а также пациентов без медицинской карты за год до COVID-19. Для сопоставления было доступно 245 027 человек с положительным результатом на COVID-19.

Каждый пациент с COVID-19 был сопоставлен с пациентом контроля из того же учреждения, сходным по возрасту (с возрастным различием не более чем 5 лет). Сопоставление показателей склонности к развитию психических расстройств было выполнено по 34 факторам с использованием модели логистической регрессии, включая термины основного эффекта, в результате чего было найдено 46 610 пар пациентов. Многовариантная регрессия Кокса была проведена для сравнения частоты новых психических заболеваний для всех психических состояний, расстройств настроения и тревожных расстройств в течение 21–365 дней после первоначального проявления симптомов. Мы дополнительно рассматривали одышку в качестве дополнительного контроля.

Мы проверили предположение о пропорциональном риске регрессией Кокса для сравнения пациентов с COVID-19 и контрольной группы<sup>5</sup>. Остаточный анализ Шенфельда дал значимое значение  $p$  и заставил нас отвергнуть нулевую гипотезу о постоянном пропорциональном риске в течение всего периода времени 21–365 дней. Поэтому мы разделили когорту на два временных интервала (до и после 120 дней), в которых предположение о пропорциональных рисках не нарушалось.

Мы выявили статистически значимую разницу в частоте развития впервые возникших психических осложнений между COVID-19 и ИДП в раннюю постострую фазу (от 21 до 120 дней), но не в позднюю постострую фазу (от 121 до 365 дней). Предполагаемая доля заболеваемости (смоделированная по логарифмической шкале рисков с течением времени) впервые выявленным психическим расстройством в ранней постострой фазе для группы COVID-19 составила 3,8% (95% ДИ: 3,6–4,0), что было значимо выше, чем 3,0% (95% ДИ: 2,8–3,2) для группы ИДП, с отношением рисков (ОР) 1,3 (95% ДИ: 1,2–1,4). ОР для впервые возникшего психического заболевания в поздней постострой фазе не был значимым в группе COVID-19 по сравнению с группой ИДП (ОР: 1,0; 95% ДИ: 0,97–1,1).

Аналогичные результаты были получены для тревожных расстройств, но не для расстройств настроения. Предполагаемая доля заболеваемости впервые выявленным тревожным расстройством была значительно выше у пациентов с COVID-19 (2,0%; 95% ДИ: 1,8–2,1) по сравнению с пациентами с ИДП (1,6%; 95% ДИ: 1,5–1,7) в ранней постострой фазе (ОР: 1,3; 95% ДИ: 1,1–1,4). Тем не менее предполагаемая доля заболеваемости впервые выявленным расстройством настроения за тот же период не была значительно увеличена для пациентов с COVID-19 (1,2%; 95% ДИ: 1,1–1,3) по сравнению с пациентами с ИДП (1,1%; 95% ДИ: 1,0–1,2).

Новые тревожные и аффективные расстройства не претерпевали значительного увеличения в интервале 121–365 дней после первичного обращения (ОР: 1,0, 95% ДИ: 0,91–1,1; и ОР: 1,1, 95% ДИ: 0,97–1,2 соответственно). Напротив, ОР для одышки, известного постострого осложнения COVID-19<sup>1</sup>, увеличилось в оба периода времени (1,4, 95% ДИ: 1,2–1,5 и 1,2, 95% ДИ: 1,0–1,3, соответственно).

Мы предположили, что после COVID-19 пациенты могут находиться под более пристальным наблюдением, чем при других ИДП и что более высокая частота посещений может увеличить вероятность регистрации психического заболевания в электронной медицинской документации. Чтобы оценить это, мы повторили наш анализ, но добавили частоту посещений через 21 день или более после первоначального обращения в качестве фактора регрессии Кокса. ОР для любого психического заболевания в ранней постострой фазе все еще был значительным ( $p < 0,0001$ ), но снизился до 1,2 (95% ДИ: 1,1–1,3).

Наши результаты подтверждают вывод цитированного выше исследования<sup>3</sup> о том, что пациенты подвергаются значительно повышенному риску психических заболеваний после постановки диагноза COVID-19. Однако степень повышенного риска, задокументированная в нашем исследовании, значительно ниже, чем было установлено ранее.

Есть несколько потенциальных причин различий между нашими результатами и результатами вышеупомянутого исследования. Предыдущее исследование включало данные с 20 января 2020 г. (первый зарегистрированный случай COVID-19 в США) по 1 августа 2020 г., в то время как наше исследование включает данные по 20 октября 2021 г. Вполне возможно, что восприятие COVID-19 пациентами изменилось или что клиническая практика изменилась за прошедшее время. Вполне возможно, что улучшенные варианты лечения, доступные позже во время пандемии, снизили риск психических заболеваний. Наконец, вакцинация против COVID-19 может снизить уровень тревожности и

депрессии и облегчить симптомы у людей с постострыми последствиями<sup>6,7</sup>. Таким образом, растущая доступность вакцин могла снизить уровень психических заболеваний после COVID-19. Данные, доступные в N3C, не содержат исчерпывающей информации о статусе вакцинации, поэтому мы не смогли проверить эту гипотезу.

Многие когортные исследования зафиксировали высокую распространенность психических заболеваний у лиц с длительным течением COVID. Например, в нашем недавнем анализе распространенность депрессии составила 21,1% (медиана зарегистрированного процента в 25 исследованиях), а распространенность тревоги – 22,2% (медиана в 24 исследованиях)<sup>1</sup>. Однако возможно, что сообщаемая распространенность этих и других состояний была завышена из-за смещения выборки в сторону пациентов с длительным течением COVID, которые присоединились к группам поддержки или решили участвовать в когортных исследованиях<sup>8</sup>. Это, а также тот факт, что критерии включения длительных исследований COVID различаются, затрудняет характеристику естественного течения психических проявлений длительного COVID. Наше исследование не было сосредоточено конкретно на длительном COVID – оно изучало когорту пациентов после диагноза острого COVID-19. Трудно сказать, у какой части этих пациентов развился затяжной COVID; недавнее введение кодов МКБ-10 для длительного COVID<sup>9</sup> может позволить провести исследования по этой теме в будущем.

Таким образом, мы поддерживаем ранее опубликованные сообщения о повышенном риске новых психических заболеваний после острой инфекции COVID-19. В отличие от почти удвоенного риска, выявленного в предыдущем исследовании, мы обнаружили, что относительный риск увеличился только примерно на 25% (3,8 против 3,0% после других ИДП). Мы не обнаружили существенной разницы в риске в поздней постострой фазе, предполагая, что повышенный риск впервые возникшего психического заболевания сконцентрирован в ранней постострой фазе.

Наши результаты имеют важное значение для понимания естественного течения психических проявлений COVID-19. Наши результаты, если они подтвердятся независимыми исследованиями, предполагают, что службам здравоохранения следует рассмотреть возможность проведения скрининга психического здоровья на ранних стадиях клинического течения после COVID.

## Примечания

Эта работа была поддержана Национальным центром США по развитию трансляционных наук (грант № U24 TR002306).

**Ben Coleman<sup>1,2</sup>, Elena Casiraghi<sup>3,4</sup>, Hannah Blau<sup>1</sup>, Lauren Chan<sup>5</sup>, Melissa A. Haendel<sup>6</sup>, Bryan Laraway<sup>6</sup>, Tiffany J. Callahan<sup>6</sup>, Rachel R. Deer<sup>7</sup>, Kenneth J. Wilkins<sup>8</sup>, Justin Reese<sup>9</sup>, Peter N. Robinson<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Jackson Laboratory for Genomic Medicine, Farmington, CT, USA; <sup>2</sup>Institute for Systems Genomics, University of Connecticut, Farmington, CT, USA; <sup>3</sup>AnacletoLab, Dipartimento di Informatica “Giovanni degli Antoni”, Università di Milano, Milan, Italy; <sup>4</sup>CINI, Infolife National Laboratory, Rome, Italy; <sup>5</sup>College of Public Health and Human Sciences, Oregon State University, Corvallis, OR, USA; <sup>6</sup>Center for Health AI, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA; <sup>7</sup>University of Texas Medical Branch, Galveston, TX, USA; <sup>8</sup>Biostatistics Program, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA; <sup>9</sup>Division of Environmental Genomics and Systems Biology, Lawrence Berkeley National Laboratory, Berkeley, CA, USA

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

## Библиография

1. Deer R.R., Rock M.A., Vasilevsky N. et al. EBioMedicine. 2021; 74:103722.
2. Haendel M.A., Chute C.G., Bennett T.D. et al. J Am Med Inform Assoc. 2021; 28:427–43.
3. Taquet M., Luciano S., Geddes J.R. et al. Lancet Psychiatry. 2021; 8:130–40.
4. Taquet M., Geddes J.R., Husain M. et al. Lancet Psychiatry. 2021; 8:416–27.
5. Grambsch P.M., Therneau T.M. Biometrika. 1994; 81:515.
6. Arnold D.T., Milne A., Samms E. et al. medRxiv. 2021; 21253225.
7. Perez-Arce F., Angrisani M., Bennett D. et al. PLoS One. 2021; 16:e0256406.
8. Davis H.E., Assaf G.S., McCorkell L. et al. EClinicalMedicine. 2021; 38:101019.
9. Duerlund L.S., Shakar S., Nielsen H. et al. Clin Epidemiol. 2022; 14:141–8.

DOI:10.1002/wps.20992

# Доказательной информативности недостаточно: цифровая терапия также должна быть доказательной

Espie CA, Firth J, Torous J. Evidence-informed is not enough: digital therapeutics also need to be evidence-based. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):320–321. doi: 10.1002/wps.20993

Мы наблюдаем экспоненциальный рост индустрии цифрового здравоохранения с вложением больших капиталов, который обещает трансформировать поведенческую и психиатрическую помощь<sup>1,2</sup>. Следовательно, крайне важно, чтобы не оставалось двусмысленности в отношении стандартов доказательности, необходимых для безопасного и эффективного лечения психических расстройств с помощью цифровых подходов. По нашему мнению, эти стандарты должны быть такими же, как и для любой другой формы лечения, или даже, возможно, выше, учитывая вероятность эффектов плацебо в программных продуктах, которые специально разработаны для взаимодействия с пользователем<sup>3</sup>.

Эти стандарты необходимы, поскольку вовлеченность пользователей в цифровую терапию часто намного ниже, чем сообщается в клинических исследованиях, но особенно в реальном мире, где она колеблется на уровне менее 5% по оценке периода двух недель<sup>4,5</sup>. Таким образом, зарождающаяся цифровая индустрия должна сопротивляться давлению со стороны маркетинга и инвесторов в пользу рационального клинического управления при разработке «программного обеспечения как медицинского устройства» (SaMD), заявленной целью которого является «лечение или облегчение болезни»<sup>6</sup> – метод, который все чаще называют «цифровой терапией» (DTx)<sup>2</sup>.

Если отрасль безоговорочно примет золотые стандарты, основанные на фактических данных, есть возможность принести большую пользу пациентам, и это необязательно должно быть затруднительно, поскольку шаблон оценки лечения хорошо зарекомендовал себя. Рандомизируемое контролируемое исследование (*RCT*), несмотря на то, что оно ориентировано на внутреннюю валидность и присущие ему ограничения возможности обобщения, на протяжении многих десятилетий остается основой доказательной базой медицины и решением важнейшего вопроса внешней валидности, которые можно найти в реальном мире (*RWD*), где лучше всего рассматривать дополнительные, а не альтернативные данные клинических испытаний<sup>7</sup>.

