

# Каковы ключевые ингредиенты оптимальной психосоциальной терапии пациентов, перенесших первый психотический эпизод?

Fusar-Poli et al<sup>1</sup> в своем комплексном обзоре известного и нового в лечении первого психотического эпизода предлагают интригующую организационную модель и освещают некоторые сложные вопросы в данной области. Однако одна тема, которой они уделяют сравнительно малое внимание – это определение ключевых компонентов психосоциальной терапии, которая жизненно необходима для всесторонней специализированной помощи этим людям.

Так же как фармакологи должны адаптировать свои знания из опыта долгосрочного лечения пациентов к тем, кто переносит первый психотический эпизод, исследователи в психосоциальной сфере должны приспособивать вмешательства, эффективные для тех, кто болеет годами, так, чтобы они отвечали потребностям тех, кто получает лечение впервые. В этом комментарии мы коротко описываем две ключевых проблемы, которые все еще надо решить для определения оптимальной психосоциальной терапии людей, переживающих первый психотический эпизод.

Первая ключевая проблема – отвечает ли когнитивно-поведенческая терапия психозов (КПТп) потребностям индивида, у которого диагностирован первый психотический эпизод, или требуются более обширные вмешательства?

Большинство многокомпонентных вмешательств, рассмотренных Fusar-Poli et al, включали КПТп, но определяющие элементы данной терапии среди этих исследований неясны<sup>2</sup>. Хотя была отмечена схожесть стратегий КПТп, модели, использованные с клиентами, больными на протяжении нескольких лет, отражали высокий уровень гетерогенности, и не все программы первого эпизода включали индивидуальную терапию, основанную на КПТ.

Люди, переживающие первый психотический эпизод, обычно находятся в возрасте от 15 до 25 лет и часто имеют различные наборы потребностей, связанных с развитием, на которые надо обращать внимание при проведении индивидуальной терапии. Всесторонний, но в то же время индивидуальный, подход более целостен, чем обычный курс КПТп, и поэтому более желателен. Например, индивидуальный тренинг стрессоустойчивости по программе NAVIGATE включает значительное количество компонентов КПТ, но также включает усиление личной стрессоустойчивости индивида, психообразование, проработку психотического эпизода, научение стратегиям управления болезнью, тренинг социальных навыков, лечение химических зависимостей, и пропаганду здорового образа жизни.

Такая модель с обширной базой предлагает молодым людям больше возможностей и эмпирически подтвержденных стратегий для обращения к их индивидуальным потребностям и помощи в достижении их целей. На данный момент нам недостает исследований, сравнивающих больше комплексных моделей индивидуальных вмешательств с КПТп в лечении первого психотического эпизода, поэтому оптимальный охват индивидуальных вмешательств среди этой группы потребителей неясна.

Вторая ключевая проблема – соответствует ли существующая научно обоснованная модель поддержки трудоустройства психически больных, такая как индивидуальное трудоустройство и поддержка, потребностям выздоравливающих после первого психотического эпизода?

Среди интегрированных специализированных программ ранних вмешательств, упомянутых Fusar-Poli et al, в плане профессиональной поддержки, необходимой для помощи пациентам, пережившим первый психотический эпизод, по возвращению к обучению или труду, мало согласия. Хотя три из описанных авторами программы относятся к профессиональной помощи или поддержке, и одна программа относится к поддержке трудоустройства и получения образования, неясно в какой степени они отвечают уникальным потребностям индивидов, переживших первый психотический эпизод.

Недавно было выдвинуто предположение, что программы раннего вмешательства при психозах должны включать компонент, уделяющий исключительное внимание быстрому поиску работы или зачислению в школу для индивидов с такими целями, и оказанию последовательной поддержки по сохранению рабочих мест или завершению обучения<sup>4</sup>, основанный на успешном трудоустройстве и модели поддержки по улучшению показателей конкурентного трудоустройства среди людей с тяжелыми психическими расстройствами<sup>5</sup>.

Однако большинство подростков и молодых взрослых обычно сталкиваются со многими проблемами развития. Определение и реализация соответствующего карьерного или образовательного роста может быть сложной и предполагать множество ошибок, даже в наилучших условиях. При рассмотрении случая выздоровления после первого психотического эпизода неясно какой процент одобряет работу и образование в качестве первостепенной цели<sup>6</sup>, а также люди часто ссылаются на препятствия на пути возвращения к труду и образованию<sup>7</sup>.

Многие молодые люди, пережившие психотический эпизод, испытывают глубокое чувство потерянности, что в дальнейшем влияет на их способность выполнять задачи на работе и в школе в ранний период выздоровления. Множество людей при первом психотическом эпизоде переживают усиленные психиатрические симптомы и являются «новичками» в психиатрии. Они могут испытывать выраженные побочные эффекты медикаментозной терапии и обычно нуждаются во времени, чтобы привыкнуть к терапии.

Все эти проблемы могут возникнуть при подходе «быстрый поиск работы». Например, при исследовании программы NAVIGATE на входе в исследование к каждому участнику был прикреплен поддерживающий специалист по трудоустройству и образованию, который являлся членом их терапевтической группы, но только 68% участвовали в этом компоненте программы (что подразумевало встречу со специалистом три и больше раз)<sup>8</sup>. Более того, около половины индивидов, которые приняли участие в этом компоненте программы, сделали это более, чем через шесть месяцев после начала.

Результаты программы NAVIGATE и другие данные приводят нас к вопросу о значении быстрого поиска работы или зачисления в школу в программах поддержки трудоустройства и образования, и указывают на необходимость большего внимания к мобилизации мотивации индивидов путем содействия изучению работы, карьерных и образовательных возможностей с целью укрепления их способности к управлению специфическими персональными целями,

связанными с ролевой деятельностью, на ранних этапах лечения.

Урегулирование различных профессиональных перспектив и целей клиента может также потребовать участия членов семьи. В то время как индивидуальные трудоустройство и поддержка может много предложить трудящимся, пережившим первый эпизод, Bond et al<sup>8</sup> отмечают, что размеры их эффекта меньше при конкурентном трудоустройстве и незначительны в учебных достижениях у переживших первый эпизод.

