

Снизил ли увеличение обеспечения лечением распространенность основных психических заболеваний? Обзор данных из четырех стран

Anthony F. Jorm¹, Scott B. Patten², Traolach S. Brugha³, Ramin Mojtabai⁴

¹Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australia; ²Department of Community Health Sciences, University of Calgary, Calgary, Canada; ³Department of Health Sciences, College of Medicine, Biological Sciences and Psychology, University of Leicester, Leicester General Hospital, Leicester, UK; ⁴Department of Mental Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA

Перевод: Мурашко А.А. (Москва), Буховец И.И.
Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

Резюме

Согласно данным последних популяционных исследований, значительное количество людей с психическими расстройствами не получают медицинской помощи. Методом моделирования установлено, что устранение этого «недостатка лечения» должно уменьшить распространенность психических расстройств среди населения. Для оценки последствий устранения «недостатка лечения» в развитых странах были пересмотрены данные с 1990 по 2015 год из четырех англоязычных стран: Австралии, Канады, Англии и США. Эти данные показывают, что, несмотря на существенное увеличение объемов лечения, в частности антидепрессантами, распространенность аффективных и тревожных расстройств и их симптомов не уменьшилась. Было предложено несколько гипотез отсутствия положительного эффекта. Гипотеза маскировки снижения распространенности заболеваний благодаря лечению вследствие увеличения факторов риска не нашла подтверждения. Тем не менее, появились некоторые доказательства в пользу гипотезы маскировки эффективности лечения увеличением количества обращений из-за большей информированности населения о распространенных психических расстройствах или готовности сообщить о симптомах. Более обоснованная гипотеза отсутствия снижения распространенности заключается в том, что большая часть проводимого лечения не соответствует минимальным стандартам клинических рекомендаций и недостаточно ориентирована на тех, кто больше в нем нуждается. Недостаточное внимание к профилактике распространенных психических расстройств также может быть значимым фактором. Снижение распространенности основных психических расстройств остается нерешенной задачей для здравоохранения во всем мире, что должно привлечь большее внимание к «дефициту качества» лечения и «недостатку профилактики». Кроме того, всем странам необходимо контролировать результаты с использованием стандартизированных методов оценки обеспечения помощи и психических расстройств с течением времени.

Ключевые слова: распространенные психические расстройства, депрессия, тревожные расстройства, распространенность, антидепрессанты, психологическая терапия, качество лечения, профилактика

(World Psychiatry 2017;16:90–99)

Национальные исследования в ряде стран показали, что психические расстройства широко распространены и являются значимой причиной инвалидности¹. Тем не менее, выявлено значимое количество случаев отсутствия специализированной медицинской помощи, даже при достаточно серьезных расстройствах. В развитых странах в прошлом году лечение не проводилось в 36–50% серьезных случаев, тогда как в развивающихся странах ситуация была еще хуже: 76–86% случаев оставались без лечения. Было предложено расширить услуги по лечению для снижения распространенности и последствий психических расстройств².

Проблема «недостатка лечения» настолько серьезна, что World Health Report 2001 выпустил десять рекомендаций для его устранения, которые включают обеспечение доступности психиатрического лечения в звене первичной медицинской помощи, психотропных препаратов, и повышение квалификации специалистов в области психического здоровья³. Согласно данным моделирования, расширение предоставления доказательного лечения позволит снизить распространенность психических расстройств⁴ и обеспечить экономическую отдачу от вложений⁵.

Целью настоящей работы является изучение данных четырех развитых англоязычных стран – Австралии, Канады, Англии (большая часть населения Великобритании) и США – чтобы определить ведет ли увеличение обеспечения лечением к снижению распространенности основных психических расстройств. Эти страны были выбраны потому, что они располагают необходимыми данными, имеют знакомые авторам системы

психиатрической помощи и обеспечивают подходящую возможность проверить, способствует ли увеличение предоставления медицинских услуг улучшению психического здоровья населения.

Основное внимание уделяется аффективным и тревожным расстройствам у взрослых, которые являются основной причиной обременяющих состояний среди психических расстройств. Были рассмотрены как диагностические показатели, так и данные шкал симптомов. Хотя и диагностические интервью, и шкалы самооценки симптомов являются несовершенными методами оценки психических расстройств, сопоставимость результатов по методам оценки позволяет все же сделать выводы о том, произошли ли какие-либо изменения.

Был проведен поиск исследований в PubMed, опубликованных в период с 1990 по 2015 год с использованием условий: (Австралия ИЛИ Канада ИЛИ «Великобритания» ИЛИ Англия ИЛИ «Соединенное Королевство» ИЛИ «Соединенные Штаты») И («стресс, психологический» или депрессия ИЛИ «депрессивное расстройство» ИЛИ тревога ИЛИ «тревожное расстройство») И (эпидемиология ИЛИ терапия) И тенденции.

Исследования считались релевантными, если они были долгосрочными и оценивали распространенность или лечение на более чем одном временном интервале. Исследования, основанные на анализе пожизненных данных из разных когорт в одном и том же исследовании, не рассматривались. Выбранные документы были дополнены поиском ссылок из найденных статей и изучением любой «серой литературы»

(ведомственные отчеты, диссертации и пр.) из их стран.

АВСТРАЛИЯ

Изменения в лечении

В Австралии наблюдался общий существенный рост объема ресурсов, выделяемых на психиатрическую помощь, при этом общие государственные расходы увеличились на 178% в сроки с 1992-1993 года по 2010-2011⁶ года. Это изменение расходов сопровождалось увеличением на 35% нанятых штатами и территориями работников на душу населения.

Использование антидепрессантов увеличилось на 352% (с точки зрения ежедневных доз на 1000 человек в день) с 1990 по 2002 год, что главным образом связано с введением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)⁷. Эта тенденция сохранилась и в 2000-е годы: увеличение на 95% с 2000 до 2011⁸. К 2011 году Австралия занимает второе место по употреблению антидепрессантов среди 23 стран, входящих в состав Организации Экономического Сотрудничества и Развития (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD)⁹.

Доступность психотерапии выросла в 2001, а затем и в 2006 году благодаря внедрению новых механизмов финансирования. Эти программы предоставляли субсидии для доказательных психологических услуг, в основном предоставляемых психологами, что привело к быстрому развитию психологических методов лечения. Было подсчитано, что за 12-месячный период частота лечения психических расстройств увеличилась с 37% в 2006-2007 г.г. до 46% в 2009-2010¹⁰. В Австралии также наблюдался быстрый рост доступности электротерапии с 2002 г.¹¹.

Изменения распространенности

Австралия проводила национальные исследования психического здоровья в 1997 и 2007 г.г., в обоих случаях используя Комплексное Международное Диагностическое Интервью (Composite International Diagnostic Interview – CIDI). Прямое сравнение распространенности затруднительно из-за различий в методологии. Тем не менее, снижения распространенности не наблюдалось: 18% тревожных, аффективных расстройств и расстройств употребления психоактивных веществ в 1997 году, по сравнению с 20% в 2007⁶.