Однако мы обеспокоены тем, что может возникнуть заманчивость использовать имеющиеся под рукой *RWD*, связанные с *SaMD*, чтобы заменить необходимость надежных клинических испытаний. Мы не считаем, что это намерение Управления по контролю за продуктами и лекарствами США (*FDA*), связанное с проведением *RWD* в рамках модели *Pre-Cert*, а скорее то, что сочетание *RCT* и *RWD* предлагает убедительные аргументы в пользу безопасности и эффективности. Такая комбинация необходима, поскольку, хотя *RCT* может установить эффективность, сама природа *DTx* по сравнению с фармацевтическими препаратами требует изучения их клинической эффективности. С учетом растущего числа данных о том, что в реальном мире продолжное взаимодействие со многими из этих приложений минимально, необходимость в таком клиническом «кнэвейере» исследований стала критически важной<sup>8</sup>.

Риски, связанные с игнорированием этого строгого пути, весьма существенны. Уже существует параллельная проблема, связанная с тем, что нейротехнологические устройства продаются потребителям как средства для улучшения когнитивного и психического здоровья без достаточного надзора<sup>8</sup>. Мы помним об истории так называемых скрытых исследований<sup>9</sup> в цифровом секторе, которые уже нанесли репутационный ущерб методике, и опасаемся полагаться на «научно обоснованную» риторику компаний, которая не соответствует стандартам, основанным на доказательствах.

Хотя мы абсолютно согласны с тем, что исследования клинических испытаний должны сочетаться с другими материалами для обеспечения принятия научно обоснованных решений в клинической практике, наша точка зрения заключается в том, что ошибочно рассматривать научно описанные исследования как замену научно обоснованным. Требование генерировать клинически значимые доказательства по *DTx* должно быть связано с тем, что сам продукт необходимо доказательно обосновать. Тем не менее можно столкнуться с бесполезной формой «индуктивного рассуждения» по типу: «1. X эффективно лечит Y; 2. Этот новый продукт содержит X; 3. Следовательно, этот новый продукт эффективно лечит Y». Ни один новый селективный ингибитор обратного захвата серотонина (*SSRI*) никогда не будет одобрен или предложен пациентам без тестирования только потому, что другие *SSRI* имеют доказанный эффект.

Конечно, *DTx*, скорее всего, будут содержать поведенческие элементы, но этот ошибочный аргумент также применим. Действительно, 14 из 25 продуктов *DTx*, одобренных *FDA*, используют когнитивно-поведенческую терапию (*CBT*) для лечения заболеваний, на которые они направлены<sup>7</sup>. Простое наличие контента, взятого из доказательной области или одобренного экспертами, не доказывает клиническую эффективность нового *DTx*. Наш аргумент заключается в том, что сам продукт-кандидат *DTx* с его интегрированными контентными полями и программными алгоритмами должен пройти строгую оценку в рамках программы клинических испытаний, а также в реальных условиях применения, чтобы считаться безопасным и доказа-

тельным методом лечения. Следовательно, кандидат *DTx* не должен быть доступен для лечения медицинского состояния до тех пор, пока он не докажет свои преимущества, поскольку намерение стать терапевтическим средством не делает любое вмешательство терапевтическим.

Наиболее очевидная опасность трактовки доказательно-информированного как доказательно-обоснованного в *DTx* – это возможность неблагоприятных последствий, распространения неэффективности и обесценивания всей сферы. Однако наряду с этим существует дополнительная опасность, вытекающая из любой предполагаемой эквивалентности доказательно-информированных и доказательно-обоснованных препаратов. В частности, отношение к *DTx*, основанным на информации, как к основанным на доказательствах, создает среду, в которой реальные вмешательства, основанные на доказательствах (например, очная *CBT*), могут быть легко заменены *DTx*, которые утверждают, что имеют те же доказательства, что и существующие вмешательства, но в действительности могут не обладать эффективностью этих действительно основанных на доказательствах подходов. Таким образом, в худшем случае слепая замена научно доказанного лечения на научно описанный *DTx* может лишить пациентов эффективных вмешательств, предоставив им альтернативу, не требующую затрат времени, или даже неблагоприятную альтернативу.

Хотя наши аналогии с лекарствами и очными терапевтическими препаратами могут быть несовершенными, мы настоятельно призываем применять те же стандарты, если не более высокие, к клиническим исследованиям *DTx*. Кто-то может сказать, что появление такого нового, разрушительного подхода, как *DTx*, дает возможность «сломать форму». Однако, безусловно, в противовес этому можно сказать, что чем больше новизна, тем больше необходимость в осторожности.

В лечении психиатрических заболеваний многое поставлено на карту, и обязанность опираться на доказательства не должна восприниматься легкомысленно. Популярная фраза, приписываемая астроному Карлу Сагану, «Необычные утверждения требуют необычных доказательств», является подходящим завершением этой статьи и началом пути к более высоким стандартам доказательств.

#### Colin A Espie<sup>1,2</sup>, Joseph Firth<sup>3</sup>, John Torous<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Nuffield Department of Clinical Neurosciences, University of Oxford, Oxford UK; <sup>2</sup>Big Health, San Francisco CA, USA; <sup>3</sup>Division of Psychology & Mental Health, University of Manchester, Manchester UK; <sup>4</sup>Division of Digital Psychiatry, Department of Psychiatry, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston MA, USA

Перевод: Малышко Л.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. IQVIA. Digital health trends 2021: innovation, evidence, regulation, and adoption report. Parsippany: IQVIA Institute for Human Data Science, 2021.
2. Dang A., Arora D., Rane P. J Family Med Prim Care 2020; 9:2207–13.
3. Torous J., Bucci S., Bell I.H. World Psychiatry 2021; 20:318–35.
4. Torous J., Lipschitz J., Ng M. et al. J Affect Disord 2020; 263:413–9.
5. Baumel A., Muench F., Edan S. et al. J Med Int Res 2019; 21:e14567.
6. International Medical Device Regulators Forum. Software as a Medical Device (SaMD): key definitions. International Medical Device Regulators Forum, 2013.
7. Bartlett V.L., Dhruva S.S., Shah N.D. et al. JAMA Netw Open 2019; 2:e1912869.
8. Wexler A, Reiner PB. Science 2019; 363:234–5.
9. Cristea I.A., Cahan E.M., Ioannidis JPA. Eur J Clin Invest 2019; 49:e13072.

DOI:10.1002/wps.20993

# Пренатальное воздействие антидепрессантов или антипсихотиков и риск возникновения судорог у детей

Wang Z, Chan AYL, Ho PWN, Wong KHTW, Brauer R, Besag FMC, Ip P, Howard LM, Lau WCY, Taxis K, Wei L, Wong ICK, Man KKC. Prenatal exposure to antidepressants or antipsychotics and the risk of seizure in children. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):322–323. doi: 10.1002/wps.20948

Перинатальные проблемы психического здоровья представляют собой значительное бремя для здоровья во всем мире. Почти каждая вторая женщина в возрасте до 25 лет сообщает о той или иной форме распространенных психических расстройств во время беременности<sup>1</sup>. За последние два десятилетия использование психотропных препаратов, особенно антидепрессантов и антипсихотиков, удвоилось, причем непропорционально увеличилось среди женщин в детородном возрасте и во время беременности<sup>2,3</sup>.

Несмотря на увеличение количества назначений, существует недостаточно данных, подтверждающих безопасность применения психотропных препаратов во время беременности<sup>1</sup>, в частности в отношении судорог у потомства, одного из наиболее распространенных неврологических состояний в раннем детстве и важного предиктора смертности, длительной инвалидности и плохого прогноза<sup>4</sup>. Это может привести к колебаниям в назначении перинатального психиатрического лечения: действительно, высокий процент прекращения приема психотропных препаратов наблюдается у беременных женщин с психическими расстройствами<sup>5,6</sup>. Резкое прекращение приема лекарств или отказ от лечения во время беременности может иметь значительные негативные последствия для здоровья матери и плода<sup>5,6</sup>.

Мы использовали Гонконгскую систему анализа клинических данных и отчетности (*CDARS*)<sup>7</sup> для изучения риска возникновения судорог у потомства (диагностические коды *ICD-9-CM* 333, 345, 779 и 780, за исключением фебрильных судорог, коды *ICD-9-CM* 780.31 и 780.32), связанных с пренатальным воздействием антидепрессантов (Британский национальный формуляр, *BNF*, глава 4.3) или антипсихотических препаратов (*BNF*, глава 4.2.1). Мы включили всех беременных женщин в возрасте 15–50 лет, родивших живых детей в период с 1 января 2001 г. по 31 декабря 2015 г. Все дети наблюдались не менее одного года к концу периода исследования (31 декабря 2016 г.). Были исключены дети без достоверной связи между матерью и ребенком или с неполной информацией о рождении.

Дети считались подвергшимися пренатальному воздействию, если их матери принимали какие-либо антидепрессанты или антипсихотические препараты в период беременности («материнское гестационное использование»). Для антидепрессантов и антипсихотиков были созданы отдельные когорты воздействия. Матери с эпилепсией или пренатальным лечением литием могут иметь повышенный риск рождения ребенка с припадками<sup>8</sup>; поэтому мы исключили беременных женщин с диагнозом «эпилепсия» и тех, кто лечился литием во время беременности. Мы также исключили матерей, которым были назначены нейролептики или антидепрессанты, из анализа антидепрессантов или нейролептиков соответственно. Мы исключили из анализа матерей, получивших как минимум два интересующих назначения.

На основании употребления антидепрессантов/антипсихотиков матерью в различные периоды риска мы разделили детей на три группы сравнения: а) дети, матери которых не использовали антидепрессанты/антипсихотики во время беременности («материнское неиспользование в период

беременности»); б) дети, матери которых использовали эти препараты в любое время до беременности, но прекратили лечение во время беременности («материнское использование в прошлом»); и в) дети, матери которых никогда не использовали эти препараты до и во время беременности («материнское неиспользование когда-либо»), которые далее были разделены на группы детей с «материнскими психическими расстройствами» (коды *ICD-9-CM* 290-319) и без них.

Чтобы изучить влияние сбивающего фактора по показанию, мы сравнили детей с «употреблением в прошлом матерью» с детьми с «не употреблявшими когда-либо матерью». Повышенный риск судорог среди детей с «употреблением матерью в прошлом» указывает на сбивание показаний, поскольку младенец не подвергался воздействию антидепрессантов/антипсихотиков. Аналогичным образом, дети с «употреблением матерью в период беременности» сравнивались с детьми с «употреблением матерью в прошлом». Во-вторых, чтобы оценить роль материнских психических расстройств, мы ограничили когорты сравнения детьми с «материнским неиспользованием когда-либо».

Для контроля общих генетических и социальных помех на уровне семьи был проведен анализ на основе сопоставления братьев и сестер. Ковариатами для корректировки сбивающих факторов были возраст матери при родах, календарный год родов, роддом, пол младенца, паритет, основные медицинские заболевания матери и социально-экономический статус. Регрессионные модели пропорциональной опасности Кокса со взвешиванием по точной стратификации баллов склонности к судорожной активности<sup>9</sup> использовались для оценки коэффициентов опасности с 95% доверительным интервалом (*CI*) для оценки ассоциаций.