Большее признание и понимание смятения и амбивалентности людей, недавно перенесших первый психотический эпизод, и желания «встретить человека в той же ситуации», чтобы появилась надежда и целеустремленность к будущему, а также необходимость времени на восстановление, могут стать решающими факторами в укреплении успешного внедрения служб поддержки трудоустройства и образования до того, как увеличивающиеся проблемы при подаче заявления на инвалидность станут слишком велики, а компенсационные финансовые ограничения для работы станут реальностью<sup>9</sup>.

Вопросы, поднятые в этом комментарии, не исчерпывающие. Существуют другие важные проблемы в нашем понимании оптимальной психосоциальной терапии первого психотического эпизода, такие как определение роли консультантов-экспертов, прояснение необходимых элементов и идеальных форматов семейной терапии, определение необходимости включения тренингов жизненных навыков как стандартного лечения, и разрешение проблем необходимой интенсивности и продолжительности лечения для содействия выздоровлению. Это интересное время для поддержки восстановления после первого эпизода. И нам остается еще многое для изучения.

**Kim T. Mueser<sup>1</sup>, Shirley M. Glynn<sup>2</sup>,  
Piper S. Meyer-Kalos<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Center for Psychiatric Rehabilitation, Departments of Occupational Therapy, Psychological and Brain Sciences, and Psychiatry, Boston University, Boston, MA, USA; <sup>2</sup>Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California, and VA Greater Los Angeles Health Care System at West Los Angeles, Los Angeles, CA, USA; <sup>3</sup>Minnesota Center for Chemical and Mental Health, University of Minnesota School of Social Work, St. Paul, MN, USA

Перевод: Карпова А.Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2017;16(3):266-267)

#### Библиография

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. World Psychiatry 2017;16: 251-65.
2. Bird V, Premkumar P, Kendall T et al. Br J Psychiatry 2010;197:350-6.
3. Mueser KT, Penn DL, Addington J et al. Psychiatr Serv 2015;66:680-90.
4. Heinssen RK, Goldstein AB, Azrin ST. Evidencebased treatments for first episode psychosis: components of coordinated specialty care. White paper. Bethesda: National Institute of Mental Health, 2014.
5. Drake RE, Bond GR, Becker DR. IPS supported employment: an evidence-based approach. New York: Oxford University Press, 2012.
6. Ramsay CE, Broussard B, Goulding SM et al. Psychiatry Res 2011;189:344-8.
7. Bassett J, Lloyd C, Bassett H. Br J Occup Ther 2001;64:66-72.
8. Bond GR, Drake RE, Luciano AE. Epidemiol Psychiatr Sci 2015;24: 446-57.
9. Rosenheck R, Mueser KT, Sint K et al. Schizophr Res 2017;182:120-8.

DOI:10.1002/wps.20447

## Уход для ухаживающих: поддержка семей лиц с ранним психозом

Десять лет назад мы опубликовали исследование опыта семей, искавших помощи для своих близких с ранним психозом в северо-восточных штатах США<sup>1</sup>. Наша выборка была этнически разрозненной, состояла в основном из матерей, нескольких отцов, брата и тети. Громким сигналом стала фрустрация, особенно в отношении к столкновению с системой охраны психического здоровья.

Семья молодой афро-американки рассказала о просьбе помощи, за которой последовало прибытие отряда вооруженных полицейских, кричавших и сломавших их дверь, а затем надевших на их дочь наручники. Одной матери сказали, что у нее есть «три ребенка, два из которых – золото, но третий – нет», и что ей «стоит смириться с этим», так как ее сын «останется таким на всю жизнь». Другая мать рассказала о неделях ожидания встречи с главным психиатром, а затем «доктор-большая шишка снизошел до меня и даровал несколько секунд своего присутствия».

После выписки семьи рассказывали о психиатрах, которые отказывали в лечении, так как их родственники были «слишком больны, чтобы их лечить», о борьбе со счетами и плательщиками третьей стороны, и о попытках убедить своих любимых родных ходить на прием к докторам.

Эти темы отозвались эхом в проведенном в то же время качественном исследовании семей лиц с ранним психозом в южно-восточных штатах США, где все семьи были афро-американскими: они тоже описывали столкновения с зако-

ном как самый частый вариант первого контакта, борьбу со стигматизацией и труднодоступность помощи<sup>2</sup>.

В нашем исследовании за границей семьи описывали недостаток информации и образования: «шанс задать вопросы был бы кстати». Те семьи, которые получали информацию от докторов и персонала выражали благодарность. Они также одобряли сообщения о выздоровлении: «Я хочу, чтобы каждый родитель, кто впервые столкнулся с развитием этого заболевания у их любимого сына или дочери, знал, что да, они могут чувствовать себя хорошо»<sup>1</sup>.

В последующее десятилетие важность вовлечения членов семьи в службы раннего психоза значительно возросла. В Европе, Австралии и США были предприняты совместные усилия по созданию служб для раннего психоза с привлечением членов семей. Одним из первых был проект OPUS в Дании, который начался в 2000 году. Он включает настойчивое лечение в обществе, вовлеченность членов семьи и тренинг социальных навыков. OPUS привел к уменьшению чувства обремененности среди семей и к большей удовлетворенности<sup>3</sup>.

Исследователи в Австралии продемонстрировали, что «обычное лечение» в сочетании с индивидуальной и семейной когнитивно-поведенческой терапией и психообразованием снизили уровень стресса членов семьи и дали ощущение, что они сделали «положительный вклад в уход за их родственником»<sup>4</sup>.

В северо-восточных регионах США, службы раннего психоза были разработаны и внедрены Dixon, Lieberman et al, в частности «Recovery After an Initial Schizophrenia Episode» – RAISE.

Connection Program предусматривает два года координированного специализированного ухода, поощряющего взаимодействие, участие и восстановление<sup>5</sup>. Ключевые элементы заключаются в совместном принятии решений, помощь в обучении и трудоустройстве, тренинг социальных навыков, контакты, кризисные службы; и взаимодействие, психообразование, «семейные ночи» и консультации при необходимости для семей.