Другие данные взяты из национальных исследований, в которых использовались шкалы симптомов. Сравнение исследований 1995, 2003-2004 и 2011 г.г. с использованием шкалы 4NS не выявило изменений¹². Сравнение данных шкалы Кесслера 10 (Kessler Psychological Distress Scale – K10) в национальных исследованиях психического здоровья 1997 и 2007 г.г. выявило увеличение симптомов тревоги и не отметило изменений в симптомах депрессии¹³. Еще одна серия национальных исследований состояния здоровья не показала каких-либо изменений по данным K10 между 2001, 2004-2005 и 2007-2008 г.г.¹⁴. Имеются соответствующие данные серийных исследований здоровья, проведенных в штате Южная Австралия, в которых сравнивали распространенность большого депрессивного расстройства согласно Опроснику Состояния Здоровья Пациентов (Patient Health Questionnaire) в 1998, 2004 и 2008 г.г. и обнаружили значительное увеличение распространенности с 7% до 10%¹⁵.

Заключение по Австралии

Австралия увеличила объем ресурсов, выделяемых на психиатрическую помощь, увеличив количество сотрудников, занятых в области психического здоровья, расширив использование антидепрессантов и, в последнее время, расширив предоставляемые методы

психологического лечения, включая электротерапию. Тем не менее, нет никаких данных о снижении распространенности расстройств или уменьшении симптомов. Более того, имеются даже прямо противоположные тенденции.

КАНАДА

Изменения в лечении

В Канаде в нескольких национальных исследованиях изучали данные самоотчетов о текущем использовании антидепрессантов. Регрессионный мета-анализ данных исследований, полученных в период с 1994 по 2012 год, выявил существенное увеличение использования антидепрессантов (более чем в три раза) в 1990-е годы и отсутствие изменений в период между 2002 и 2012 г.г.¹⁶. К 2011 году Канада занимала третье место среди стран ОЭСР (за Австралией и Исландией) по употреблению антидепрессантов⁹.

Другим показателем доступности клинической помощи является доля людей, сообщивших о профессиональной диагностике аффективного или тревожного расстройства, что было оценено в трех национальных исследованиях в период между 2003 и 2007 г.г., с увеличением частоты встречаемости как у мужчин, так и у женщин ежегодно¹⁷. Эта тенденция продолжалась до 2014 года, при этом доля сообщивших о том, что у них был установлен диагноз аффективного или тревожного расстройства, увеличилась с 5,1% в 2003 году до 7,5% в 2013 году¹⁸.

Из-за отсутствия детальных данных невозможно оценить частоту использования доказательной психотерапии для основных психических расстройств в Канаде. Однако доля респондентов с большим депрессивным расстройством в минувшем году, сообщивших о шести или более посещениях специалиста по вопросам психического здоровья (модель, которая, по крайней мере, согласуется с получением доказательной психотерапии), увеличилась с 27,6% до 39,5% с 2002 по 2012 год¹⁹. Когда в это определение было включено использование антидепрессантов, 52,2% респондентов получили потенциально адекватное лечение в 2012 году, по сравнению с 41,3% в 2002 году.

Изменения в распространенности

Краткое интервью по эпизодам большого депрессивного расстройства было включено в крупные репрезентативные национальные исследования в Канаде, проведенные в последние 20 лет. Кроме того, в двух национальных исследованиях психического здоровья в 2002 и 2012 г.г. использовалось CIDI, адаптированное для Канады. В недавно опубликованном регрессионном метаанализе, в котором изучались оценки из этой библиотеки данных (состоящей из одиннадцати национальных исследований), не было обнаружено изменений в распространенности в период с 1994 по 2012 год, и линия метарегрессии все время была возле нуля²⁰.

Хотя в Канаде данные о распространенности психических заболеваний наиболее доступны по эпизодам большого депрессивного расстройства, одни и те же источники часто включают шкалу К6 (сокращенную версию K10) для оценки неспецифического дистресса²¹. Эта шкала более широко покрывает распространенные расстройства среди населения. На протяжении всего времени не было выявлено каких-либо изменений в распространенности повышенного или среднего дистресса¹⁷.

Заключение по Канаде

В Канаде имеются данные об увеличении доступности лечения вообще, и, в частности, лечения с применением антидепрессантов. Несмотря на эти измене-

ния, нет никаких доказательств того, что распространенность основных психических расстройств со временем уменьшилась, что было показано по выявлению в минувшем году эпизодов депрессивного расстройства или уровня неспецифического дистресса.

АНГЛИЯ

В Великобритании с 1948 года население обеспечено всеобщей бесплатной медицинской помощью, которая финансируется за счет централизованного налогообложения и предоставляет интересную возможность для изучения влияния медицинской помощи, не обремененной барьером стоимости.

В рамках программы Британского Национального Исследования Заболеваемости Психическими Расстройствами (British National Psychiatric Morbidity Survey – NPMS) с использованием многофазной вероятностной выборки на основе популяции были выбраны и оценены непрофессиональными интервьюерами взрослые, проживающие в частных домохозяйствах. Хотя в ряде последовательных исследований отмечались положительные результаты, при анализе данных упор делался на использование, по возможности, идентичных инструментов. Вследствие этого можно напрямую сравнивать показатели распространенности психических расстройств, использования медицинских услуг и предоставления лечения в различные моменты времени в течение 15-летнего периода. Большинство данных доступны для Англии, где проживает большинство населения Великобритании. Поскольку исследование 2007 года охватывало только Англию, текущий анализ ограничивается населением только Англии.

Изменения в лечении

Данные о тенденциях в лечении были собраны NPMS в 1993, 2000 и 2007 г.г. с использованием стандартизированных и практически неизменных методов²²⁻²⁶. В исследованиях респондентов напрямую спрашивали об используемом лечении и обращении к профессионалам по вопросам психического здоровья в разные временные периоды.

С 1993 по 2007 год были небольшие изменения в обращениях за первичной медицинской помощью по поводу психологических проблем²⁷. Однако, возрос значительно прием антидепрессантов, практически утроившись с 1993 по 2000 г.г.²⁸, но без последующего увеличения с 2000 по 2007²⁷. Также сообщалось об увеличении использования гипноза²⁹ и назначения антидепрессантов³⁰. Есть ограниченные доказательства в пользу незначительного увеличения использования разговорных методов лечения с 1993 по 2007 г.г.

Изменения в распространенности

Недавний анализ NPMS не выделил отчетливых секularных тенденций в распространенности основных психических заболеваний в целом или по эпизодам депрессии в частности с 1993 по 2007 г.г.³¹. Распространенность основных психических расстройств составляла 10,9% среди мужчин и 18,1% среди женщин в 1993 году и 11,8% и 18,9%, соответственно, в 2007 г.