В его исследование было включено 412 796 и 410 587 пар записей о матери и ребенке при анализе антидепрессантов и антипсихотиков, со средним сроком наблюдения  $6,59 \pm 3,91$  и  $6,60 \pm 3,91$  лет, соответственно. Для антидепрессантов доля детей с диагнозом «судороги» среди тех, у кого «мать принимала в период беременности» и «мать не принимала в период беременности», составила 6,75 и 4,46%, соответственно. Для антипсихотиков соответствующие показатели составили 9,31 и 4,46%.

Так, дородовое применение антидепрессантов и антипсихотиков было связано, соответственно, с 23% (взвешенное по баллу склонности отношение рисков,  $wHR=1,23$ , 95% *CI*: 1,02–1,48) и 49% ( $wHR=1,49$ , 95% *CI*: 1,11–1,99) повышенным риском возникновения судорог у детей по сравнению с детьми, не подвергшимися воздействию. Однако повышенный риск не наблюдался, когда дети с «употреблением матерью в период беременности» сравнивались с детьми с «употреблением матерью в прошлом» ( $wHR=1,01$ , 95% *CI*: 0,79–1,28 для антидепрессантов;  $wHR=0,98$ , 95% *CI*: 0,64–1,50 для антипсихотиков), а также с теми, кто «не употреблял в прошлом» и у чьей матери имелось психическое расстройство в прошлом ( $wHR=1,13$ , 95% *CI*: 0,88–1,44 для антидепрессантов;  $wHR=1,32$ , 95% *CI*: 0,93–1,89 для антипсихотиков).

Более того, когда анализ был ограничен детьми с «материнским неупотреблением антидепрессантов или антипси-

хотиков», риск возникновения припадков был неизменно выше у детей, матери которых страдали психическими расстройствами, по сравнению с детьми, матери которых не страдали психическими расстройствами ( $wHR=1,44$ , 95%  $CI$ : 1,25–1,67 для антидепрессантов;  $wHR=1,41$ , 95%  $CI$ : 1,20–1,66 для антипсихотиков). Сравнение детей с «употреблением антидепрессантов матерью в период беременности» и детьми, сопоставляемыми с братом/сестрой, с «неупотреблением антидепрессантов матерью в период беременности» также не выявило статистически значимых различий ( $wHR = 1,16$ , 95%  $CI$ : 0,75–1,77 для антидепрессантов;  $wHR = 1,19$ , 95%  $CI$ : 0,29–4,82 для антипсихотиков).

Таким образом, результаты нашего исследования не подтверждают причинно-следственную связь между пренатальным воздействием антидепрессантов или антипсихотиков и риском возникновения судорог у детей.

С момента первого сообщения о возможной связи между воздействием психотропных препаратов *in utero* и детскими неврологическими расстройствами клиницисты столкнулись с дилеммой относительно ведения женщин с психическими расстройствами как во время попыток зачать ребенка, так и во время беременности. Предпринимаются постоянные усилия по улучшению перинатального ведения психиатрических препаратов, например, европейский нормативный запрет на применение вальпроатов у женщин с детородным потенциалом из-за четких доказательств тератогенного и нейроразвивающего вреда. Однако современные рекомендации по применению антидепрессантов и антипсихотиков в период беременности остаются неясными из-за отсутствия убедительных клинических доказательств.

При получении доказательств следует по возможности учитывать такие методологические соображения, как адекватная корректировка известных ограничивающих факторов и повышение точности оценок, чтобы свести к минимуму неопределенность результатов. Последовательные усилия по выяснению конкретных преимуществ и вреда пренатального воздействия психотропных препаратов имеют решающее значение для индивидуального анализа риска и пользы психиатрического лечения с целью сохранения здоровья матери и плода.

Мы не можем полностью исключить возможность того, что пренатальное воздействие антидепрессантов или антипсихотиков связано с риском развития судорог в детстве, но наше исследование предполагает, что эта ассоциация может объясняться сбивающими факторами. Необходимы дальнейшие исследования, стратифицирующие антиде-

прессанты/антипсихотики по разным классам препаратов, времени воздействия в разных триместрах и впервые диагностированному припадку в разные периоды развития ребенка.

#### Примечания

Данное исследование было поддержано стипендией *Maplethorpe*. Авторы выражают благодарность Управлению больниц Гонконга за доступ к данным *CDARS*. Протокол исследования одобрен Советом по институциональному надзору Университета Гонконга / Управления больниц Западного кластера Гонконга для исследования базы данных *CDARS*. *Z. Wang* и *A.Y.L. Chan* являются совместными первыми авторами, а *I.C.K. Wong* и *K.K.C. Man* – совместными старшими авторами статьи.

**Zixuan Wang<sup>1</sup>, Adrienne Y.L. Chan<sup>2,3,4</sup>,  
Phoebe W.H. Ho<sup>2</sup>, Kirstie H.T.W. Wong<sup>1,2</sup>,  
Ruth Brauer<sup>1</sup>, Frank M.C. Besag<sup>1,5</sup>, Patrick Ip<sup>2</sup>,  
Louise M. Howard<sup>6</sup>, Wallis C.Y. Lau<sup>1,2,4</sup>, Katja Taxis<sup>3</sup>,  
Li Wei<sup>1,4</sup>, Ian C.K. Wong<sup>1,2,4</sup> and Kenneth K.C. Man<sup>1,2,4</sup>**

<sup>1</sup>UCL School of Pharmacy, London UK; <sup>2</sup>University of Hong Kong, Hong Kong China; <sup>3</sup>University of Groningen, Groningen The Netherlands; <sup>4</sup>Laboratory of Data Discovery for Health, Hong Kong Science Park, Hong Kong China; <sup>5</sup>East London Foundation NHS Trust, Bedfordshire UK; <sup>6</sup>King's College London, London UK;

Перевод: Малышко Л.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Howard L.M., Khalifeh H. *World Psychiatry* 2020; 19:313–27. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. Reutfors J.C.C., Cohen J.M., Bateman B.T. et al. *Schizophr Res* 2020; 220:106–15. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. Cooper W.O., Willy M.E., Pont S.J. et al. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:544.e1–5. [PubMed] [Google Scholar]
4. Ronen G.M., Buckley D., Penney S. et al. *Neurology* 2007; 69:1816–22. [PubMed] [Google Scholar]
5. Petersen I., Gilbert R.E., Evans S.J. et al. *J Clin Psychiatry* 2011; 72:979–85. [PubMed] [Google Scholar]
6. Petersen I., McCrea R.L., Osborn D.J. et al. *Schizophr Res* 2014; 159:218–25. [PubMed] [Google Scholar]
7. Hong Kong Hospital Authority. *Caring for our community's health*. <http://www.ha.org.hk>.
8. El Marroun H., White T., Verhulst F.C. et al. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23:973–92. [PubMed] [Google Scholar]
9. Man K.K., Chan E.W., Ip P et al. *BMJ* 2017; 357:j2350. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

DOI:10.1002/wps.20948



# Профилактика, лечение и уход за пациентами с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, во время пандемии COVID-19

Volkow N, Maua S, Campello G et al. Prevention, treatment and care of substance use disorders in times of COVID-19. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):323-324. doi:10.1002/wps.20995

С 2015 г. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УООНП) – неофициальная научная сеть (ННС) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – вносит существенный вклад в обсуждение международной политики в области наркотиков, особенно в Комиссии по наркотическим средствам. Она является главным директивным органом Организации Объединенных Наций (ООН) по вопросам контроля над наркотиками. В последние годы аспекты мировой проблемы наркотиков, связанные с общественным здравоохранением, включая профилактику и лечение расстройств, связанных с потреблением психоактивных веществ (ППАВ), стали занимать видное место в политических дискуссиях в рамках программы<sup>1</sup> Организации Объединенных Наций.

Люди с ППАВ подвергаются повышенному риску заражения COVID-19 и в случае заражения с большей вероятностью столкнутся с его негативными последствиями<sup>2-4</sup>. Эта уязвимость отражает как неблагоприятные последствия немедицинского использования психоактивных веществ для здоровья<sup>5</sup>, усугубляемые высокими показателями отсутствия медицинской помощи<sup>3,4</sup>, так и связанные с этим психосоциальные и структурные факторы. К ним могут относиться ситуации бездомности и лишения свободы, которые повышают риск приобретения COVID-19 через промежуточные и прямые факторы (например, нищета, стигматизация, перенаселенность) и уменьшают доступ к надлежащему уходу, что в конечном итоге ухудшает исход<sup>6</sup>. Несколько обследований выявили перебои в предоставлении услуг людям с ППАВ во время пандемии COVID-19<sup>7</sup>. Предоставление услуг группам населения с повышенной уязвимостью является ключевым принципом общественного здравоохранения, особенно во время пандемии, что также приносит пользу населению в целом<sup>4</sup>.

Основанное на фактических данных и на правах человека лечение ППАВ, включая психическое здоровье и соматические сопутствующие заболевания, следует считать необходимым и интегрировать в существующие службы здравоохранения. Предоставление удаленных услуг и решений в области цифрового здравоохранения для лечения и ухода за пациентами с ППАВ, а также лекарств для лечения ППАВ и предотвращения передозировок должно быть доступно для нуждающихся. Из-за частичного совпадения факторов уязвимости люди, употребляющие психоактивные вещества, требуют особого обращения и ухода, подвержены повышенному риску негативного влияния и требуют особого внимания<sup>8</sup>. Инвестиции в научно обоснованную профилактику и лечение ППАВ и сопутствующих заболеваний, а также внимание к влиянию социальных детерминант на здоровье всех возрастных групп сейчас необходимы как никогда. Нужны глобальные действия для повышения устойчивости систем здравоохранения к кризисным ситуациям, для всеобщего охвата услугами здравоохранения и безопасности здоровья во время пандемии COVID-19 и в последующий период<sup>9</sup>.

ННС делится следующими рекомендациями в своем заявлении за 2021 г.

Поддерживать своевременный сбор и анализ данных для мониторинга воздействия пандемии COVID-19 на людей,

включая роль политики и мер, направленных на сокращение спроса и предложения психоактивных веществ. Кроме того, о непреднамеренных последствиях «изоляции» для употребления психоактивных веществ, ППАВ, передозировок и услуг по лечению и уходу.

Во время пандемии COVID-19 обеспечить непрерывное предоставление научно обоснованного лечения ППАВ в рамках комплексного непрерывного лечения в соответствии с Международными стандартами УНП ООН-ВОЗ по лечению расстройств, связанных с употреблением наркотиков.

Обеспечить конструктивное включение экспертов в области психического здоровья и ППАВ в целевые группы по COVID-19 и поощрять многосторонние, комплексные подходы к подготовке кадров, которые способствуют инновациям в системе здравоохранения путем объединения усилий научного сообщества, частного сектора и международных организаций, а также организаций гражданского общества.

Увеличить объем ресурсов, в том числе квалифицированной рабочей силы, для обеспечения непрерывного доступа к услугам населению по профилактике и лечению ППАВ и уходу, в том числе для лиц, инфицированных COVID-19.

Самые уязвимые группы населения с особыми потребностями (например, женщины, дети, жертвы насилия, этнические меньшинства и коренное население, беженцы и мигранты, беспризорные, находящиеся в неблагоприятном экономическом положении, лица с психическими заболеваниями, престарелые, социально изолированные лица и лица, находящиеся под следствием или стражей) необходимо обеспечить надлежащим обслуживанием в соответствии с местными ресурсами, и особенно в свете пандемии COVID-19.