RAISE – партнерская, личностно-ориентированная и чувствительная к проблемам культуры и развития программа. Она улучшает симптомы и профессиональное/социальное функционирование среди участников. Семьи тоже получают выгоду. Опыт взаимодействия семей с RAISE был оценен в недавних качественных исследованиях. Мы использовали те же методы, что и в исследованиях десять лет назад, так же с этнически разнообразной когортой, состоящей, в основном, из матерей, нескольких отцов, сиблинга и кузины. Контраст с течением времени оказался ярко выраженным, что отражает положительные эффекты ухода также для заботящихся.

В RAISE семьи описывали страх, переживание, вину и чувство беспомощности перед тем, как вступить в программу. Они почувствовали облегчение, встретив персонал RAISE, их отношение оказалось теплым, дружеским и поддерживающим, что облегчило их состояние. Персонал представлялся ответственным, делал все возможное, чтобы помочь, показывал свое безразличие и внушал доверие. Семьи в RAISE ценили программу помощи и поддержку, частое общение, гибкость и индивидуальный подход в уходе, включая адресную и практическую помощь, и выражали желание об индивидуальном консультировании. И они хотели гораздо больше, что авторы описывали как «да, но больше».

Семьи в RAISE также ценили гибкость и адаптацию услуг к клиенту и семейным потребностям, включая время и положение, и совместное принятие решений, а также лекарственные средства, предоставляемые на месте бесплатно. Семьи рассказывали, что быть услышанным имеет большое значение. Так же, как и в предыдущих исследованиях, семьи боролись с напряжением в связи с признанием независимости, в тоже время хотели помочь и защитить своих любимых родных, но теперь они были активно вовлечены в уход и содействие восстановлению.

Из этих и других исследований в Австралии, Европе и США, а теперь и в Азии, мы знаем, что по вопросу ранних психозов мы можем достичь успеха в уходе за семьями в том числе. Теперь возникает вопрос, каким образом расширить доступ к службам помощи при раннем психозе. Важно продемонстрировать законодателям, что программы раннего психоза финансово выгодны, и RAISE Connection теперь имеет много пунктов в штате Нью-Йорк.

Также необходимо решать проблемы препятствий к доступу, включая стигматизацию и географическую отдаленность. В Австралии, Ориген переместил свои службы психического здоровья молодежи, включая службы раннего психоза, из медицинских центров в общины с большим успехом (см. [ouh.org.au](http://ouh.org.au)). Другое предложение – вовлечь религиозные институты, включая церкви, храмы, мечети и синагоги<sup>7</sup>. Религиозные центры обеспечивают поддержку молодым людям и семьям, включая мероприятия и социальные сети, и обычно существуют там, где службы психи-

ческого здоровья представлены минимально, включая пригородные районы.

Другая многообещающая возможность – использование руководств или служб на основе Интернет для помощи лицам с ранним психозом и их семьям. Это показало свою эффективность в Гонконге – психообразование многих семей, подаваемое в чувствительной к культуре манере, которое уменьшало стигматизацию и приводило к уменьшению обремененности семей и улучшало состояние пациентов<sup>8</sup>.

В странах со средним и низким уровнем дохода, включая страны Африки, семьям лучшим образом должны помочь на уровне служб общественного здоровья, предоставляя психообразование всему населению для уменьшения стигматизации, интеграции служб в существующую систему здравоохранения, свободного доступа к медикаментам, и практической поддержке и обучению, которые позволяют семьям заботиться о своих любимых<sup>9</sup>. В Чили, например, программа GES (Garantias Explicitas en Salud), поддерживаемая государственным законом, обеспечила глобальный доступ к бесплатной помощи при шизофрении, включая «предполагаемые случаи», что привело к снижению уровня повторных госпитализаций и лучшим результатам для пациентов и их семей<sup>10</sup>.

Это успешные и многообещающие подходы к уходу за семьями молодых людей с ранними психозами. Наша задача заключается в расширении доступа к этим службам по всему миру с чувствительным отношением к культуре и финансово выгодным образом. Как клиницисты мы должны стремиться прислушиваться к пациентам и их семьям и учиться у них, обеспечивать их материальной и информационной поддержкой, осуществляя это гибким, уважительным образом. Мы также должны бороться со стигматизацией и способствовать и бороться за выздоровление наших пациентов.

### Cheryl Corcoran

Department of Psychiatry, Columbia University, and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

Перевод: Карпова А.Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2017;16(3):267-268)

### Библиография

1. Gerson R, Davidson L, Booty A et al. Psychiatr Serv 2009;60:812-6.
2. Bergner E. Compr Psychiatry 2008;49:530-6.
3. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A et al. Br J Psychiatry 2005;187(Suppl. 48):s85-90.
4. Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M et al. J Clin Psychiatry 2010;71:475-83.
5. Dixon LB, Goldman HH, Bennet ME et al. Psychiatr Serv 2015;66:691-8.
6. Lucksted A, Stevenson J, Nossel I et al. Early Interv Psychiatry (in press).
7. Griffith JL, Myers N, Compton MT. Community Ment Health J 2016;52:775-80.
8. Chien WT, Thompson DR, Lubman DI et al. Schizophr Bull 2016;42:1457-66.
9. Farooq S. Br J Psychiatry 2013;202:168-9.
10. Larach V. Cobertura universal de la esquizofrenia en Chile: 10 años despues. Presented at the SONESPIN Congress, Coquimbo, October 2016.

DOI:10.1002/wps.20448

# Возьмем во внимание взгляд Блэйлера: какова роль негативных симптомов в стадийной модели?

В своем хорошо подготовленном обзоре данных о вмешательствах, направленных на улучшение состояния после первого психотического эпизода Fusar-Poli et al<sup>1</sup> разработали исправленную стадийную модель. Одной из наиболее важных характеристик этой модели стало разделение трех различных клинических стадий высокого риска психоза, начиная со стадии негативных и когнитивных симптомов (1a), за ней следует стадия мягких психотических симптомов (1b), и стадия краткосрочных ремиттирующих психотических эпизодов (1c). Эти стадии предшествуют стадии 2 первого развернутого психотического эпизода, определяющего ранним полным выздоровлением.