Заключение по Англии

В Англии увеличилось потребление антидепрессантов, применение гипноза и, возможно, разговорных методов лечения с 1993 г. Однако, нет доказательств в пользу снижения распространенности заболеваний или уменьшения симптомов среди взрослого населения. Более того, имеют место противоположные тенденции.

СОЕДИНЕННЫЕ ШТАТЫ

Изменения в лечении

Исследование, проведенное Zuvekas в 2001 г.³², сравнивало данные Национального медицинского исследования расходов (National Medical Expenditure Survey – NMES) 1987 года и его преемника – Медицинского панельного исследования расходов (Medical Expenditure Panel Survey – MEPS) 1996 года – двух репрезентативных исследований популяции. Распространенность психиатрического лечения в целом возросла с 6,9% до 8,5% (увеличение на 23,3%). Увеличение использования психофармакологических препаратов было гораздо большим: с 3,4% до 5,6% (увеличение на 63,4%). Общее количество амбулаторных обращений увеличилось на 29,2% за этот период, в то время как популяция увеличилась только на 12,3%.

Исследование 2005 года охватило наиболее свежий период времени и отметило большее увеличение показателей при сравнении данных 1990-1992 г.г. Национального Исследования Заболеваемости (National Comorbidity Survey – NCS) и данных 2001-2003 г.г. повторного Национального Исследования Заболеваемости (National Comorbidity Survey – Replication – NCSR)³³. Увеличение общей распространенности лечения среди взрослых 18-54 лет было более 65% (с 12,2% в 1990-1992 г.г. до 20,1% в 2001-2003 г.г.). Относительное увеличение было схожим, если выборка была ограничена лицами, соответствующим критериям психических расстройств DSM-IV, основанным на структурированных интервью: с 20,3% до 32,9%.

Другие исследования оценивали тенденции в лечении для отдельных состояний (таких как депрессия^{34,35} и тревожные расстройства³⁶) или отдельных видов лечения (таких как антидепрессанты^{37,38} и психотерапия³⁹).

Два исследования, основанные на данных NMES 1987 года и MEPS 1997, 1998 и 2007 года, зарегистрировали увеличение лечения депрессии в период с 1987 по 2007 год^{35,39}. Рост был более значительным в период с 1987 по 1997 г.г. (увеличение на 220% – с 0,73% до 2,33%), чем в период с 1998 по 2007 г.г. (увеличение на 22%, с 2,37% до 2,88%).

Отмеченный рост лечения антидепрессантами, вероятно, основной фактор увеличения лечения депрессии в раннем периоде: 74,5% тех, кто получал терапию депрессии в 1997 году, лечился антидепрессантами, сравнительно с 37,3% в 1987 году. Напротив, применение психотерапии для лечения депрессии снизилось с 71,1% до 60,2%³⁶. Антидепрессанты остались основным способом лечения в позднем периоде: 80,1% лечения депрессии в 1998 году и 81,9% в 2007 году. Нисходящая тенденция применения психотерапии также продолжилась в позднем периоде, начиная с 53,6% лечившихся от депрессии в 1998 году до 43,1% в 2007 году³⁹.

Схожие паттерны увеличения распространенности лечения и применения антидепрессантов и снижения применения психотерапии обнаружены для тревожных расстройств³⁶.

Изменения в распространенности

Не так много исследований оценивали тенденции в распространенности основных психических заболеваний в Соединенных Штатах Америки, в основном из-за изменения оценочных и диагностических критериев за прошедшее время, что делает сравнение сложным, если вообще возможным. Тем не менее, согласно доступным исследованиям нет доказательств того, что распространенность этих заболеваний снизилась за прошедшие две или три декады^{33,40}.

Фактически, одно исследование, основанное на двух крупных национальных исследованиях, выявило более чем двукратное увеличение распространенности эпизодов большого депрессивного расстройства с 1991 по 2002 г.г.⁴¹. Другое исследование, основанное на последовательных данных Национального Исследования

Здоровья и Питания (National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES), также отметило увеличение симптомов депрессии в период 2005-2010 гг.⁴². Другие исследования, основанные на данных NCS 1991-1992 гг. и NCS-R 2001-2003 гг., выявили схожие оценки распространенности большого депрессивного расстройства и других основных психических заболеваний в данный период^{33,40}. Наиболее свежее исследование не дало доказательств в пользу значительного снижения 12-месячной распространенности эпизодов большого депрессивного расстройства или психологического дистресса, начиная с 2001 г.⁴³

Заключение по Соединенным Штатам.

Практически все исследования, которые оценивали тенденции применения лечения психического здоровья в США, отмечают растущую тенденцию с ранних 1990-х. Наиболее выраженный рост был в период с ранних 1990-х по ранние 2000-е и более примечателен в отношении терапии антидепрессантами, особенно СИОЗС.

Однако, нет доказательств о соответствующем снижении распространенности психических расстройств или психологического дистресса среди взрослого населения в тот же период. Некоторые данные даже говорят о возможном увеличении распространенности депрессии и инвалидности вследствие проблем с психическим здоровьем⁴⁴.

БЫЛО ЛИ МАСКИРОВАНО СНИЖЕНИЕ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ?

В настоящее время мы рассматриваем возможность того, что лечение действительно оказало влияние на уровне населения, но зафиксировать этот эффект трудно. Рассматриваются две теории: маскирование вследствие изменений факторов риска и маскирование в результате повышения осведомленности или стремления сообщить о симптомах.

Маскирование вследствие изменений факторов риска

Возможно, что подверженность воздействию факторов риска возросла, и это привело к маскированию снижения распространенности часто встречающихся психических заболеваний вследствие увеличения охвата лечением.

Австралия

В определенный период времени Австралия пережила ряд природных катастроф, в частности, засуху, наводнения и пожары, однако все они носили региональный характер и были ограничены во времени, поэтому вряд ли могли оказать влияние на уровне нации. Не происходило существенных экономических изменений, которые могли бы способствовать повышению распространенности заболеваний. Например, глобальный финансовый кризис оказал ограниченное влияние на Австралию. Сравнение подверженности воздействию травматических событий в 1997 и 2007 гг. не выявило различий⁴⁵.

Маловероятно также и то, что изменения в физическом здоровье могли маскировать изменения в психическом здоровье. Физическое здоровье, в целом, улучшилось. Выросли продолжительность жизни и количество лет, прожитых без потери трудоспособности, самоотчеты о состоянии здоровья также показали положительную динамику⁴⁶. Однако, некоторые проблемы, например, ожирение и диабет, стали более существенными.