Во время пандемии COVID-19 существующие социально-экономические недостатки усилились. Ссылаясь на заявление ННС от 2019 года, ННС рекомендует включать лиц, употребляющих вещества, в приоритетные стратегии и мероприятия, которые минимизируют неравенство.

Разработать политику, которая продвигает и оценивает использование информационных технологий, включая мобильные устройства, для поддержки цифровых медицинских решений, для скрининга, лечения и восстановления от употребления психоактивных веществ, а также разрабатывает решения для устранения существующего цифрового разрыва. Необходимо приложить все усилия для обеспечения приватности, конфиденциальности и безопасности тех, кто использует удаленные / онлайн-услуги.

Обеспечить доступность информации о COVID-19, профилактике, тестировании и вакцинации для лиц с ППАВ и специалистов по лечению ППАВ.

Уделять особое внимание профилактике и лечению инфекционных и неинфекционных расстройств, включая предотвращение негативных медицинских и социальных последствий употребления психоактивных веществ, а также смертности в результате передозировки и сопутствующих психических и физических заболеваний, даже когда ресурсы и внимание ограничены, в первую очередь сосредоточены на COVID-19.

Стигма и дискриминация являются одними из самых больших проблем для людей с ППАВ, в том числе для тех, кто контактирует с системой уголовного правосудия, и они усугубились во время пандемии COVID-19. Необходимо разработать стратегии, обеспечивающие лечение ППАВ как любого другого хронического заболевания во время этого кризиса и в последующий период, а также следить, чтобы люди с ППАВ не оставались без внимания.

ННС, особенно сейчас и с учетом повышенного риска заражения COVID-19 в закрытых учреждениях, присоединяется к глобальному призыву к более активному рассмотрению альтернатив осуждению или наказанию людей с ППАВ и сопутствующими психическими заболеваниями в соответствии с Минимальными стандартными правилами ООН в отношении мер, не связанных с тюремным заключением, и Международными конвенциями о контроле над наркотиками.

Активизировать исследования по вопросу о влиянии COVID-19 на употребление психоактивных веществ, ППАВ и сопутствующие психические расстройства, а также о препятствиях на пути лечения во время пандемии, включая постоянный мониторинг и оценку политики, затрагивающей лиц, употребляющих вещества, и лиц с ППАВ.

Инвестиции в основанную на фактических данных профилактику для всех возрастных групп (особенно детей, подростков и молодых людей), включая поддержку родителей, опекунов и семей, сейчас необходимы как никогда.

ННС рекомендует обеспечить такое положение вещей, чтобы во время и после пандемии COVID-19 люди, страдающие расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, не оставались в стороне и чтобы качественные услуги по профилактике, лечению и уходу за употребляющими ПАВ были доступны для нуждающихся, в том числе для находящихся в наиболее тяжелых обстоятельствах.

### Благодарности

Авторы благодарят С. Gamboa-Riano, J. Hobins и М. Sandhu за ценную редакционную работу. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в этом письме, и они не обязательно представляют

взгляды, решения или политику учреждений, с которыми связаны. Членами ННС УНП ООН-ВОЗ являются К. Фабиан Дамин, К. Леонарди, Э. Аджей-Акуа, Э. Ноймейр, Э. Брюн, Э. Крупицкий, Г. Фишер, И. Мареммани, И. Обот, Дж. Туфик, Х. А. Виласкес, Х. Густав Брам-несс, К. Вышинский, К. М. Осташевский, М. Елена Медина-Мора, М. Тереза Матар, М. Жоао Родригес Диас, М. Торренс, М. Шауб, М. Чжао, М. Чакали, М. Аль Абси, О. Скоппетта Диас Гранато, О. Ахмад Алибрахим, П. Роска, П. Арвидсон, Р. Лал, С. Тотева-Женкова, С. Брене, С. Мауа, С. Бен Эзра, Т. Мота Ронзани, В. Скрыбин, З. Аббас и З. Лю.

**Nora D. Volkow, Susan Maua, Giovanna Campello, Vladimir Poznyak, Dzmitry Krupchanka, Wataru Kashino, Anja Busse**

UNODC-WHO Informal Scientific Network

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

### Библиография

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly special session on the world drug problem. New York: United Nations, 2016.
2. Wang Q.Q., Kaelber D.C., Xu R. et al. *Mol Psychiatry* 2021; 26:30–9.
3. Wang Q., Xu R., Volkow N.D. *World Psychiatry* 2021; 20:124–30.
4. Wang L., Wang Q., Davis P.B. *World Psychiatry* 2022; 21:133–45.
5. Baillargeon J., Polychronopoulou E., Kuo Y.F. et al. *Psychiatry Serv* 2021; 72:578–81.
6. Rosca P., Shapira B., Neumark Y. *Int J Drug Policy* 2020; 83:102830.
7. World Health Organization. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. Geneva: World Health Organization, 2020.
8. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021. New York: United Nations, 2021.
9. World Health Organization. Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper. Geneva: World Health Organization, 2021.

DOI:10.1002/wps.20995

# Реализация плана действий WPA 2020-2023: свежие новости

Javed A. Implementation of the WPA Action Plan 2020-2023: an update. *World Psychiatry*. 2022;21(2):325-326. doi:10.1002/wps.20978

2021 г. стал еще одним тяжелым годом для всех нас. Неопределенность в ситуации с COVID, ограничения перемещения, а также трудности в установлении связей были основными проблемами, которые затрагивали нашу профессиональную деятельность и личную жизнь в течение этого года. WPA также изо всех сил пыталась справиться с такими ограничениями. Однако этот период дал нам некоторую мотивацию и новое понимание для работы в трудных условиях и для продолжения реализации нашего Плана действий 2020–2023<sup>1,2</sup>.

Исполнительный Комитет WPA и Постоянные комитеты вместе с сотрудниками секретариата остались преданными идее выполнить свои обязанности<sup>3-8</sup>. Стремление WPA поощрять и вдохновлять обучение коллег и стажеров по всему миру привело к большему предложению образовательных онлайн-мероприятий в 2021 г. Мы были рады организовывать, поддерживать и продвигать новые образовательные модули, курсы, обучающие занятия и онлайн-программы<sup>9</sup>.

Ускоренное развитие образовательных порталов WPA и систем управления обучением (СУО) помогло продвинуть запуск новых образовательных и обучающих модулей, необходимых для поддержки наших молодых специалистов, особенно в отношении мер неотложного реагирования в период пандемии. Портал также предоставляет доступ к существующим обучающим материалам WPA, доступным на нескольких языках. Данные программы включают курсы по МКБ-11 и йоге, бесплатные вебинары о раннем вмешательстве при психозе, обновления в области психофармакологии и курсы телепсихиатрии, психотерапии, детской и подростковой психиатрии.

Мы продолжили наши проекты, обозначенные в Планах действий. Различными рабочими группами был предложен ряд мероприятий по обновлению в сферах обучения, исследований и клинической инноваций. Рабочие группы по коморбидности психических расстройств, ранним вмешательствам при психозе, общественному психическому здоровью и по продвижению психиатрии среди студентов-медиков отметились своим вкладом в различные виды деятельно-

сти<sup>10-12</sup>. Я доволен тем, что мы закончили некоторые незавершенные проекты, начатые в прошлом трехлетнем периоде<sup>13</sup>. Научная секция WPA, в свою очередь, вдохновляла научную работу Ассоциации<sup>14-16</sup>.

С момента запуска сети Центров Сотрудничества WPA в 2016 г. эти центры предоставляют практическую поддержку в обучении, политике, исследованиях и клинических видах деятельности в области психиатрии по всему свету. На протяжении 2021 г. сеть, сейчас включающая восемь объектов, поддерживала реализацию стратегического плана WPA по формированию глобального альянса с целью улучшения психического здоровья<sup>17</sup>.

К сожалению, вдобавок к пандемии мы наблюдали множество невзгод, произошедших в 2021 г. Следуя миссии WPA по оказанию помощи и поддержке наших членов во время катастроф, мы учредили Консультативный комитет по реагированию на чрезвычайные ситуации (англ. *Advisory Committee for Responses to Emergencies – ACRE*), что позволило объединить лидеров более крупных обществ-членов для оказания практической и конкретной помощи обществам-членам в чрезвычайных ситуациях. Эта работа продолжала мобилизовывать и стимулировать образование, сбор информации и развитие местных, национальных и интернациональных стратегий по преодолению последствий для психического здоровья от чрезвычайных ситуаций, случившихся в 2020–2021 гг.

WPA недавно сформировала подкомитет ACRE в связи с ухудшением ситуации в Афганистане, которая не только вызвала гуманитарный кризис, но и повлекла дополнительные опасения по поводу оказания медицинской помощи населению в целом. Мы в WPA в рамках части нашего проекта ACRE работаем с коллегами в сфере психического здоровья в Афганистане, чтобы предложить постоянную поддержку в области поставок лекарств, оценки пациентов и обучения.

С началом программы электронных бюллетеней WPA (*eNewsletter*) в 2021 г. мы стимулировали распространение информации о деятельности и отчетах наших членов.

«Всемирная психиатрия», официальный журнал WPA, достиг импакт-фактора в 49,548. Было подтверждено,

что он является номером один в списке журналов о психиатрии и в Индексе цитирования социальных наук (*Social Science Citation Index*), а также занимает пятое место среди всех журналов в категории «Клиническая медицина». Журнал регулярно публикуется на трех языках (английский, испанский, русский), отдельные выпуски или статьи также доступны на вебсайте WPA на других языках (китайский, французский, арабский, турецкий, японский, румынский, польский). Более 60 тыс. профессионалов в области психического здоровья регулярно получают электронные или печатные издания журнала. Все предыдущие выпуски могут быть свободно загружены в системе PubMed и на сайте WPA.

Нам очень понравился наш успешный виртуальный Всемирный конгресс по психиатрии, проведенный в октябре 2021 г. Как всегда, текущая пандемия связана с адаптацией и инновациями, и мы считаем, что смогли изменить дизайн мероприятия с нуля таким образом, чтобы охватить самые актуальные клинические, академические и исследовательские темы. Я также рад, что мы активно работаем над следующим нашим Всемирным конгрессом, который пройдет в Бангкоке 3–6 августа 2022 г.

Мы оптимистично настроены на то, что новые вызовы, которые, несомненно, придут, когда полное влияние пандемии на психическое здоровье станет очевидным, будут эффективно разрешены. Как и многие, WPA быстро учится изменениям и смотрит вперед с уверенностью в своем будущем, оставаясь полностью посвященной исполнению трехлетних планов.

Давайте будем формировать будущее психиатрии и психического здоровья вместе.

## Afzal Javed

President, World Psychiatric Association

Перевод: Леонов Е.В. (Рязань)

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

## Библиография

1. Javed A. *World Psychiatry* 2021; 20:146.
2. Javed A. *World Psychiatry* 2021; 20:451–2.
3. Morozov P. *World Psychiatry* 2021; 20:310–1.
4. Wasserman D. *World Psychiatry* 2021; 20:309–10.