Хотя авторы признают отсутствие патогенетически обоснованной стадийной модели, и предполагают, что связь с природой могут прорисовываться по мере прояснения патогенеза, их исправленная модель рассматривает раннее начальное продромальное состояние как описанное в немецкой литературе – начинающееся с ранних когнитивных и негативных симптомов, появляющихся еще до возникновения первых позитивных симптомов. Показатель перехода в течение 2-летнего наблюдения от стадии 1a до стадии развернутого психоза (стадия 2) составил 3%, в то время как от стадии 1b – 19%, от стадии 1c – 39%<sup>2</sup>.

Стадия 1a стала ценным дополнением к стадийной модели по нескольким причинам. Согласно нескольким исследованиям, негативные симптомы – наиболее важные предикторы исхода первого психотического эпизода и психотического эпизода с ранним началом<sup>3,4</sup>. Долгосрочные функциональные последствия первого психотического эпизода тесно связаны с негативной симптоматикой, более тесно, чем с тяжестью и длительностью позитивных симптомов при психозе без терапии<sup>5</sup>. Несмотря на относительно низкий показатель перехода к стадии развернутого психоза (симптоматический исход), благодаря малой специфичности отдельных негативных симптомов, прогноз снижения функциональных возможностей независимо от диагноза может быть более достоверен, чем предположения, основанные на показателях перехода к психозу.

Возможно, акцент на позитивной симптоматике в нынешней стадийной модели каким-то образом связан с различными взглядами на лечение двух аспектов симптоматики: как отметили Fusar-Poli et al, мы все еще можем сделать не так много против негативных симптомов, в то время как позитивные симптомы гораздо легче поддаются лечению, особенно при помощи антипсихотических лекарственных препаратов. Менее сложное введение критерия оценки позитивных по сравнению с негативными симптомами может быть также связано с менее значимой ролью последних в стадийности и применяемых критериях.

Fusar-Poli et al приводят еще один аргумент о значимости негативных симптомов. Они ссылаются на литературу, в которой указано, что показатели выздоровления (один из семи) и ассоциированной инвалидности (11 случаев инвалидности во всем мире в 2013) не улучшились за последние 70 лет, и что антипсихотические препараты могут уменьшить некоторые симптомы, но мало влияют на исход болезни<sup>6</sup>. Все это сопровождается недостатком строгих доказательств ощутимого эффекта антипсихотических препаратов в предотвращении рецидивов в долгосрочной перспективе<sup>7</sup>.

Если блокада дофаминовых рецепторов, вызываемая антипсихотическими препаратами, в настоящее время рас-

ценивается как симптоматическая терапия, на самом деле не влияющая на течение заболевания, может возникнуть вопрос, лежит ли нарушение дофаминовой системы в основе болезни в период острого психоза, или в большей степени последствия первичных нарушений на высших уровнях, например, в ГАМК-ергической системе интернейронов, и/или в связи с глутаматергическим влиянием на эту или другие системы<sup>8</sup>. Если причина в этом, должны быть другие пути, ведущие к нарушениям дофаминовой системы, возможно, более благоприятные и ограниченные<sup>9</sup>, не основанные на общей недостаточности интернейронов, но на факторах окружающей среды, таких как употребление каннабиоидов и травмирующий опыт.

Согласно данному теоретическому рассуждению, недостаточная специфичность стадий 1b и 1c, основанных главным образом на позитивных симптомах, является последствием гетерогенности причин избыточной активности дофаминовой системы (связанной с позитивными симптомами), и более стойкий дефицит ингибирующих сил, связанный с негативными симптомами, из-за недостаточности ГАМК-ергической системы будет всего лишь единственным из них. В мозге с преобладающей дисфункцией баланса возбуждения-торможения эпизоды позитивных симптомов могут отражать декомпенсацию стресс-адаптационных механизмов, регулируемых дофамином.

Таким образом, возникновение эпизодов позитивной симптоматики, включенных в синдром негативной симптоматики, возможно, именно то, что должно беспокоить нас относительно рисков прогноза. Плохой прогноз в сочетании с диагнозом шизофрении могут быть обусловлены именно этой комбинацией. В конце концов, аспект негативных симптомов – один из главных компонентов практических критериев в диагностике шизофрении, вместе с постоянством, склонностью к рецидивам и функциональным расстройством, и трудностями курации.

Хотя для опровержения или подтверждения этих гипотез недостает важных знаний, для научных целей может быть полезным принять стадийный подход с использованием обоих аспектов симптоматики, где негативные симптомы не ограничены стадией 1a, а сопровождают описание других стадий, хотя бы включая стадию 2, которая в настоящее время определяется только позитивными симптомами и рецидивами.

Учитывая рекомендации лечения на стадии 2, первый эпизод с полным выздоровлением, авторы признают симптоматический характер антипсихотической терапии. Хотя наличие или отсутствие негативных симптомов не описывается, большая часть описанных эпизодов первого психоза, характеризуется наличием негативных симптомов у пациентов после появления реакции на лечение. Fusar-Poli et al указывают на возможные преимущества, упомянутые в наших рекомендациях и рекомендациях некоторых других авторов<sup>10</sup>, об индивидуально подобранном снижении дозировки антипсихотических препаратов до наименьшей эффективной в устранении позитивной симптоматики дозы. Эта мера нацелена не только на профилактику экстрапирамидных и метаболических побочных эффектов, но и субъективных побочных эффектов, возникающих благодаря блокированию дофаминовых рецепторов в вентральном стриатуме и системе вознаграждения, которые могут быть расценены как незначительное экстрапирамидное побочное действие.

Авторы выступают за исследование характеристик пациентов, которым лучше подойдут низкие дозы антипсихотических препаратов, или даже прекращение их приема. Однако их предложение исключить пациентов с диагнозом шизофрении может быть сформулировано лучше, таким образом: провести исследование среди всех категорий неаффективных психозов, изучая роль основных негативных симптомов в качестве наиболее возможных предикторов неуспешного снижения дозировки, частых рецидивов и короткого периода времени перед первым рецидивом, учитывая симптоматический исход, и неудачи по восстановлению функциональных возможностей, учитывая функциональный исход.