Канада

В течение последних двух десятилетий некоторые районы Канады подверглись воздействию природных

катастроф, таких как ледяные штормы, лесные пожары и наводнения. Однако, они носили региональный характер. Природных катастроф, оказавших воздействие на всю территорию страны, отмечено не было. Глобальный финансовый кризис имел сравнительно небольшое влияние на Канаду.

Англия

Как и другие экономики с высокими доходами, Великобритания пережила выраженную рецессию в начале 2007 г. Сокращение издержек в большинстве отраслей социальной сферы (кроме здравоохранения) началось в 2010г и продолжается поныне. Уровень безработицы вырос, но впоследствии снизился. Последний сбор информации проводился в 2007 г., следующий планировался в 2016 г. (после периода небольшого экономического роста).

В Англии не происходило никаких крупномасштабных катастроф, конфликтов или иных событий, которые могли бы повысить заболеваемость с того момента, как в 1993 году начался сбор данных для Британского национального исследования заболеваемости психическими расстройствами (British National Psychiatric Morbidity Survey, NPMS).

Соединенные Штаты Америки

Население США за последние два десятилетия пережило ряд значительных социальных и экономических потрясений, от террористических актов до экономической рецессии и ураганов, что оказало влияние на существенную часть населения. И хотя краткосрочный эффект от воздействия этих событий на психическое здоровье отдельных групп населения и на показатели, характеризующие различные исходы, был изучен⁴⁷⁻⁴⁹, общий эффект и долгосрочное влияние на заболеваемость психическими расстройствами и уровень психологического дистресса остаются неизвестными. Исследование, охватывающее периоды до и после экономического спада 2008-го года, не выявило однозначного влияния кризиса на психическое здоровье жителей США⁴³. Также существует не много свидетельств того, что физическое здоровье взрослого населения США ухудшилось в указанный период времени – например, смертность от всех причин снизилась практически во всех возрастных группах⁵⁰.

Маскирование в результате повышения осведомленности или стремления сообщить о симптомах?

К инструментам, по которым оценивается уровень заболеваемости, относятся самоотчет о симптомах и интервьюирование неспециалистом. Если общественная осведомленность о распространенных психических расстройствах или стремление сообщить о симптомах выросли в последнее время, это могло привести к искусственному росту числа зафиксированных случаев.

Австралия

Имеются данные о том, что австралийцы стали более открыто говорить о проблемах с психическим здоровьем. В период между 1995 и 2011 гг. вырос процент взрослых, сообщавших о проблемах, схожих с опицированными в предложенном им сценарии «Человек с депрессией»⁵¹. Также вырос процент тех, кто знал о наличии депрессии у друга или родственника.

В соответствии с этой тенденцией взрослые австралийцы продемонстрировали способность лучше определять психические расстройства на основании предложенных сценариев⁵². Кроме того, снизилось число тех, кто считает, что депрессия является следствием слабости характера⁵³. Хотя и не существует доказательств наличия связи между указанными изменениями и уровнем заболеваемости, возможно, что стремление населения сообщать о симптомах выросло.

Канада

В Канаде были выполнены исследования осведомленности о проблемах психического здоровья² и воспринимаемого уровня стигматизации³⁴, однако позже повторные измерения не проводились. В связи с этим невозможно дать оценку временным тенденциям.

Учитывая, что инструменты оценки симптомов психических заболеваний не претерпели изменений, было отмечено небольшое увеличение числа канадцев, сообщивших о том, что их психическое здоровье «среднее» или «плохое»⁵⁵. Если эта тенденция отражает рост стремления сообщать о проблемах психического здоровья, то чувствительность таких инструментов, как структурированный диагностический опрос или шкала Кб может возрастать со временем, что приведет к росту общей заболеваемости. Теоретически этот эффект может нивелировать положительные результаты, достигаемые благодаря улучшениям в процессах предоставления лечения.

Англия

Уровень участия респондентов исследования домохозяйств NPMS составил 79% в 1993 г., 69% в 2000 и 57% в 2007 г. – что соответствует общемировым трендам. Бумажные опросники, использовавшиеся в 1993 г., в последующих исследованиях были заменены интервьюированием с помощью компьютера, однако нет оснований предполагать, что это могло существенно повлиять на результаты⁵⁶. Стремление сообщать о симптомах не оценивалось целенаправленно в британской исследовательской программе. Отсутствие существенных различий в ответах на одинаково сформулированные вопросы, касающиеся симптомов, свидетельствует против теории наличия изменений.

Между 1993 и 2000 гг. произошел рост числа мужчин, пользующихся лечением, что может говорить о некоторых изменениях в отношении к лечению или в самовосприятии, однако между 2000 и 2007 гг. дальнейших изменений в том же направлении отмечено не было. В других исследованиях повышенное внимание уделялось изучению влияния стигмы на недостаточное использование лечения⁵⁷, однако это не дало информации о временных трендах.

Соединенные Штаты Америки

Исследования уделяли мало внимания любым возможным изменениям в стремлении американцев сообщать о проблемах в области психического здоровья. На основании одного исследования, фиксировавшего в период между 1957 и 1996 гг., увеличение количества сообщений граждан США о «надвигающемся нервном срыве», был сделан вывод о том, что данное изменение могло быть следствием роста психологических проблем и/или снижения стигматизации, связанной с признанием факта надвигающегося нервного срыва⁵⁸. В других исследованиях было показано, что молодые люди в последние годы стали более охотно сообщать о проблемах с психическим здоровьем и обращаться за специализированной помощью⁵⁹. Однако по-прежнему неясно, были ли люди, участвовавшие в недавних исследованиях, более склонны воспринимать свое состояние психологического дистресса, как проявление проблем с психическим здоровьем, чем участники более ранних исследований.

Недавнее исследование показало, что, в сравнении с европейцами, американцы среднего и пожилого возраста склонны утяжелять состояние депрессии у себя и в предельных сценариях⁶⁰. При внесении в самооценку поправки на оценку сценария оказалось, что депрессия участников-американцев была не тяжелее, чем у европейцев. Хотя эти данные подчеркивают важность ожиданий и норм при оценке психического состояния, остается неясным, изменились ли с течением времени ожидания и нормы для взрослых американцев.

ПОЧЕМУ НЕ СНИЗИЛАСЬ ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ?

Заболеваемость не показала ожидаемого снижения, и ниже мы рассмотрим две возможные причины этого: качество лечения слишком низкое для того, чтобы повлиять на заболеваемость, либо лечение неверно адресовано; слишком мало было сделано для снижения заболеваемости посредством профилактики.

Качество лечения слишком низкое для того, чтобы повлиять на заболеваемость, либо лечение неверно адресовано?