5. Pi EH. *World Psychiatry* 2021; 20:311–2.
6. Schulze TG. *World Psychiatry* 2020; 19:408–10.
7. Ng RMK. *World Psychiatry* 2020; 19:257.
8. Appelbaum PS, Tyano S. *World Psychiatry* 2021; 20:308–9.
9. Ng RMK. *World Psychiatry* 2021; 20:312–3.
10. Singh SP, Javed A. *World Psychiatry* 2020; 19:122.
11. Campion J, Javed A, Marmot M et al. *World Soc Psychiatry* 2020; 2:77–83.
12. Karim Z, Javed A, Azeem W. *Pak J Med Sci* 2022; 38:320–2.326 *World Psychiatry* 21:2, June 2022.
13. Herrman H, Chkonia E, Pinchuk et al. *World Psychiatry* 2021; 20:147–8.
14. Alfonso CA, Tasman A, Jimenez L et al. *World Psychiatry* 2021; 20:453–54.
15. Baron D, Noordsy D. *World Psychiatry* 2021; 20:454–5.
16. Fiorillo A, Sampogna G, Elkholy H et al. *World Psychiatry* 2021; 20:149–50.
17. Fiorillo A, Bhui KS, Stein DJ et al. *World Psychiatry* 2021; 20:457.

DOI:10.1002/wps.20978

## Панель «Встреча с советом WPA» на 21-м Всемирном конгрессе по психиатрии

Okasha A. The «Meet the WPA Council» Panel at the 21st World Congress of Psychiatry. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):326-327. doi:10.1002/wps.20957

Совет WPA – это орган, включающий прошлых президентов WPA, которые имеют полномочия давать советы и рекомендации исполнительному комитету WPA по любым вопросам, связанным с миссией и стратегией Ассоциации. В настоящее время его возглавляю я, и другими его членами являются профессора *J.A. Costa e Silva, F. Lieh-Mak, N. Sartorius, J.E. Mezzich, M. Maj, P. Ruiz, D. Bhugra* и *H. Herrman*.

В рамках 21-го Всемирного конгресса по психиатрии панель «Встреча с Советом WPA» проходила виртуально 21 октября 2021 г. Она включала презентацию профессоров *N. Sartorius, J.E. Mezzich, M. Maj, H. Herrman, J.A. Costa e Silva, D. Bhugra* и мою, а также речь избранного президента WPA, профессора *D. Wasserman*.

Я поприветствовал участников и провел краткую презентацию о рисках цифровой психиатрии в будущем. Как цифровая психиатрия сможет помочь тем, кто больше всего нуждается в помощи? Как она поможет детям из семей с низким уровнем дохода и их родителям, которые не всегда имеют доступ к современным устройствам и высокоскоростному интернету? Кроме того, погрешности в конфиденциальности могут серьезным образом нарушить общественное сотрудничество в проектах с большими объемами данных. Существует риск того, что неотложная психиатрическая помощь не сможет быть оказана своевременно. Известно, что пациенты с шизофренией страдают от когнитивных нарушений, что может нарушить их возможность заниматься телепсихиатрией. Бездомные могут быть непропорционально ограничены в доступе к надлежащему уходу, если большая его часть будет осуществляться виртуально. Как мы можем продолжать развитие телепсихиатрии с учетом правовых особенностей, при необходимости недобровольной госпитализации, в рамках судебной психиатрии и при

обязательной идентификации личности? Наконец, можем ли мы проводить реабилитацию с использованием цифровой психиатрии?

Презентация *N. Sartorius* была посвящена коморбидности психических и соматических расстройств как приоритетной проблеме в психиатрии. Предсказание того, что она останется серьезной нерешенной задачей, основано на рассмотрении двух тенденций. Во-первых, это увеличение ожидаемой продолжительности жизни людей с неинфекционными заболеваниями, для которых у нас есть методы лечения, продлевающие жизнь, но нет методов лечения, которые излечивают такие заболевания. Во-вторых, это растущее дробление медицины на все более узкие специальности, в которых практикующие врачи готовы заниматься болезнями своей специальности, но не другими<sup>1</sup>. Различные усилия по развитию совместной помощи, включающие взаимодействие нескольких специалистов при лечении человека с несколькими заболеваниями, в некоторых условиях были успешными благодаря наличию исключительно преданных своему делу врачей, объединенных в хорошо функционирующую систему. Такое развитие вряд ли будет возможным в иных условиях. Решение проблем коморбидности потребует изменений в образовании практикующих врачей и в организации медицинского обслуживания.

Речь *J. Mezzich* была посвящена будущему лично-ориентированной медицины и психиатрии. Он сообщил, что в ответ на гиперболизированный акцент современной медицины на органах и болезнях и сопровождающее его пренебрежение отношениями между врачом и пациентом возникло всемирное программное движение, направленное на регуляризацию медицины и общественного здравоохранения. Эпистемологическое определение лично-центрированной меди-

цины предлагает холистическую и коллаборативную медицину, основанную на фактах, опыте и ценностях и направленную на восстановление и укрепление здоровья человека в целом. WPA активно способствовала повышению роли человека в медицине и здоровье. В 2005 г. Генеральная ассамблея WPA учредила Институциональную программу психиатрии для личности. В этой программе участвовали многие общества-члены и научные секции для проведения симпозиумов и публикаций. Секция WPA по классификации разработала модель лично-ориентированной интегративной диагностической модели<sup>2</sup>, которая была применена Психиатрической Ассоциацией Латинской Америки для Латиноамериканского руководства по психиатрической диагностике. Таким образом, лично-ориентированный подход становится широко узнаваемой и уважаемой характеристикой психиатрии и медицины.

Презентация *M. Maj* была посвящена нескольким текущим тенденциям в психиатрии, вытекающим из последних выпусков журнала «Всемирная психиатрия». Докладчик сосредоточился на четырех темах. Во-первых, необходимо активно преодолевать во всем мире структурные и поведенческие барьеры для доступа к доказательной психотерапии, гарантируя, что эти терапии доступны не только в частных кабинетах психологов и психиатров, но и в общественных психиатрических учреждениях, чтобы избежать неприемлемого социально-экономического неравенства. Во-вторых, важно прислушиваться к предпочтениям пациентов при принятии решений о психиатрической помощи, поскольку пользователи могут многое сказать о выборе фармакотерапии, часто имея предыдущий опыт приема лекарств, решения о применении психотерапии и ее последствиях, а их нереализованные социальные, практические и эмоциональные потребности

должны быть удовлетворены с помощью психосоциальных вмешательств. В-третьих, все более признается потребность в дальнейшей клинической характеристике пациента, которому был поставлен данный психиатрический диагноз, для определения индивидуального плана лечения<sup>3-5</sup>. В-четвертых, необходимо участие психиатров в пропаганде психического здоровья в обществе. Это требует новых компетенций, которые, однако, следует добавить к навыкам психиатров как клиницистов, а не заменить эти навыки. К сожалению, в некоторых случаях клинические способности психиатров обесцениваются, принижаются или маргинализируются. Эти навыки следует защищать и развивать во всем мире.

Речь *H. Herrman* была посвящена будущим перспективам женщин в психиатрии. Докладчик подчеркнула, что глубоко укоренившиеся гендерные предрассудки сохраняются во всем мире. Комиссия журнала *Lancet* по гендерным вопросам и глобальному здравоохранению 2020 г.<sup>6</sup> утверждает, что гендер пересекается с другими социальными факторами, что приводит к неравенству в отношении здоровья. В нем отмечается, что, в то время как 70% работников здравоохранения во всем мире составляют женщины, 70% руководителей здравоохранения – мужчины. В психиатрии женщин по-прежнему относительно мало на руководящих должностях, даже несмотря на то, что их становится больше. Полное участие женщин в руководстве имеет решающее значение для психиатрии<sup>7</sup>. Женщины могут внести особый вклад и представить разные точки зрения на проблемы. Однако профессиональные барьеры для женщин сохраняются. Необходимы наставничество и различная поддержка, гибкие карьерные пути, мониторинг потребностей и опыта, а также работа с педагогами, работодателями, профессиональными сообществами и политиками. WPA трудилась

над тем, чтобы коллеги-женщины приглашались к полноценному и равноправному участию в деятельности Ассоциации. Мы поддерживаем женщин в разных частях света для обмена опытом и совместной работы. Прежде всего фокус направлен на формирование у женщин открытого и оптимистичного взгляда на профессиональную деятельность.

Презентация *D. Bhugra* подвела итоги работы Комиссии по психиатрии ВПА-Lancet на тему будущего психиатрии. В шести потенциальных темах Комиссия предположила, что потребности пациентов и методы лечения, вероятно, изменятся. Законы, поддерживающие пациентов, также должны быть изменены, поскольку обзор законов в 193 странах показал широкое распространение дискриминации<sup>8</sup>. Использование цифровых технологий было успешно продемонстрировано во время пандемии COVID-19, и это, вероятно, будет использовано в дальнейшем. Тем не менее этические вопросы, конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни должны решаться специалистами. Ожидания общества необходимо будет учитывать при подготовке психиатров будущего.

Выступление *D. Wasserman* было посвящено суицидальному поведению во время пандемии COVID-19. Она сообщила, что, по сравнению с предыдущими годами, частота суицидов по всему миру осталась в большинстве своем неизменной или даже снижалась на ранних этапах пандемии. Однако было доложено о росте числа самоубийств среди небелых жителей и афроамериканских групп в США, а также среди подростков в Китае. Среди подростков в период закрытия школ произошло существенных изменений в показателях суицида, однако в период после возвращения в школы наблюдается этот рост. Во многих странах на ранней стадии пандемии не было зарегистрировано никаких изменений в количестве посещений отделений не-

отложной помощи, связанных с самоубийствами. Тем не менее увеличение количества экстренных случаев, связанных с суицидом среди девушек и юношей, было зафиксировано с лета 2020 г. в Соединенных Штатах. Оценка суицидальных мыслей и попыток во время пандемии показала значительный их рост, особенно у женщин и молодых людей. Поскольку суицидальные попытки являются основным предиктором заверенных суицидов, необходимо принимать решительные превентивные меры, включая как здравоохранение, так и общественные инициативы в области психического здоровья<sup>9</sup>.

Несмотря на непродолжительность, сессия прошла живо и познавательно. Я надеюсь, что в будущем подобные панели будут регулярно организовываться в рамках Всемирных конгрессов по психиатрии.

### Ahmed Okasha

Chair of WPA Council; Okasha Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo, Egypt

Перевод: Леонов Е.В. (Рязань)

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

### Библиография

1. Sartorius N. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137:369–70.
2. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR et al. *Can J Psychiatry* 2010; 55:701–8.
3. Maj M, Stein DJ, Parker G et al. *World Psychiatry* 2020; 19:269–93.
4. Maj M, van Os J, De Hert M et al. *World Psychiatry* 2021; 20:4–33.
5. Stein DJ, Craske MG, Rothbaum BO et al. *World Psychiatry* 2021; 20:336–56.
6. Hawkes S, Allotey P, Elhadj AS et al. *Lancet* 2020; 396:521–2.
7. Herrman H. *Int Psychiatry* 2010; 7:53–4.
8. Bhugra D. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28:335–419.
9. Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A et al. *World Psychiatry* 2020; 19:294–306.