В настоящее время неизвестно, приведут ли высокие дозы антипсихотических препаратов к лучшим результатам у пациентов с более тяжелыми негативными симптомами, так как антипсихотические препараты видимо ухудшают эти симптомы, и, возможно, также влияют на функциональный исход. Тем не менее, дофаминовая система у некоторых пациентов может быть настолько хрупкой, что снижение дозировки неизбежно приведет к рецидиву. С другой стороны пациенты, изначально употребляющие каннабиоиды, могут иметь более значимые причины повреждения дофаминовой системы, связанные с окружающей средой, будут иметь меньшее проявление негативной симптоматики, и с меньшей вероятностью отрицательно отреагируют на снижение дозировки<sup>11</sup>. В настоящее время уже проводятся несколько исследований для клинической оценки снижения дозировки у пациентов с ремитирующим первым психотическим эпизодом, которые, возможно, ответят нам на эти вопросы.

Наконец, мнение авторов, что на поздних стадиях (3 и 4) снижение дозировки не станет решением, в то время как, до сих пор редко применяемый и часто отлагаемый на потом,

антипсихотический препарат клоzapин может значительно улучшить исход, хотя и убедительно, но требует более существенной поддержки исследованиями.

### Lex Wunderink

Department of Research and Education, Friesland Mental Health Services, Leeuwarden, The Netherlands

Перевод: Карпова А.Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

(World Psychiatry 2017 Oct; 16(3): 268–270)

### Библиография

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. World Psychiatry 2017;16: 251-65.
2. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S et al. JAMA Psychiatry 2016;73:113-20.
3. McGorry P, Keshavan M, Goldstone S et al. World Psychiatry 2014;13: 211-23.
4. Austin SF, Mors O, Budtz-Jorgensen E et al. Schizophr Res 2015;168: 84-91.
5. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D et al. JAMA Psychiatry 2013; 70:913-20.
6. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N et al. Schizophr Bull 2013;39:1296-306.
7. Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G et al. Nat Rev Drug Discov 2016;5:485-51.
8. Chung DW, Fish KN, Lewis DA. Am J Psychiatry 2016;173:1131-9.
9. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I et al. JAMA Psychiatry 2016;73:211-20.
10. Gaebel W, Wunderink L, Riesbeck M. Die Psychiatrie 2016;13:136-44.
11. Tamminga C, Clementz B, Keshavan M et al. Schizophr Bull 2017;43 (Suppl. 1):S7.

DOI:10.1002/wps.20449

## Ранее вмешательство при психозе: р-значения, стратегия и политика

Психоз – один из наиболее инвалидирующих, частых и мало понятых состояний. Стадийность психотических заболеваний, описанная в статье Fusar-Poli et al<sup>1</sup>, инновационная, но полезна лишь как магнитуа эффективности доступных терапевтических средств на каждой стадии и различий их эффективность на разных стадиях. В то время как некоторые статистически значимые экспериментальные данные поддерживают вмешательство на «стадии 1» – при наличии высокого риска, но без манифестировавшего психоза, и на «стадии 2» – вмешательства для пациентов с недавно начавшимся психозом, нет данных, чтобы предположить большую эффективность вмешательств на той или иной стадии, что делало бы их специфичными для какой-либо стадии. Авторы призывают к глобальному внедрению раннего вмешательства при психозе и к более специфичному стадийному подходу, но р-значения сами по себе не оправдывают стратегию и не внушают свою политическую значимость.

Иногда по ошибке предполагают, что статистически значимые научные открытия сами по себе имеют общественный курс и политическую значимость. Хотя существует логическая связь, идущая от научных открытий к стратегическим предложениям, а затем к политическим действиям, она не настолько крепка между тремя этими пунктами, потому что каждый из них отражает только один из множества входящих данных в последующий пункт.

Эффективная наука не всегда находит практического политического применения, а рациональная стратегия не всегда увенчивается политическим успехом. Открытие эффективного лечения ВИЧ само по себе не породило ни надежной стратегии по ее доступности, ни политического согласия о том, как это лучше сделать.

Следуя примеру исследований рака, долгосрочные перспективы исследования ранних вмешательств основаны на надежде, что последовательные шаги в конце концов приведут к большим достижениям. Данные некоторых подробных исследований свидетельствуют о статистически значимых положительных результатах ранних вмешательств касаясь симптомов, качества жизни, трудоустройства и участия в учебном процессе, снижения числа госпитализаций, употребления наркотических веществ, депрессии и других. Также есть доказательства того, что потенциально влияющие показатели, такие как отсроченное начало психоза, уменьшение длительности психоза без лечения, снижение нагрузки на семью, снижение показателей отсева, доверие и удовлетворение, могут быть значительно улучшены.

Но мы также сталкиваемся с отрезвляющими наблюдениями противоположного характера<sup>1</sup>. Три исследования вмешательств на стадии 1 показали отрицательные результаты, возможно, из-за сложности прогностического определения пациентов, у которых разовьется психоз, или низ-

кой статистической значимости. Маломасштабные исследования на стадии 2 показали «минимальное положительное влияние или отсутствие влияния на клинические результаты»<sup>1</sup>, а в широкомасштабных исследованиях выяснилось, что положительное влияние редко длилось более двух лет. Далее, произведенному Fusar-Poli et al, систематическому обзору рандомизированных контролируемых исследований не удалось предоставить данные о значимых преимуществах ранних вмешательств в отношении профилактики рецидива или повторной госпитализации. Раздел статьи, посвященный антипсихотическим препаратам, предполагает, что эти препараты, будучи несомненно выгодными, могут отсрочить, но не предотвратить рецидив. Демонстрация как энтузиазма, связанного с положительными результатами, так и искренности относительно отрицательных результатов, временами режущая глаза, в конечном счете отражает высокий уровень целостности науки.

В конце авторы констатируют: «чтобы улучшить результаты... необходимо принять сложные модели, объединяющие клиническую стадию структуру и координированные программы специализированной помощи, во всем мире»<sup>1</sup>. Это заключение, однако, демонстрирует скачок из сферы р-значений к пропаганде глобальной инициативы, включающей «национальную систему охраны здоровья», голое предложение, которое скорее всего потребует определенного уровня политической приверженности, схожей с той, которая характеризовала международную борьбу с эпидемией ВИЧ.