Австралия

Имеются данные о том, что назначаемое лечение зачастую не соответствует рекомендациям клинических руководств. По примерным оценкам, 39% пациентов, страдающих расстройствами настроения или тревожными расстройствами, обратились за специализированной помощью, 26% получили лечение в соответствии с принципами доказательной медицины, 16% получили минимальное приемлемое лечение⁶¹. Кроме того, имеются данные о том, что только 50% пациентов, которым были выписаны антидепрессанты, получали их по крайней мере в течение шести месяцев в соответствии с рекомендациями, приведенными в клинических руководствах⁶². Субъективные потребности пользователей в 2007 г. были удовлетворены лучше, чем в 1997 г., однако при этом больший удельный вес выгоды был получен от частично удовлетворенных потребностей, чем от полностью удовлетворенных, что свидетельствует о сохраняющихся проблемах в качестве обслуживания⁶³.

Отдельно рассматривался вопрос применения антидепрессантов. Было отмечено, что возрастное распределение применения антидепрессантов слабо соотносится с возрастным распределением тревожных и депрессивных расстройств: распространенность этих расстройств среди пожилых пациентов ниже, однако антидепрессанты им выписывали чаще⁶⁴. Кроме того, имеются данные, свидетельствующие о том, что врачи общей практики, на которых приходится существенная часть выписываемых рецептов, используют антидепрессанты для лечения «хронической легкой депрессии», тогда как научные данные говорят о том, что применение этих препаратов более уместно при тяжелых расстройствах⁶⁵. Применение антидепрессантов при легкой степени расстройства также противоречит клиническим руководствам, которые в качестве терапии первого выбора в этом случае рекомендуют психологические интервенции⁶¹.

Канада

Исследование, проведенное в провинции Альберта в 2005 и 2006 гг., выявило, что только 40,5% пациентов с большим депрессивным расстройством принимали антидепрессанты и 14,3% проходили психотерапию. Среди пациентов с тревожными расстройствами антидепрессанты принимали 28,5%⁶⁶.

В этом исследовании было также показано, что у 67,2% пациентов, принимавших антидепрессанты, на момент исследования не было диагноза тревожного расстройства или расстройства настроения. Однако, в случае с некоторыми респондентами это могло объясняться благоприятным исходом, в результате которого в момент интервью они больше не отвечали диагностическим критериям расстройства. Эти пациенты могли продолжать прием медикаментов для профилактики обострения, а не для лечения в остром периоде. В рамках упомянутого исследования 81% принимавших антидепрессанты делали это более года.

В наиболее позднем национальном исследовании состояния психического здоровья (проведенного в

2012 г.) 85% респондентов, перенесших эпизод большого депрессивного расстройства в течение предшествующего года, сообщили о наличии субъективной потребности обратиться за психиатрической помощью, 63% заявили, что посещали врача по поводу проблем с психическим здоровьем и только 58% отметили, что их потребности в отношении здоровья были полностью удовлетворены⁶⁷. Эти результаты показывают, что предстоит еще многое сделать для улучшения качества лечения, включая временные показатели, т.к. именно эти факторы влияют на эффект, оказываемый лечением на популяционном уровне.

Англия

Соблюдение клинических рекомендаций не было фокусом британской исследовательской программы, отчасти потому, что формат опросов не подходит для того, чтобы оценивать клиническую работу с достаточной степенью детальности. Кроме того, руководства периодически обновляются, что делает проблематичным процесс проверки соблюдения содержащихся в них рекомендаций. Прогрессивно снижается порог постановки диагноза врачами первичного звена²². Однако, является ли это изменение положительным или нет, зависит от того, что происходит дальше. В двух исследованиях была отмечена тенденция смещения диагнозов, поставленных в результате обследования врачом первичного звена, от депрессивного или тревожного расстройства в сторону «симптомов депрессии» и «симптомов тревоги», что может отражать снижение качества сервиса, возможно, связанное с усилением давления на врачей^{68,69}.

Было отмечено, что повысилось применение антидепрессантов среди пациентов, не находящихся в депрессии²⁸. Это может быть свидетельством гипердиагностики и лечения, либо позитивным индикатором того, что лечение антидепрессантами не отменяют слишком быстро после достижения ремиссии.

Соединенные Штаты Америки

Значительный и продолжающий расти объем данных свидетельствует о недостаточном качестве психиатрического лечения в условиях стандартного медицинского обслуживания в США⁷⁰⁻⁷⁸. Многие пациенты, начинающие получать лечение по поводу распространенных психических расстройств, прекращают его до того, как наступает максимальный эффект терапии⁷³. Распространенность случаев «минимального приемлемого» лечения гораздо ниже, чем общее число терапевтических контактов. В одном исследовании, в котором участники получали любое психиатрическое лечение по поводу серьезных психических заболеваний, менее чем в 40% случаев это лечение было расценено как минимально приемлемое⁷⁵. Это означает, что в настоящее время приблизительные оценки частоты назначения лечения по поводу психических расстройств, основанные на популяционных опросах, существенно переоценивают частоту случаев, в которых было получено эффективное лечение.

Имеется мало данных о тенденциях, наблюдающихся в отношении изменения качества психиатрического лечения на государственном уровне, однако есть данные о том, что комбинации и характер лечения изменились с течением времени³⁴⁻³⁶. Например, в период с 1987 по 2007 гг. доля пациентов, получавших лечение по поводу депрессии в форме любой психотерапии или получавших психотерапию в сочетании с приемом лекарственных препаратов, значительно снизилась^{35,39}.

Кроме того, существенное число людей, не имеющих диагноза психического расстройства согласно критериям, регулярно пользуются психиатрическим лечением в США. В период между 1990 и 2003 гг. рост частоты случаев назначения лечения в течение предшествующего года был несколько выше среди людей, состояние

которых не отвечало критериям диагноза психического расстройства в течение предшествующих 12 месяцев, по сравнению с теми, чье состояние отвечало таким критериям (65% и 62%)³³.

Другие данные указывают на то, что среди взрослых пациентов, получавших антидепрессанты, доля тех, чье состояние отвечало критериям диагноза психического расстройства в течение предшествующих 12 месяцев, снижалась в 1990-х и последующих годах^{79,80}. Безусловно, многие из тех, кто не отвечал критериям диагноза психического расстройства в течение предшествующих 12 месяцев, отвечали им ранее и находились в состоянии полной или частичной ремиссии⁸¹. Назначение лечения в этой группе может быть оправдано, т.к. осуществляется с целью профилактики рецидива. В иных случаях пациенты могут страдать субклинической или легкой формой расстройств, и назначение лечения в этом случае может снизить риск развития тяжелой или хронической формы заболевания в будущем⁴⁰.

БОЛЬШЕ ВНИМАНИЯ ПРОФИЛАКТИКЕ?

Общая заболеваемость зависит от первичной заболеваемости и длительности течения заболевания. При этом лечение направлено, в первую очередь, на сокращение длительности заболевания⁸². Возможно, для того, чтобы снизить общую заболеваемость, необходимо направить фокус на снижение первичной заболеваемости посредством профилактической работы.