DOI: 10.1002/wps.20957

## Рабочая группа WPA по нарушениям интеллектуального развития: необходимость второго сдвига парадигмы

Munir KM, Roy A, Javed A. The WPA Working Group on Intellectual Developmental Disorders: the need for a second paradigm shift. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):327–328. doi:10.1002/wps.2097

План действий WPA на 2020–2023 гг.<sup>1-3</sup> совпадает со столь необходимым акцентом на потребностях в области психического здоровья людей с интеллектуальной недостаточностью/ психическими расстройства-

ми интеллектуального развития (РИР; англ.: *Intellectual developmental disorders, IDD*). Была сформирована рабочая группа по РИР, которая впервые провела заседание на президентском симпозиуме во время 19-го Всемирно-

го конгресса психиатрии в Лиссабоне, Португалия, в августе 2019 г.<sup>4</sup>

Недавний международный обзор моделей обслуживания пациентов с РИР<sup>5</sup> показал, что некоторые страны полагаются на высококачественные

услуги специалистов, которые, тем не менее, трудно достижимы, в то время как лишь немногие страны используют обученных добровольцев для работы с семейными сетями в целях оказания помощи и поддержки, образования, обучения и трудоустройства людей с расстройствами. Очевидно, что очень немногие страны с низким и средним уровнем дохода (СНСД) оказывают какие-либо существенные услуги для людей с РИР на протяжении всей жизни. Кроме того, любое оказание психиатрической помощи включает в отдельных случаях наличие необученного персонала. Факторы, влияющие на качество услуг в СНСД, включают культурные барьеры, социальную стигматизацию, географическое положение, транспортное сообщение, плохо развитую законодательную базу и низкое бюджетное финансирование.

Деятельность Рабочей группы WPA по РИР предусмотрена в рамках концепции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), рекомендованной соответствующей рабочей группой МКБ-11<sup>6</sup>. Эта концепция получила широкое признание в качестве стимула для смены парадигмы в классификации РИР как состояния развития нервной системы как в DSM-5, так и в МКБ-11. Этот подход признает, что функциональные ограничения часто сосуществуют наряду с сильными сторонами и что все они должны учитываться при индивидуальной оценке, а также что описания ограничений должны быть направлены на разработку профиля необходимой поддержки. Это также подчеркивает необходимость выявления лежащей в основе расстройства этиологии в соответствии с Миссией WPA в области общественного здравоохранения (отметить важность факторов риска и принять профилактические и реабилитационные меры, основанные на фактических данных).

В этом году рабочая группа WPA по РИР приняла участие в инициативе под названием «Реабилитация 2030», спонсируемой Департаментом ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, инвалидности, насилию и профилактике травматизма, направленной на разработку пакета реабилитационных вмешательств<sup>7</sup> вместе с конкретными необходимыми потребностями в ресурсах для их осуществления. Главной целью является улучшение ухода за людьми с РИР на протяжении всей жизни, с особым акцентом на СНСД.

Следуя этим новаторским подходам к классификации и вмешательствам, основанным на факти-

ческих данных, рабочая группа в настоящее время продвигает второе изменение парадигмы, направленное на включение обучения по РИР в рамки обучения психиатрии, опять же с особым акцентом на СНСД.

Три важных аргумента оправдывают этот призыв. Во-первых, при опросе о своих знаниях на тему влияния РИР многие обучающиеся психиатрии признают непропорционально высокое бремя сопутствующих психических расстройств у лиц с РИР<sup>8</sup>. Во-вторых, многие обучающиеся психиатрии, получив возможность пообщаться с людьми с РИР во время ротации, расценивают такой опыт как весьма созидательный и вдохновляющий. В-третьих, и это наиболее важно, психиатрия как профессия может значительно улучшить уход за людьми с РИР.

Кроме того, пробел в предоставлении услуг по охране психического здоровья лицам с РИР слишком значителен, чтобы его можно было компенсировать ситуативным доверием к отдельным поставщикам услуг и семьям, а их ресурсы не безграничны. Более того, в условиях пандемии COVID-19, люди с РИР встречаются со значительным усилением неравенства. Это связано с лежащими в основе медицинских процессов неспособностью соблюдать социальную дистанцию, повышенным риском заражения и смертности, проблемами с участием в услугах телемедицины и последующей социальной изоляцией и неблагоприятными последствиями для психического здоровья<sup>9</sup>.

Рабочая группа и руководство WPA приглашают психиатрические сообщества к совместной деятельности для активизации усилий по разработке инклюзивных моделей обучения в области психиатрической помощи лицам с РИР. Рабочая группа готова обеспечить повышение осведомленности людей, обучение и исследовательское сотрудничество для продвижения и распространения эффективных услуг и, таким образом, улучшения жизни и результатов терапии людей с РИР. С этой целью рабочая группа разрабатывает справочник открытого доступа, посвященный глобальным аспектам психиатрии РИР, авторами которого являются представители СНСД и стран с высоким уровнем дохода. Параллельно рабочая группа разрабатывает онлайн-образовательные материалы, обобщающие ключевые аспекты психиатрической

помощи людям с РИР. Эти ресурсы будут доступны через образовательный портал WPA в 2022 г.

Рабочая группа WPA по РИР призывает всех психиатров к систематическому знакомству с этой областью специальности и получению опыта в ней, чтобы они могли корректировать лечение сопутствующих психических расстройств и избегать диагностического затмения, при котором РИР может ошибочно считаться причиной всех поведенческих расстройств, а психические, физические и экологические факторы окажутся упущенными из виду. Поскольку родственники остаются ключевыми партнерами, а также со-поставщиками услуг для людей с РИР на протяжении всей их жизни, рабочая группа поощряет оказание поддержки семьям с использованием местных сетей, с доступом к специалистам для обучения и наблюдения, а также к более интенсивным формам лечения сопутствующих расстройств (например, расстройства аутистического спектра, судорожные расстройства)<sup>7</sup>. В-третьих, рабочая группа призывает к развитию целевых служб охраны психического здоровья, включая психиатров и смежных специалистов, которым требуется дополнительная подготовка для улучшения их диагностических и терапевтических навыков, связанных с РИР. Наконец, рабочая группа подчеркивает необходимость ухода, ориентированного на человека, с учетом способностей и стремлений затронутых лиц, сочетания социальных и медицинских моделей развития и инвалидности в рамках прав человека для улучшения доступа к здравоохранению, образованию и занятости.

Эти темы были предметом презентаций на президентских и *State-of-the-Art* симпозиумах на Всемирном конгрессе в Лиссабоне, а затем на Всемирных конгрессах в Бангкоке, Таиланд, в марте 2021 г. и Картахене, Колумбия, в октябре 2021 г. и будут продолжать рассматриваться рабочей группой на предстоящих конгрессах и конференциях WPA.

**Kerim M. Munir<sup>1,2</sup>, Ashok Roy<sup>1,3</sup>, Afzal Javed<sup>4,5</sup>**

<sup>1</sup>WPA Working Group on Intellectual Disabilities/Intellectual Developmental Disorders;

<sup>2</sup>Boston Children's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

<sup>3</sup>Coventry and Warwickshire Partnership NHS Trust, Brooklands Hospital, Birmingham, UK;

<sup>4</sup>WPA President;

<sup>5</sup>Pakistan Psychiatric Research Centre, Fountain House, Lahore, Pakistan

#### Библиография

1. Javed A. World Psychiatry 2020; 19:411–2.
2. Javed A. World Psychiatry 2021; 20:146.
3. Javed A. World Psychiatry 2021; 20:451–2.
4. Bertelli M.O., Salvador-Carulla L., Munir K.M. et al. World Psychiatry 2020; 19:260.
5. Roy A, Courtenay K., Odiyoor M. et al. BJPsych Int 2021; 18:54–7.
6. Salvador-Carulla L., Reed G.M., Vaez-Azizi L. et al. World Psychiatry 2011; 10:175–80.
7. Rauch A., Negrini S., Cieza A. Arch Phys Med Rehab 2019; 100:2205–11.
8. Munir K. Curr Opin Psychiatry 2016; 29:95–102.
9. Constantino J.N., Sahin M., Piven J. et al. Am J Psychiatry 2020; 177:1091–3.

DOI:10.1002/wps.20979

## Рабочая группа WPA по студентам-медикам: текущие инициативы и будущие приоритеты

Azeem MW, Liu HY, Imran N, et al. WPA Working Group on Medical Students: current initiatives and future priorities. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):328–330. doi:10.1002/wps.20980

Психические расстройства затрагивают людей всех возрастов во всем мире. Нехватка специалистов в области психического здоровья является серьезной проблемой, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Кроме того, пандемия COVID-19 привела к сокращению и даже закрытию различных служб психического здоровья во всем мире<sup>1,4</sup>. В Плане действий WPA на 2020–2023 гг. важным направлением стало наращивание потенциала и повышение популярности психиатрии среди студентов-медиков<sup>5,6</sup>. С этой целью была создана рабочая группа WPA по студентам-медикам. Инаугурационное заседание данной группы, на котором присутствовал президент WPA, состоялось 21 декабря 2020 г. Затем последовали регулярные встречи членов группы.

Полномочия данной рабочей группы включают четыре компонента: определение возможностей для повышения популярности психиатрии как направления карьеры среди студентов-медиков; определение организаций и лиц, заинтересованных в участии и продвижении Плана действий WPA по развитию психиатрии среди студентов-медиков; поддержание связи с другими рабочими группами WPA в отношении студентов-медиков; поддержка студентов-медиков во всем мире.

С начала 2019 г. COVID-19 вызвал значительные нарушения в повседневной жизни миллионов людей во всем мире. Медицинское образование не стало исключением в этом отношении. Пандемия повлияла на очное обучение, экзамены в медицинских вузах, клиническую ротацию, доступность профессорско-преподавательского состава для контроля работы студентов и будущие места работы<sup>7</sup>.

Пандемия также повлияла на эмоциональное состояние студентов-медиков. Исследование, проведенное

членами нашей рабочей группы в выборке из 1100 студентов-медиков из пяти медицинских школ Пакистана, выявило высокий уровень тревожности (48,6%) и депрессивных симптомов (48,1%) у молодежи во время пандемии COVID-19. В исследовании приняли участие 69% студентов-медиков женского пола и 31% студентов-медиков мужского пола, причем примерно 25% опрошенных сообщили о наличии психических расстройств в прошлом. Одним из наиболее тревожных наблюдений было то, что каждый пятый студент-медик думал, что было бы лучше, если бы он умер, а 8% студентов часто думали о самоубийстве в течение последних двух недель<sup>8</sup>. Крайне важно, чтобы медицинские школы разработали стратегии и системы поддержки для поддержания благополучия студентов-медиков.

Важным событием в деятельности нашей рабочей группы стал выпуск рекламного видеоролика для студентов-медиков под названием «Почему психиатрия». Это видео было создано с целью распространения мнений опытных преподавателей, психиатров-стажеров и студентов-медиков о важности поддержки психиатрических кадров во всем мире. Интервью включали ключевые темы, охватывающие психическое здоровье студентов-медиков, разнообразие психиатрических специальностей, взаимосвязь психического здоровья с социальными детерминантами здоровья и возможности партнерства с поставщиками первичной медико-санитарной помощи. Основным сообщением была острая нехватка психиатров и необходимость поддержки развития рабочей силы для удовлетворения потребностей в области психического здоровья. Это видео доступно на английском, французском, испанском и русском языках, чтобы преподаватели медицинских учебных заведений могли поделиться им со своими стажерами и студентами-меди-

ками ([www.wpanet.org/post/why-psychiatry-medical-studentgroup-video-now-available-online](http://www.wpanet.org/post/why-psychiatry-medical-studentgroup-video-now-available-online)).