Эффективные вмешательства при психозе без сомнения очень необходимы во всем мире. В 2015 году исследование Глобального бремени болезней оценило Годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (DALYs): для шизофрении они составили 15020500 лет, что более, чем в три раза больше, чем для ВИЧ – 3989900<sup>2</sup>. Но доступные данные позволяют предположить, что, несмотря на эту острую необходимость, ранние вмешательства могут все еще не быть научно обоснованным или политически практичным путем. Когда мы перемещаемся от области результатов эксперимента к результатам политической деятельности, мы оставляем область р-значений (пробы, которые показывают, что наблюдаемые преимущества в специфических экспериментальных исследованиях не просто совпадения) к области анализа общественного курса, где могут понадобиться большие масштабы влияния и крайне благоприятные балансовые отчеты о преимуществах и ценах возьмут верх. Например, Программа раннего лечения RAISE, спонсируемая Национальным институтом психического здоровья, возможно, самое большое исследование раннего вмешательства при психозе в США<sup>3</sup>, показала, что раннее вмешательство превосходило по эффективности обычный уход  $p < 0,05$ , но размер эффекта (d Коэна) относительно улучшения качества жизни был 0,31, а относительно уменьшения симптомов -0,29, что соответствует от малого до умеренного размеру эффекта.

В некоторых пунктах статья Fusar-Poli et al уверяет читателей в финансовой выгоде раннего вмешательства. Однако из трех упомянутых исследований одно – моделирование, основанное на суждениях клинических экспертов и избранных публикациях<sup>4</sup>; второе основано на «описательном анализе»<sup>5</sup>; и только третье основано на широкомасштабном рандомизированном опыте<sup>6</sup>. Это исследование обнаружило рост преимуществ с одновременным снижением затрат, и было заключено, что преимущества, оцениваемые в качестве скорректированных годов жизни и затем в долларах, были действительно значительнее, чем затраты. Эти три исследования недостаточно надежные, чтобы привлечь основные национальные и международные поддержку и финансирование. Отрицательные результаты, обнару-

женные в систематическом обзоре авторов, по рецидивам и повторной госпитализации ставят под сомнение возможность сбережения достаточного количества средств для оплаты интенсивного раннего вмешательства.

Принятие предложенной инициативы за чистую монету может быть информативным для рассмотрения процесса, прекрасно описанного H. Varmus, который привел президента Д.У.Буша к инициации Чрезвычайного плана президента Соединенных Штатов по оказанию помощи больным СПИДом (PEPFAR). К 2014 году благодаря PEPFAR более 7,7 млн человек были обеспечены антиретровирусной терапией, были проведены анализы по выявлению ВИЧ более, чем 57 млн. человек, а также президентами Бушем и Обамой были выделены 70 млрд. долларов<sup>8</sup>. Могла ли бы PEPFAR моделью для всемирного внедрения раннего вмешательства? Как минимум, это урок политических и научных сложностей в переходе от международной инициативы к практике. Согласно Varmus, президент Буш относился довольно скептически к иностранной болезни, но был сильно впечатлен заметными достижениями в лечении ВИЧ, а именно повышением продолжительности жизни 20-летнего ВИЧ-положительного индивида от 39 лет в 1996 году до 73 лет в 2011 году<sup>9</sup>. В дальнейшем Буш настаивал на высоком уровне отчетности, и его поддержка, кажется, была завоевана утверждением, что изменение уровней смертности от ВИЧ уже можно проследить.

Если данные, рассмотренные выше, не кажутся достаточно достоверными, чтобы поддержать «PEPFAR» для раннего вмешательства при психозе, они уже могут вдохновить на более скромные, но исключительно оправданные, хотя и сложные для решения, задачи для вмешательства на стадиях 3 и 4. Эти задачи будут включать: а) обеспечение доступа к антипсихотическим лекарственным препаратам с надлежащим надзором всем нуждающимся во всем мире; б) предоставление всех основных прав человека людям, переживающим психоз; и с) уменьшение стигматизации, невероятно сложная для достижения цель, которая, тем не менее, может стать путем к разрешению задач а) и б).

Оптимизм, порожденный исследованиями раннего вмешательства, вдохновил страны с высоким уровнем дохода, такие как Австралия, Великобритания, Дания, и недавно США, опубликовать рекомендации по проведению программ раннего вмешательства, а также выделить финансирование для их поддержки. Даже если пока не строго обоснованные результатами или данными об экономической эффективности, такие инициативы предоставляют гуманную, способствующую доверию поддержку пациентам и их семьям в трудные моменты жизни. Путем привлечения внимания к безусловной необходимости расширенного вмешательства при психозе во всем мире и к надежде на дальнейшие успехи в раннем вмешательстве статья Fusar-Poli et al напоминает нам о неотложности закладывания прочного фундамента в столь необходимый «PEPFAR» для психоза в будущем.

## Robert Rosenheck

Department of Psychiatry, Yale Medical School, New Haven, CT, USA; US Department of Veterans Affairs New England Mental Illness Research, Education and Clinical Center, West Haven, CT, USA

Перевод: Карпова А.Ю. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

(World Psychiatry 2017 Oct; 16(3): 270–271)

## Библиография

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. World Psychiatry 2017;16:251-65.
2. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Lancet 2016;388:1545-602.

3. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR et al. *Am J Psychiatry* 2016;173:362-72.
4. Park AL, McCrone P, Knapp M. *Early Interv Psychiatry* 2016;10:144-51.
5. Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M et al. *Early Interv Psychiatry* 2016;10:540-6.
6. Rosenheck R, Leslie D, Sint K et al. *Schizophr Bull* 2016;42:896-906.
7. Varmus H. *Science & Diplomacy* 2013;2:4.

8. Office of the United States Global AIDS Coordinator. Congressional budget justification supplement. Fiscal year 2016. [www.pepfar.gov](http://www.pepfar.gov).
9. Marcus JL, Chao C, Leyden W et al. Narrowing the gap in life expectancy for HIV1 compared with HIV- individuals. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, February 2016.