Австралия

Объемы средств, выделенных на профилактику психических заболеваний, незначительны по сравнению с объемами, выделяемыми на лечение, хотя точные цифры рассчитать сложно⁸³. В 2014 г. на основании данных Национального Обзора Программ Психического Здоровья (National Review of Mental Health Programmes) была вынесена рекомендация о повышении внимания к профилактике, однако, ее только еще предстоит осуществить⁸⁴.

Канада

Первая национальная канадская стратегия в отношении психического здоровья была опубликована в 2012 г. Она явно выделяла два ключевых фактора: важность содействия охране психического здоровья и профилактику⁸⁵. В частности, на основании наблюдений о том, что распространенные психические заболевания часто впервые проявляются в детском возрасте, особое внимание уделялось школьной программе. Однако, отчетов о масштабах внедрения профилактических мер и их эффективности до сих пор опубликовано не было.

Англия

Программы по профилактике депрессии у взрослых, основанные на принципах доказательной медицины, не получают финансирования в Великобритании. Ответственность за так называемое продвижение охраны психического здоровья, а также небольшой бюджет, были переданы с государственного на местный уровень. Финансирование исследований в области профилактики психических расстройств началось только в 2015 г. При этом подобные исследования было предложено предпочтительнее проводить вне сферы здравоохранения.

Центры для поддержки незащищенных молодых семей «Уверенный старт» начали появляться в 1997 г., но в настоящее время они постепенно теряют финансирование. Слишком рано делать выводы о том, есть ли какая-то долгосрочная польза, и какая именно, в отношении таких расстройств, которые становятся более распространенными после наступления пубертата – таких, например, как депрессия.

Соединенные Штаты Америки

Отчет Института Медицины США 2009 г. призвал нацию к тому, чтобы сделать профилактику психических расстройств приоритетным направлением⁸⁶.

Несмотря на то, что по всей стране различные организации при финансовой поддержке Управления Службы Психического Здоровья и Наркологии (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) внедрили программы, направленные на предотвращение развития психических и поведенческих расстройств, включая программы на базе школ и колледжей, эти попытки остаются несогласованными и не соответствуют масштабам национальной стратегии.

ВЫВОДЫ

Наиболее распространенные психические расстройства остаются существенной причиной утраты нетрудоспособности во всем мире. Согласно Всемирному исследованию Бремни Болезни (Global Burden of Disease (GBD)) 2013 г., большое депрессивное расстройство занимает по этому показателю второе место, а тревожные расстройства – девятое место среди неинфекционных болезней. Бремя нетрудоспособности не претерпело значительных изменений в период с 1990 по 2013 гг.: по приблизительным оценкам число лет, прожитых с нетрудоспособностью и стандартизированных по возрасту, выросло на 4,7% (95% ДИ: 2,7-6,7) для большого депрессивного расстройства и снизилось на 0,2% (95% ДИ: -1,6-1,3) для тревожных расстройств. Так же, стандартизованная по возрасту общая заболеваемость по примерным оценкам выросла на 4,2% (95% ДИ: 2,4-6,2) для большого депрессивного расстройства и снизилась на 0,5% (95% ДИ: от -1,7-0,8) для тревожных расстройств⁸⁸, что согласуется с результатами метаанализа исследований общей заболеваемости, охватывающих тот же период времени⁸⁹.

Данные о четырех странах, рассмотренные в настоящей статье, дают возможность оценить способность применяемых в настоящее время терапевтических подходов снижать общую заболеваемость распространенными психическими расстройствами. Во всех четырех странах с 1990 г. отмечается рост числа случаев назначения лечения по поводу этих расстройств. Тенденция существенного роста числа назначений антидепрессантов последовательно отмечалась во всех четырех странах. В отношении психотерапии данные различались: в Австралии и, возможно, Англии отмечался рост числа назначений, в США отмечалось снижение, и в отношении Канады данные отсутствовали. Несмотря на описанные изменения, данные, свидетельствующие о снижении распространенности расстройств и симптомов в рассматриваемый период времени, не были получены ни в одной из четырех стран. Если и были какие-то изменения, то в противоположную сторону – в Австралии, Англии и США.

Говоря о том, что в отношении психического здоровья на уровне популяции не отмечено никаких положительных изменений, мы не имеем в виду, что для лечения психических расстройств не работают методы фармакотерапии и психотерапии. Имеется большой объем данных, полученных на основании систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований, доказывающих их эффективность. Настоящий обзор указывает на то, что, возможно, существовали проблемы во внедрении или в других факторах, которые могли нивелировать эффект, полученный от лечения. Кроме того, этот обзор учитывает ситуацию только в странах с высоким уровнем доходов. Нам неизвестно о том, какой эффект оказывает повышение доступности лечения в странах с низким и средним уровнем доходов.

Рассматривая различные гипотезы, которые могли бы объяснить отсутствие положительной динамики,

мы не обнаружили подтверждений того, что повышение подверженности воздействию факторов риска маскировано снижением общей заболеваемости благодаря лечению. Мы также рассмотрели предположение о том, что люди стали лучше осведомлены о распространенных психических заболеваниях или стали охотнее сообщать о симптомах в опросах, однако подтверждений этой гипотезы получено не было. В этой области необходимо проведение дальнейших исследований, возможно, с применением инструментов оценки, основанных на участии клинициста, или с использованием психометрических техник для оценки систематических ошибок отдельных пунктов и всего теста.

Мы рассмотрели два возможных объяснения отсутствия реальных улучшений. Во-первых, мы проанализировали возможность того, что лечение имело низкое качество или было неверно адресовано. В Австралии, Канаде и США были получены данные о том, что лечение зачастую не соответствовало стандартам, о чем говорили продолжительность лечения и существование неудовлетворенных потребностей. В Англии соответствующие данные отсутствуют. В Австралии, Англии и США имеются данные о том, что лечение зачастую получают пациенты, состояние которых не отвечает критериям для постановки диагноза, хотя в некоторых случаях это может быть оправдано – например, с целью предотвращения рецидива.

Во-вторых, мы рассмотрели вопрос о недостаточном внимании к снижению первичной заболеваемости посредством профилактики. В рандомизированных контролируемых исследованиях были получены данные о том, что психологические интервенции могут оказывать профилактическое воздействие как у молодых людей, так и у взрослых^{90,91}, а также о том, что такие интервенции эффективны с экономической точки зрения⁹². Кроме того, большой профилактический потенциал кроется в модификации факторов риска, в том числе родительского поведения, обстановки в школах, условий на рабочем месте, диеты и образа жизни⁹³. Важные социальные факторы, такие как бедность и безработица, также имеют большое значение для состояния психического здоровья⁹⁴. Во всех четырех странах профилактические меры фрагментарны и отсутствует координированный подход на государственном уровне, несмотря на призывы улучшить ситуацию.