В дополнение к видео рабочая группа разрабатывает набор онлайн-инструментов для преподавателей психиатрии. Первым из этих инструментов является интерактивный модуль самообучения по поддержанию психологического благополучия студентов-медиков, который теперь доступен на образовательном портале WPA. Забота о себе и поддержание хорошего самочувствия часто игнорируются в официальных учебных программах медицинских вузов<sup>9</sup>. Нынешняя пандемия увеличила диагностируемость эмоционального выгорания и депрессии среди медицинских работников. Данный модуль предназначен для того, чтобы побудить преподавателей и политиков к реализации путей оздоровления учащихся и поддержать среду обучения, которая способствует эмоциональному и физическому благополучию.

В дополнение к виртуальным ресурсам рабочая группа также организовала три очных мероприятия с целью популяризации психиатрии среди студентов-медиков и решения проблемы выгорания. Эти первые мероприятия были проведены в Пакистане, Индии и Катаре при активном участии местных студентов-медиков, которые внесли свой вклад в обсуждение основных тем. Данные мероприятия также послужили платформой для поддержки и наставничества студентов-медиков, интересующихся психиатрией.

Рабочая группа активно публикует рецензируемые статьи, касающиеся таких областей, как продвижение психиатрии среди студентов-медиков и влияние COVID-19 на студентов-медиков<sup>10,11</sup>. Планируется и ведется работа над дополнительными исследовательскими статьями. Все мероприятия и инициативы рабочей группы до-

ступны в специальном разделе сайта WPA ([www.wpanet.org/wg-on-medical-students](http://www.wpanet.org/wg-on-medical-students)).

Рабочая группа принимала активное участие в сборе и экспертной оценке тезисов и в симпозиумах по всему миру, в частности в президентском и других симпозиумах по развитию потенциала в психиатрии и темам, связанным с медицинским образованием (на Всемирных конгрессах в Бангкоке (Таиланд) в марте 2021 г. и Картахене (Колумбия) в октябре 2021 г.). Тезисы статей, посвященных продвижению психиатрии, были представлены на ежегодной конференции Ассоциации преподавателей психиатрии в университетах, прошедшей в Великобритании в феврале 2021 г., на Региональной конференции WPA, прошедшей в России в мае 2021 г., и на 67-й конференции Виртуальной американской академии детской и подростковой психиатрии в октябре 2021 г. Среди студентов-медиков в Мексике был проведен инновационный конкурс работ на тему «Роль психиатрии после пандемии». Три лучшие статьи были отмечены на 27-м Конгрессе Мексиканской психиатрической ассоциации в сентябре 2021 года.

Будущие направления работы включают: а) создание онлайн-модулей самообучения, посвященных проблемам стигматизации и выгорания для студентов-медиков; б) проведение исследований учебных программ по психиатрии в медицинском образовании в медицинских вузах разных стран; в) виртуальные и очные мероприятия по популяризации психиатрии среди студентов-медиков и решению проблемы эмоционального выгорания среди студентов; г) поддержание связи с региональными и международными организациями по популяризации психиатрии; д) тематические выступления на конгрессах WPA и других национальных и международных конференциях; и е) размещение информации в социальных сетях и проведение видеокампаний по популяризации психиатрии.

**Muhammad Waqar Azeem<sup>1,2</sup>, Howard Y. Liu<sup>1,3</sup>, Nazish Imran<sup>1,4</sup>, Bernardo Ng<sup>1,5</sup>, Khalid Bazaid<sup>1,6</sup>, Pronob K. Dalal<sup>1,7</sup>, Mohan Issac<sup>1,8</sup>, Afzal Javed<sup>9,10</sup>**

<sup>1</sup>WPA Working Group on Medical Students;

<sup>2</sup>Sidra Medicine, Weill Cornell Medicine, Doha,

Qatar; <sup>3</sup>University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA; <sup>4</sup>King Edward Medical University, Mayo Hospital, Lahore, Pakistan; <sup>5</sup>Sun Valley Behavioral Medical and Research Center, Imperial, CA, USA; <sup>6</sup>University of Ottawa, Royal Ottawa Mental Health Center, Ottawa, ON, Canada; <sup>7</sup>King George's Medical University, Lucknow, India; <sup>8</sup>University of Western Australia, Fremantle Hospital, WA, Australia; <sup>9</sup>WPA President; <sup>10</sup>Pakistan Psychiatric Research Centre, Fountain House, Lahore, Pakistan

Перевод: Чибикова Е.Ю. (Самара)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Javed A. World Psychiatry 2020; 19:411–2.
2. Javed A. World Psychiatry 2021; 20:146.
3. Javed A. World Psychiatry 2021; 20:451–2.
4. Bertelli M.O., Salvador-Carulla L., Munir K.M. et al. World Psychiatry 2020; 19:260.
5. Roy A, Courtenay K., Odiyoor M. et al. BJPsych Int 2021; 18:54–7.
6. Salvador-Carulla L., Reed G.M., Vaez-Azizi L. et al. World Psychiatry 2011; 10:175–80.
7. Rauch A, Negrini S., Cieza A. Arch Phys Med Rehab 2019; 100:2205–11.
8. Munir K. Curr Opin Psychiatry 2016; 29:95–102.
9. Constantino J.N., Sahin M., Piven J. et al. Am J Psychiatry 2020; 177:1091–3.

DOI:10.1002/wps.20979

## Рабочая группа WPA по общественному психическому здоровью: цели и рекомендуемые действия

Campion J, Javed A. WPA Working Group on Public Mental Health: objectives and recommended actions. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):330–331. doi:10.1002/wps.20981

Сообщается, что на психические расстройства приходится почти треть глобального бремени болезней, измеряемого показателем ожидаемого количества потерянных лет трудоспособной жизни (YLDs)<sup>1</sup>. С другой стороны, психическое благополучие приводит к широким положительным последствиям<sup>2</sup>. Существуют эффективные общественные вмешательства в области психического здоровья для лечения психических расстройств, предотвращения связанных с ними воздействий, предотвращения возникновения психических расстройств и улучшения психического благополучия людей и психологической устойчивости<sup>2,3</sup>.

Однако только меньшинство лиц с психическими расстройствами получает лечение, причем в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД) этот охват намного ниже<sup>4</sup>. Еще меньше охват вмешательств, направленных на предотвращение со-

путствующих последствий психических расстройств, и ничтожен охват вмешательств, направленных на предотвращение психических расстройств или содействие психическому благополучию и психологической устойчивости. Этот пробел в реализации охвата услугами представляет собой нарушение права человека на здоровье и приводит к страданиям населения и связанным с этим экономическим издержкам<sup>3</sup>. Разрыв между потребностью в помощи и доступом к ней еще больше увеличился во время пандемии COVID-19<sup>5-7</sup>.

Цели в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций (ООН) поставили задачу обеспечить всеобщий охват к 2030 г., что включает лечение и профилактику психических расстройств, содействие психическому благополучию населения. В самом последнем Атласе психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) под-

черкивается, что «глобальные цели могут быть достигнуты к 2030 г. только в том случае, если в течение следующих 10 лет государства-члены возьмут на себя коллективные глобальные обязательства по осуществлению масштабных инвестиций и расширению усилий на уровне стран в отношении к политике, законам, программам и услугам в области психического здоровья»<sup>4</sup>.

Общественное психическое здоровье включает популяционный подход для улучшения охвата, результатов и координации вмешательств по лечению психических расстройств, предотвращению связанных с ними последствий, предотвращению развития психических расстройств и содействию психическому благополучию и устойчивости. Это направлено на поддержку эффективного, справедливого и постоянного снижения частоты психических расстройств, содействие психическому благополучию населе-



ния и достижение цели ООН в области устойчивого развития по всеобщему охвату услугами к 2030 г<sup>3</sup>.

План действий WPA на 2020–2023 гг. рассматривает общественное психическое здоровье в качестве руководящего принципа<sup>8,9</sup>. Создана рабочая группа по общественному психическому здоровью, в которую вошли такие эксперты, как Дж. Аллан, Ф.К. Байнгана, Дж. Кэмпион, Ю. Хуанг, А. Джавед, Н. Лэмб, С. Левин, К. Лунд, М. Мармот, С. Саксена, Т. Шульце, Э. Сорель, Х. Ту, П. Удомратн, и М. ван Оммерен (наблюдатель).

Рабочая группа подчеркнула, что общественное психическое здоровье не имеет четкого определения или понимания, а в некоторых языках для него нет терминов. Это способствует отсутствию действий по соответствующим вопросам. Группа согласилась с приведенным выше определением, которое опубликовано на веб-странице Группы на веб-сайте WPA ([www.wpanet.org/public-mental-health](http://www.wpanet.org/public-mental-health)) и в недавней публикации<sup>3</sup>.

Основная цель рабочей группы состоит в том, чтобы улучшить реализацию мероприятий по охране психического здоровья населения четырьмя способами. Во-первых, повысить осведомленность, ценность, признание и приоритетность этой области в национальной политике здравоохранения. Во-вторых, способствовать проведению национальных оценок неудовлетворенных потребностей общественного психического здоровья и необходимых действий, которые затем могут использоваться для разработки и реализации политики. В-третьих, содействовать обучению населения в области охраны психического здоровья, в том числе с помощью цифровых платформ, которые могут помочь психиатрам и другим специалистам в устранении пробелов в обеспечении общественного учебного плана, учебных целей и этапов обучения. Примеры обучения общественному психическому здоровью приведены на вышеупомянутой веб-странице Группы. Четвертый способ заключается в поддержке разработки комплексных подходов общественного здравоохранения к лечению и профилактике заболеваний в области психического здоровья, в том числе посредством взаимодействия с системами первичного и общего здравоохранения.

Дальнейшие цели включают в себя: а) работу с заинтересованными странами для содействия этим подходам с определенным финансированием; б) взаимодействие с другими организациями, занимающимися вопросами охраны психического здоровья населения (до сих пор в их число входили Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Международный чрезвычайный фонд помощи детям при ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ); в) распространение работ, имеющих отношение к общественному психическому здоровью, посредством публикаций, презентаций и обучения, в том числе в режиме онлайн; г) поддержка общественного подхода к охране психического здоровья в других областях Плана действий WPA на 2020–2023 гг., включая психическое здоровье детей, подростков и молодежи, лечение сопутствующих заболеваний и партнерство с другими организациями.

Публикации, уже подготовленные рабочей группой, включают редакционную статью о данной области в целом<sup>10</sup>, статьи, посвященные подходу общественного психического здоровья к пандемии *COVID-19*<sup>11–13</sup>, а также документы о необходимых действиях по устранению сбоев в реализации общественного психического здоровья<sup>3,14</sup>. Члены рабочей группы выступали с докладами на Всемирных конгрессах психиатрии в 2021 и 2022 гг., а также на общественном симпозиуме по психическому здоровью на Международном конгрессе Королевского колледжа психиатров Великобритании в 2022 г.

Для достижения консенсуса в отношении необходимых действий по устранению пробелов в реализации общественного здравоохранения в области охраны психического здоровья членам рабочей группы было предложено внести свой вклад в статью<sup>3</sup> о политике здравоохранения, в которой рекомендуются следующие шесть действий: 1) оценка неудовлетворенных потребностей, оценка воздействия и связанных с этим экономических выгод от улучшения охвата, а также совместная защита прав, промочия и лидерство; 2) общественная психиатрическая практика; 3) обучение населения аспектам общественного психического здоровья и повышение уровня его знаний; 4) расширение охвата вмешательств в области общественного психического здоровья с

помощью подходов, основанных на условиях, интегрированных подходах, цифровых технологиях, максимальном использовании существующих ресурсов и сосредоточении внимания на вмешательствах с высокой эффективностью; 5) подход, основанный на правах, законодательстве и регулировании; 6) исследования в области общественного психического здоровья, в том числе ориентированные на реализацию планов.