DOI:10.1002/wps.20450

## **Международные меры реагирования с целью улучшения исходов первого психотического эпизода являются оправданными, однако необходимо сделать еще больше для того, чтобы это произошло**

Fusar-Poli и др.<sup>1</sup> предложили стадийную модель первого неаффективного психотического эпизода и составили впечатляющий обзор текущего состояния доказательств в отношении к мероприятиям, соответствующим этим стадиям. Они также изучили эффективность и ограниченность современных стратегий профилактики для лиц, имеющих риск развития психоза, изложили некоторые ключевые вопросы, связанные с совершенствованием мероприятий в интересах людей с клинически выраженным психотическим эпизодом, и обозначили важные факторы риска, влияющие на их исходы. Наконец, они подчеркнули необходимость разработки скоординированных специальных программ глобального масштаба, которые интегрируются в национальные системы здравоохранения.

Вместе с тем, имеющиеся данные не свидетельствуют о том, что первичные стратегии профилактики оказывают какое-либо надежное воздействие на смягчение долгосрочного течения болезни, хотя позитивно влияют на некоторые важные исходы, связанные с лечением. Чрезвычайно noteworthy существование ограничений в использовании скрининга, обнаружения и направления в специализированные службы лиц с формирующимся психозом (стадия 1с) в существующих вторичных службах, где такие стратегии могут оказаться наиболее эффективными.

С другой стороны, доказательная база эффективности раннего вовлечения и лечения людей с клинически выраженным психотическим эпизодом (стадия 2) на основе многокомпонентных мероприятий, является более эффективной с точки зрения сокращения продолжительности нелеченного психоза и улучшения показателей, связанных с лечением, и функционального исхода, как для пациента, так и для лиц, осуществляющих уход. Однако, как представляется, эти меры не уменьшают возможности рецидива и, следовательно, перехода в стадию 3. Хотя такие стратегии, как раннее применение инъекционных пролонгированных антипсихотиков, сокращение масштабов злоупотребления незаконными наркотическими веществами и более длительный период взаимодействия со специализированными службами, потенциально могут улучшить исходы, их влияние на долгосрочное течение болезни по-прежнему ограничено.

Любой процесс деления болезни на стадии основывается на предположении о том, что определяющая переменная ( $\psi$ ), выбранная для измерения прогрессирования заболевания, тесно связана с патогенезом болезни и с надежным прогнозированием исходов. Как отметили авторы, ни одно из этих условий не удовлетворяется в случае первого психотического эпизода, для которого характерна неоднородность показа-

телей между стадиями и внутри них. Отсутствие надежных нейробиологических маркеров психоза является критическим препятствием в разработке целенаправленных мероприятий, направленных на конкретные стадии, и до тех пор, пока они не будут доступны, деление на стадии, изложенное в работе Fusar-Poli и других, следует рассматривать по сути как условное. В ближайшее время, процесс выделения стадий может быть постепенно доработан на основе будущих исследований, в которых конкретно будут изучены потенциальные нейробиологические механизмы, лежащие в основе функциональных исходов, а также детальное внимание будет уделяться освещению более обоснованной стабилизации и усреднению переменных, и будут приложены усилия, направленные на включение демографических когорт в целях сокращения систематических ошибок, ограничивающих обобщаемость выводов.

Необходимо подчеркнуть, что доказательства, представленные в поддержку стадийности процесса и соответствующих мероприятий, основываются на отдельных когортах, получающих специальные виды лечения в условиях с высоким уровнем дохода, где были сделаны значительные инвестиции для того, чтобы были доступны службы, специализирующиеся на первом психотическом эпизоде. Таким образом, важным предварительным условием для обеспечения более доступных, всеобъемлющих, ориентированных на конкретные этапы соответствующих мероприятий, является наличие хорошо функционирующей системы здравоохранения, которая может обеспечить доступную, недорогую, всеобъемлющую и непрерывную помощь.

В глобальном масштабе, подавляющее большинство людей, которые переносят первый психотический эпизод, живут в странах с низким и средним уровнем дохода, и во многих из них регионарные системы оказания психиатрической помощи либо не существуют, либо не достаточно развиты<sup>2</sup>. Таким образом, большинство таких лиц вряд ли получат какое-либо лечение; например, недавно проведенное в Индии национальное обследование состояния психического здоровья позволило оценить, что лечение людей с текущим диагнозом психоза отсутствовало более, чем в 75% случаев<sup>3</sup>.

В таких ситуациях крайне маловероятно, что привлечение интенсивных ресурсов и специалистов, которые проведут вмешательство для людей с клинически высоким риском развития психоза, будет выполнимо или станет приоритетом общественного здравоохранения перед лицом нехватки людских и финансовых ресурсов. Более реалистичным вариантом может быть разработка практически осуществимых и учитывающих культурные особенности методов раннего

выявления и лечения людей с первым психотическим эпизодом (начиная со 2 стадии) на основе сочетания широких методов вовлечения местного населения и совместного выполнения задач с другими подготовленными и контролируемые специалистами медицинскими работниками и волонтерами.

Нет сомнений в том, что с учетом огромных неудовлетворенных потребностей и терапевтического потенциала услуг для людей, переносящих первый психотический эпизод, существует острая необходимость в разработке и оценке изменений и нововведений, которые являются реальными, приемлемыми и экономически эффективными в условиях стран с низким и средним уровнем дохода. Осуществляемая в Индии программа Jan Man Swasth (Психическое Здоровье Населения) показывает, что раннее вмешательство возможно в сельских районах Индии путем принятия трехкомпонентного подхода: во-первых, путем активного вовлечения общин с использованием методов, адаптированных с учетом культурных особенностей населения; во-вторых, благодаря наличию квалифицированных аккредитованных активистов социального здравоохранения, которые внедряются в местные общины в качестве первого контактного лица; и в-третьих, на основе эффективного взаимодействия с местными службами, которые по необходимости обеспечивают комплексное лечение.

Обеспечение более широкого распространения служб, занимающихся первым психотическим эпизодом, в первую очередь за пределами стран с высоким уровнем дохода, является необходимой, но сложной задачей, решению которой должно уделяться особое внимание в приоритетном порядке.

### Sudipto Chatterjee

National Institute of Advanced Studies, Bangalore, India

Перевод: Шуненков Д. А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(3): 271-272)

### Библиография

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. World Psychiatry 2017;16:251-65.
2. World Health Organization. World mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization, 2015.
3. Gururaj G, Varghese M, Benegal V et al. National mental health survey of India 2015-16: summary. Bangalore: National Institute of Mental Health and Neurosciences, 2016.