Несмотря на значительную согласованность тенденций во всех четырех странах, существует ряд ограничений, которые необходимо учитывать при анализе данных. Методология исследований, диагностические критерии и доля ответивших различались между странами и годами, что ограничивает возможность производить сравнения. Имеющиеся данные получены в результате опросов, проведенных неспециалистами, или с помощью опросников для самоотчета о симптомах, а не с применением стандартизированных клинических инструментов, являющихся золотым стандартом. Кроме того, недостаточно данных и в отношении некоторых других проблем – например, неясно, изменилась ли среди населения осведомленность о распространенных психических заболеваниях или стремление сообщать о симптомах в опросах во всех четырех странах, изменилось ли применение психотерапии в Канаде и качество лечения в Англии. Кроме того, временные рамки изменений в организации служб не всегда совпадают с изменением общей заболеваемости (напр., наибольший рост назначений психотерапии в Австралии случился после наиболее позднего национального исследования общей заболеваемости).

Попытки снизить бремя болезни от распространенных психических заболеваний привлекли внимание к необходимости уменьшить «недостаток лечения». Моделирование влияния устранения этого «недостат-

ка» показало, что такой подход приведет к измеримому снижению случаев болезни⁴. Однако, как теперь представляется, это моделирование было оптимистичным. Настоящий анализ показал, что для снижения общей заболеваемости распространенными психическими расстройствами может понадобиться также восполнить «дефицит качества» – разрешить вопрос несоответствия качества медицинской помощи требуемому уровню⁹⁵. Это несоответствие имеет две составляющие: предоставление лечения, отвечающего минимальным стандартам, приведенным в клинических руководствах и оптимальная направленность лечения на тех, чьи потребности в нем самые большие. Кроме того, могут существовать и «недостаток профилактики», в котором направление ресурсов на снижение первичной заболеваемости отстает от попыток снизить первичную заболеваемость с помощью лечения. Тем не менее, если профилактика может оказывать воздействие, её необходимо основывать на доказательных принципах и внедрять на высоком уровне, чтобы не создать внутри неё опять же «дефицит качества».

Для того, чтобы адекватно оценить будущий эффект от решения этих проблем, государствам необходимо использовать стандартизированные инструменты для оценки качества предоставляемых услуг, а также для оценки ситуации в сфере психического здоровья с течением времени. В будущих работах необходимо попытаться количественно оценить изменения в психиатрической службе и общей заболеваемости психическими расстройствами в разных странах с использованием метода мета-анализа, как было сделано в Канаде^{16,20}.

БЛАГОДАРНОСТИ

A.F. Jorm получает поддержку в виде исследовательского гранта от Совета по Национальному здоровью и Медицинским Исследованиям. S.B. Patten является старшим стипендиатом в «Alberta Innovates – Health Solutions».

Библиография

- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
- Wang J, Adair C, Fick G et al. Depression literacy in Alberta: findings from a general population sample. *Can J Psychiatry* 2007;52:442-9.
- Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
- 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.
- Department of Health and Ageing. National mental health report 2013: tracking progress of mental health reform in Australia 1993-2011. Canberra: Commonwealth of Australia, 2013.
- Mant A, Rendle VA, Hall WD et al. Making new choices about antidepressants in Australia: the long view 1975-2002. *Med J Aust* 2004;181(Suppl. 7): S21-4.
- Stephenson CP, Karanges E, McGregor IS. Trends in the utilisation of psychotropic medications in Australia from 2000 to 2011. *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47:74-87.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Pharmaceutical consumption. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing, 2013.
- Whiteford HA, Buckingham WJ, Harris MG et al. Estimating treatment rates for mental disorders in Australia. *Aust Health Rev* 2014;38:80-5.
- Christensen H, Petrie K. Information technology as the key to accelerating advances in mental health care. *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47:114-6.
- Jorm AF, Reavley NJ. Changes in psychological distress in Australian adults between 1995 and 2011. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46:352-6.
- Reavley NJ, Jorm AF, Cvetkovski S et al. National depression and anxiety indices for Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45:780-7.
- Atlantis E, Sullivan T, Sartorius N et al. Changes in the prevalence of psychological distress and use of antidepressants or anti-anxiety medications associated with comorbid chronic diseases in the adult Australian population, 2001-2008. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46:445-56.
- Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G et al. Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:901-10.
- Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH et al. Antidepressant use in Canada has stopped increasing. *Can J Psychiatry* 2014;59:609-14.
- Simpson KR, Meadows GN, Frances AJ et al. Is mental health in the Canadian population changing over time? *Can J Psychiatry* 2012;57:324-31.
- Statistics Canada. Health trends – mood disorder. Ottawa: Statistics Canada, 2013.
- Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH et al. Major depression in Canada: what has changed over the past 10 years? *Can J Psychiatry* 2016; 61:80-5.
- Patten SB, Williams JV, Lavorato DH et al. Why is major depression prevalence not changing? *J Affect Disord* 2016;190:93-7.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002;32:959-76.
- Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 2013;347:f7140.
- Jenkins R, Meltzer H, Bebbington P et al. The British Mental Health Survey Programme: achievements and latest findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:899-904.
- McManus S, Meltzer H, Brugha T et al. Adult psychiatric morbidity in England, 2007: results of a household survey. London: NHS Information Centre for Health and Social Care, 2009.
- Meltzer H, Gill B, Petticrew M et al. OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain. Report 1: The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. London: Her Majesty's Stationery Office, 1995.
- Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M et al. Psychiatric morbidity among adults living in private households. London: Her Majesty's Stationery Office, 2000.
- Brugha TS, Bebbington PE, Singleton N et al. Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *Br J Psychiatry* 2004;185:378-84.
- Spiers N, Qassem T, Bebbington P et al. Prevalence and treatment of common mental disorders in the English national population, 1993–2007. *Br J Psychiatry* 2016;209:150-6. *World Psychiatry* 16:1 – February 2017 97
- Calem M, Bisla J, Begum A et al. Increased prevalence of insomnia and changes in hypnotics use in England over 15 years: analysis of the 1993, 2000, and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. *Sleep* 2012;35:377-84.
- Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry* 2012;200:393-8.
- Spiers N, Bebbington P, McManus S et al. Age and birth cohort differences in the prevalence of common mental disorder in England: National Psychiatric Morbidity Surveys 1993-2007. *Br J Psychiatry* 2011;198:479-84.
- Zuvekas SH. Trends in mental health services use and spending, 1987-1996. *Health Aff* 2001;20:214-24.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med* 2005;352:2515-23.
- Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1265-73.
- Olfson M, Marcus SC, Druss B et al. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA* 2002;287:203-9.
- Olfson M, Marcus SC, Wan GJ et al. National trends in the outpatient treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1166-73.
- Olfson M, Marcus SC. National patterns in antidepressant medication treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:848-56.
- Zhong W, Kremers HM, Yawn BP et al. Time trends of antidepressant drug prescriptions in men versus women in a geographically defined US population. *Arch Womens Ment Health* 2014;17:485-92.
- Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2010;167:1456-63.

40. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
41. Compton WM, Conway KP, Stinson FS et al. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 2006;163:2141-7.
42. Wittayanukorn S, Qian J, Hansen RA. Prevalence of depressive symptoms and predictors of treatment among U.S. adults from 2005 to 2010. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:330-6.
43. Mojtabai R, Jorm AF. Trends in psychological distress, depressive episodes and mental health treatment-seeking in the United States: 2001-2012. *J Affect Disord* 2015;174:556-61.
44. Mojtabai R. National trends in mental health disability, 1997-2009. *Am J Public Health* 2011;101:2156-63.
45. Mills KL, McFarlane AC, Slade T et al. Assessing the prevalence of trauma exposure in epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45:407-15.
46. Australian Institute of Health and Welfare. *Australia's health 2014*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2014.
47. North CS, Pfefferbaum B. Research on the mental health effects of terrorism. *JAMA* 2002;288:633-6.
48. Reeves A, Stuckler D, McKee M et al. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet* 2012;380:1813-4.
49. Weisler RH, Barbee JG 4th, Townsend MH. Mental health and recovery in the Gulf Coast after Hurricanes Katrina and Rita. *JAMA* 2006;296:585-8.
50. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2014: with special feature on adults aged 55-64*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 2015.
51. Reavley NJ, Jorm AF. Willingness to disclose a mental disorder and knowledge of disorders in others: changes in Australia over 16 years. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:162-8.
52. Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45:947-56.
53. Pilkington PD, Reavley NJ, Jorm AF. The Australian public's beliefs about the causes of depression: associated factors and changes over 16 years. *J Affect Disord* 2013;150:356-62.
54. Stuart H, Patten S, Koller M et al. Stigma in Canada: results from a rapid response survey. *Can J Psychiatry* 2014;59(Suppl. 1):s27-33.
55. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH et al. Changing perceptions of mental health in Canada. *Can J Psychiatry* 2014;59:591-6.
56. Baker RP, Bradburn NM, Johnson RA. Computer-assisted personal interviewing: an experimental evaluation of data quality and cost. *J Off Stat* 1995;11:413-31.
57. Dockery L, Jeffery D, Schauman O et al. Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Res* 2015;228:612-9.
58. Swindle R Jr, Heller K, Pescosolido B et al. Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period. *Mental health policy implications*. *Am Psychol* 2000;55:740-9.
59. Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatr Serv* 2007;58:642-51.
60. Mojtabai R. Depressed mood in middle-aged and older adults in Europe and the United States: a comparative study using anchoring vignettes. *J Aging Health* 2016;28:95-117.
61. Harris MG, Hobbs MJ, Burgess PM et al. Frequency and quality of mental health treatment for affective and anxiety disorders among Australian adults. *Med J Aust* 2015;202:185-9.
62. Lu CY, Roughhead E. New users of antidepressant medications: first episode duration and predictors of discontinuation. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;68: 65-71.
63. Meadows GN, Bobevski I. Changes in met perceived need for mental healthcare in Australia from 1997 to 2007. *Br J Psychiatry* 2011;199:479-84.
64. Hollingworth SA, Burgess PM, Whiteford HA. Affective and anxiety disorders: prevalence, treatment and antidepressant medication use. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:513-9.
65. McManus P, Mant A, Mitchell P et al. Use of antidepressants by general practitioners and psychiatrists in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:184-9.
66. Esposito E, Wang JL, Adair CE et al. Frequency and adequacy of depression treatment in a Canadian population sample. *Can J Psychiatry* 2007; 52:780-9.
67. Patten SB, Williams JVA, Lavorato D et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada in 2012. *Can J Psychiatry* 2014;60:23-30.
68. Walters K, Rait G, Griffin M et al. Recent trends in the incidence of anxiety diagnoses and symptoms in primary care. *PLoS One* 2012;7:e41670.
69. Rait G, Walters K, Griffin M et al. Recent trends in the incidence of recorded depression in primary care. *Br J Psychiatry* 2009;195:520-4.
70. Harman JS, Edlund MJ, Fortney JC. Disparities in the adequacy of depression treatment in the United States. *Psychiatr Serv* 2004;55:1379-85.
71. Mechanic D. More people than ever before are receiving behavioral health care in the United States, but gaps and challenges remain. *Health Aff* 2014; 33:1416-24.
72. Mojtabai R, Olfson M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1064-74.
73. Olfson M, Marcus SC, Tedeschi Met al. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2006;163:101-8.
74. Uebelacker LA, Smith M, Lewis AW et al. Treatment of depression in a low-income primary care setting with colocated mental health care. *Fam Syst Health* 2009;27:161-71.
75. Wang PS, Demler O, Kessler RC. Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health* 2002;92:92-8.
76. Weilburg JB, O'Leary KM, Meigs JB et al. Evaluation of the adequacy of outpatient antidepressant treatment. *Psychiatr Serv* 2003;54:1233-9.
77. Young AS, Klap R, Sherbourne CD et al. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58: 55-61.
78. Young AS, Klap R, Shoai R et al. Persistent depression and anxiety in the United States: prevalence and quality of care. *Psychiatr Serv* 2008;59:1391-8.
79. Mojtabai R. Increase in antidepressant medication in the US adult population between 1990 and 2003. *Psychother Psychosom* 2008;77:83-92.
80. Mojtabai R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Aff* 2011;30:1434-42.
81. Druss BG, Wang PS, Sampson NA et al. Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1196-203.
82. Jorm AF. Why hasn't the mental health of Australians improved? The need for a national prevention strategy. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:795-801.
83. Reavley NJ, Jorm AF. Mental health reform: increased resources but limited gains. *Med J Aust* 2014;201:375-6.
84. National Mental Health Commission. *The national review of mental health programmes and services*. Sydney: National Mental Health Commission, 2014.
85. Mental Health Commission of Canada. *Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada*. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2012.
86. O'Connell ME, Boat T, Warner KE. *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington: National Academies Press, 2009.
87. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *SAMHSA's efforts in schools and on college campuses*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015.
88. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386:743-800.
89. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ et al. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety* 2014; 31:506-16.
90. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol* 2014;43:318-29.

91. Stockings EA, Degenhardt L, Dobbins T et al. Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychol Med* 2016;46:11-26.
92. Mihalopoulos C, Chatterton ML. Economic evaluations of interventions designed to prevent mental disorders: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 2015;9:85-92.
93. Jacka FN, Reavley NJ, Jorm AF et al. Prevention of common mental disorders: what can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47:920-9.
94. Fisher M, Baum F. The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:1057-63.
95. Jorm AF. The quality gap in mental health treatment in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49:934-5.

DOI:10.1002/wps.20388