**Jonathan Campion<sup>1,3</sup>, Afzal Javed<sup>4,5</sup>**

<sup>1</sup>South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; <sup>2</sup>WPA Working Group on Public Mental Health; <sup>3</sup>University of Cape Town, Cape Town, South Africa; <sup>4</sup>WPA President; <sup>5</sup>Warwick Medical School, University of Warwick, Warwick, UK

Перевод: Нахаева М.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. Vigo D., Thornicroft G., Atun R. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3:171–8.
2. Campion J. *Public mental health: evidence, practice and commissioning*. London: Royal Society for Public Health, 2019.
3. Campion J., Javed A., Lund C. et al. *Lancet Psychiatry*. 2022; 9:169–82.
4. World Health Organization. *Mental health atlas 2020*. Geneva: World Health Organization, 2021.
5. World Health Organization. *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services*. Geneva: World Health Organization, 2020.
6. Adhanom Ghebreyesus T. *World Psychiatry*. 2020; 19:129–30.
7. Stewart DE, Appelbaum PS. *World Psychiatry*. 2020; 19:406–7.
8. Javed A. *World Psychiatry*. 2021; 20:146.
9. Javed A. *World Psychiatry*. 2021; 20:451–2.
10. Campion J., Javed A., Vaishnav M. et al. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62:3–6.
11. Campion J., Javed A., Sartorius N. et al. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7:657–9.
12. Campion J., Javed A., Marmot M. et al. *World Soc Psychiatry*. 2020; 2:77–83.
13. Campion J. *Public mental health briefing on COVID-19*. [www.wpanet.org/public-mental-health](http://www.wpanet.org/public-mental-health).
14. Campion J., Javed A., Saxena S. et al. *Indian J Psychiatry* (in press).

DOI:10.1002/wps.20981

# МКБ-11 официально вступила в силу

Pezzella P. The ICD-11 is now officially in effect. *World Psychiatry*. 2022; 21(2):331–332. doi:10.1002/wps.20982

Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11) вступила в силу 1 января 2022 г. Всем государствам – членам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) теперь будет предложено использовать новую версию классификации с целью предоставления статистики по заболеваемости и смертности. Для облегчения перехода от МКБ-10 к МКБ-11 предоставляется специальный пакет реализаций.

МКБ-11 состоит из 26 глав, соответствующих группам заболеваний, а также из дополнительного раздела (Глава 5), посвященного оценке функционирования. Глава 6 посвящена психическим, поведенческим расстройствам и расстройствам нейропсихологического развития. Отдельные главы отведены расстройствам сна и бодрствования (Глава 7) и сексуальным дисфункциям (Глава 17). В дополнение к главам «Травмы, отравления или некоторые другие последствия внешних причин» (Глава 22) и «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» (Глава 24), уже имеющимся в МКБ-10, добавлена новая глава «Традиционная медицина: нарушения здоровья» (Глава 26).

Основные области деятельности, для которых предназначена классификация, включают сертификацию и отчетность о причинах смерти; кодирование заболеваемости и отчетность плюс отчетность по первичной медицинской помощи; группировку по диагнозу (DRG) и обозначение смешанных случаев; оценку и мониторинг безопасности, эффективности и качества медицинской помощи; исследования и проведение клинических испытаний и эпидемиологических исследований; оценку функционирования; ведение клинической документации (<https://icd.who.int>).

МКБ-11 содержит 17 тыс. кодов и более 120 тыс. кодируемых терминов. Она является полностью цифровой и общедоступной. На сегодняшний день она переведена на английский, испанский, китайский, арабский и французский языки.

Клинические описания и диагностические требования (КОДТ) в отношении состояний, связанных с психическим здоровьем, соответствующие клиническим описаниям и диагностическим указаниям (КОДУ) МКБ-10, служат неотъемлемой частью МКБ-11. Они охватывают 20 групп

расстройств, в числе которых расстройства нейроразвития, шизофрения или другие первичные психотические расстройства, кататония, аффективные расстройства, расстройства, связанные с тревогой или страхом, обсессивно-компульсивные и сходные расстройства, расстройства, специфически связанные со стрессом, диссоциативные расстройства, расстройства питания и пищевого поведения, расстройства естественных отправлений, расстройства телесных ощущений и переживаний, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и аддиктивного поведения, расстройства контроля побуждений, деструктивные и диссоциальные поведенческие расстройства, расстройства личности и личностные черты, парафилические расстройства, имитированные расстройства, нейрокогнитивные расстройства, психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства или заболевания, классифицированные в других главах, и вторичные психические и поведенческие нарушения, связанные с расстройствами и заболеваниями, классифицированными в других главах.

Для каждой категории, включенной в каждую из перечисленных групп, существуют разделы, посвященные основным (обязательным) признакам, дополнительным клиническим признакам, границе с нормой (порогом), особенностям течения, развития, культуральным особенностям, особенностям, связанным с полом и/или гендером, и границам с другими расстройствами и состояниями (дифференциальный диагноз).

Разработка КОДТ, в которую эксперты WPA внесли значительный вклад (в том числе выступая в качестве председателей в нескольких рабочих группах), считается наиболее масштабным международным процессом, когда-либо осуществлявшимся для классификации психических расстройств<sup>1</sup>. Основные различия между КОДТ и диагностическими критериями DSM-5, а также основные спорные вопросы, которые обсуждались при разработке КОДТ, были подробно рассмотрены в данном журнале<sup>2-13</sup>.

Доработке КОДТ предшествовала обширная программа международных полевых исследований. К ним относятся интернет-исследования и клинические исследования. Полевые исследования в Интернете проводились через

Глобальную сеть клинической практики ВОЗ (<https://gcp.network>). В настоящее время она включает более 16 тыс. клиницистов из 159 стран (51% психиатров, 30% психологов; 40% из Европы, 25% из западной части Тихого океана, 24% из Америки, 5% из Юго-Восточной Азии, 3% из Восточного Средиземноморья и 3% из Африки; 63% из стран с высоким уровнем дохода, 37% из стран со средним и низким уровнем дохода). Полевые исследования на базе клиник состоялись при участии сотрудничающих центров ВОЗ. Проведенное в Интернете полевое исследование<sup>14</sup> с участием 928 медицинских работников из всех регионов ВОЗ показало, что в среднем КОДТ по МКБ-11 для 10 выбранных психических расстройств показали значительно более высокую диагностическую точность (71,9% против 53,2%), а также большую простоту использования, большую ясность, более высокую степень соответствия и снижение времени, необходимого для постановки диагноза, по сравнению с КОДУ МКБ-10.

В настоящее время реализуется международная программа обучения, ориентированная на КОДТ. Первый комплексный 20-часовой онлайн-курс был организован Сотрудничающим центром ВОЗ по исследованиям и обучению в области психического здоровья в Неаполе и Европейской психиатрической ассоциацией с 9 по 30 апреля 2021 г. Курс координировали G.M. Reed и M. Maj. Данный курс также охватывал несколько разделов КОДТ (шизофрения или другие первичные психотические расстройства, аффективные расстройства, расстройства, связанные с тревогой или страхом, обсессивно-компульсивные и сходные расстройства, расстройства, специфически связанные со стрессом, расстройства питания и пищевого поведения, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и аддиктивного поведения и расстройства личности). В преподавательский состав вошли W. Gaebel, M. Cloitre, M. Maj, C.S. Kogan, P. Monteleone, M. Swales, J.B. Saunders и N.A. Fineberg. В очном обучении приняли участие 120 психиатров, отобранных из почти 500 претендентов, представляющих 78 разных стран. Еще одна группа из 250 психиатров получила доступ к курсу по запросу.

Учебный курс с эксклюзивным доступом для членов Глобальной сети клинической практики ВОЗ был орга-

низован Сотрудничающим центром ВОЗ в Колумбийском университете совместно с Департаментом ВОЗ по вопросам психического здоровья и употреблению психоактивных веществ. Курс состоит из 15 онлайн-учебных модулей, каждый из которых посвящен определенной группе расстройств и занимает от 1 до 1,5 часа. Каждый блок содержит описание соответствующей диагностической группы и основных нововведений по отношению к МКБ-10. Для проверки понимания содержания курса предусмотрены контрольные вопросы. В рамках данного обучения участники имеют возможность попрактиковаться, применяя диагностические рекомендации к примерам в виде клинических случаев.

Учебный курс, организованный совместно WPA и Глобальной академией психического здоровья, по структуре схожий с курсом, созданным Неапольским сотрудничающим центром ВОЗ и Европейской психиатрической ассоциацией, но с доступом для пси-

хологов и практикующих врачей первичного звена, проходил в режиме онлайн с 8 по 29 ноября 2021 г.

Международная консультативная группа ВОЗ по обучению и внедрению МКБ-11 «Психические, поведенческие расстройства и расстройства нейropsychического развития» была создана для разработки и оценки процессов обучения и внедрения МКБ-11 в различных странах. Бывшие сотрудники WPA, внесшие вклад в разработку КОДТ, такие как *M. Maj*, *W. Gaebel* и *D. Stein*, являются членами этой Консультативной группы.

### **Pasquale Pezzella**

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Naples, Italy

Перевод: Чибикова Е.Ю. (Самара)

Редактура: к. м. н. Рукавишников Г.В.

(Санкт-Петербург)

### **Библиография**

1. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S. et al. World Psychiatry 2019; 18:3–19.

2. First M.B., Gaebel W., Maj M. et al. World Psychiatry 2021; 20:34–51.
3. Pinto da Costa M., Ng R.M.K., Reed G.M. World Psychiatry 2021; 20:148–9.
4. Perris F. World Psychiatry 2020; 19:263–4.
5. Piegari G. World Psychiatry 2021; 20:313–4.
6. Giuliani L. World Psychiatry 2021; 20:457–8.
7. Maj M., Stein D.J., Parker G. et al. World Psychiatry 2020; 19:269–93.
8. Maj M., van Os J., De Hert M. et al. World Psychiatry 2021; 20:34–51.
9. Stein D.J., Craske M.G., Rothbaum B.O. et al. World Psychiatry 2021; 20:336–56.
10. Kotov R., Jonas K.G., Carpenter W.T. et al. World Psychiatry 2020; 19:151–72.
11. Krueger R.F., Hobbs K.A., Conway C.C. et al. World Psychiatry 2021; 20:171–93.
12. Zimmerman M. World Psychiatry 2021; 20:70–1.
13. Fried E.I., Greene A.L., Eaton N.R. World Psychiatry 2021; 20:69–70.
14. Gaebel W., Stricker J., Riesbeck M. et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2020; 270:281–9.

DOI:10.1002/wps.20982

Русская версия журнала ВПА  
«Всемирная психиатрия» издается как приложение  
к журналу «Психиатрия и психофармакотерапия»  
им. П.Б. Ганнушкина  
(ISSN 2075–1761, Рег. номер ПИ №ФС 77-64502 от 31 декабря 2015 года)

***БЛАГОДАРНОСТЬ***  
**Перевод на русский язык, издание и распространение журнала  
осуществлены благодаря поддержке  
СОЮЗА ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**