DOI:10.1002/wps.20451

## Эффективность служб раннего вмешательства и необходимость их поддержки

Трое ведущих исследователей в этой области написали всесторонний обзор<sup>1</sup> современных обоснований для улучшения исходов первого психотического эпизода. На основе исследования Глобальное бремя болезни (Global Burden of Disease) они указывают, что в настоящее время в мире насчитывается 23 миллиона человек с шизофренией. Половина этих людей не получает лечения, а большая часть второй половины, вероятно, не получает оптимальное лечение. Шизофрения занимает 12 место среди факторов, приводящих к многолетней потере трудоспособности. Это резюме современных исследований было крайне необходимым, и очевидным следующим шагом может быть разработка комплекса рекомендаций, выдвинутых Всемирной организацией здравоохранения и одобренных министрами здравоохранения во всем мире. Основная цель нашего комментария заключается в определении того, какие задачи требуют немедленного осуществления.

Необходимо, безусловно, осуществить меры по сокращению продолжительности нелеченого психоза. Отчасти, из-за отсутствия согласия по используемым критериям, этот срок широко варьируется в рамках исследований, однако, как было неоднократно установлено, он является предиктором в плане краткосрочного и долгосрочного исходов психического расстройства. Влияние длительности нелеченого психоза на исход может быть как биологического (постоянные изменения в функционировании мозга), так и психосоциального характера (разрушение социальных контактов пациента до лечения может иметь долгосрочный эффект).

Короткая продолжительность нелеченого психоза означает, что лечение предоставляется на раннем этапе заболевания. Пациенты страдают от тяжелых социальных и клинических последствий отсутствия или недостаточного лечения на ранних стадиях психоза, и поэтому они могут быть особенно восприимчивы к вмешательству в эти первые годы болезни. Если созданные в настоящее время специализированные

группы раннего вмешательства хотят показать их максимальный эффект, то следует осуществить широкомасштабные меры по сокращению продолжительности нелеченого психоза. Исследование "Лечение и Вмешательство в Психоз" (Treatment and Intervention in Psychosis, TIPS) показало, как мероприятия на уровне общества могут сократить этот срок и повлиять на долгосрочный исход<sup>2</sup>. Мы ожидаем результатов немецкого исследования, посвященного анализу воздействия кампаний по информированию населения на уровне общества в сочетании с командами, специализирующимися на раннем вмешательстве<sup>3</sup>.

Fusar-Poli и др.<sup>1</sup> делают вывод о наличии достаточных оснований для того, чтобы рекомендовать осуществление специальных программ раннего вмешательства. Нет сомнений в том, что имеющиеся огромные различия в их осуществлении по всему миру не могут быть оправданы отсутствием оснований. Даже в странах с высоким уровнем дохода, имеющих крупные бюджеты в области здравоохранения, существуют большие различия, от почти полного охвата в Дании и Англии до отсутствия каких-либо доступных служб во многих других европейских странах. Эти различия, скорее всего, объясняются местными традициями, чем научными основаниями.

Анализы экономического положения в области здравоохранения касаются специализированного раннего вмешательства показали, что оно является экономически эффективным в долгосрочной перспективе<sup>4</sup>, однако требует предварительного выделения большего объема ресурсов, и это приводит к тому, что его осуществление постоянно должно быть защищено от сокращения финансирования со стороны политиков и администраторов здравоохранения. Именно поэтому крайне важно проводить высококачественные исследования, доказывающие его эффективность.

Кроме того, нам необходимо защитить специализированные группы раннего вмешательства от "отката к посред-



ственности". Эта тенденция может быть обусловлена политическим давлением, связанным с поддающимися измерению результатами с точки зрения производительности, а также отношением членов группы. Поэтому важно привлекать клинических сотрудников к постоянному диалогу, как с исследователями, так и между собой. Для обеспечения соответствия оказываемого лечения первоначально испытанным стандартам, центральное значение имеет разработка мер по обеспечению приверженности к лечению. Опросники по приверженности к терапии работают в качестве механизма обеспечения безопасности и должны также рассматриваться как инструмент, позволяющий клиницистам защищать лечение от сокращения финансирования и неблагоприятных реорганизаций.

Важным вопросом является продолжительность специальных программ раннего вмешательства. Служба ранней оценки для молодых людей с ранним психозом (Early Assessment Service for Young People with Early Psychosis (EASY)), сравнила трех- и двухгодичную продолжительность специализированного раннего вмешательства и недавно опубликовала данные 5-летнего последующего наблюдения, согласно которым, несмотря на наличие первоначальных доказательств того, что длительное вмешательство оказывало эффект на негативные и депрессивные симптомы, этот эффект был утрачен, когда вмешательство прекращалось<sup>5</sup>, как показывали и предыдущие исследования.

Недавно мы опубликовали данные из нашего исследования (OPUS II), в котором сравнивались двух- и пятилетний периоды специализированного раннего вмешательства<sup>6</sup>, и в настоящее время проводятся дальнейшие испытания аналогичных продолжительных вмешательств<sup>7,8</sup>. В первом исследовании OPUS (OPUS I) мы обнаружили, что заболевание у участников, попавших в группу вмешательства, рецидивировало при переходе к стандартному лечению после двухлетнего вмешательства OPUS. Поэтому мы предполагали, что этот рецидив может быть предотвращен путем продления вмешательства во время второго исследования (OPUS II). Удивительно, что мы не обнаружили никаких признаков рецидива ни в контрольной группе, ни в группе вмешательства, и общая картина в обеих группах характеризовалась тем, что с течением времени у участников улучшилось качество большинства функциональных, психопатологических и когнитивных исходов. Длительное вмешательство не улучшило эту уже позитивную тенденцию, за исключением более эффективного удовлетворения потребностей пациентов и формирования продуктивного сотрудничества. Наиболее вероятным объяснением этому является улучшение положения в области повседневного лечения. В большинстве случаев участники были перенаправлены в общественные медицинские центры после прекращения их двухлетнего лечения в рамках исследования OPUS, и 20% из них получали интенсивное лечение в сообществе. Поэтому мы пришли к выводу о том, что ранние успехи, достигнутые в лечении первого психотического эпизода специализированными группами раннего вмешательства, могут быть поддержаны либо путем продления лечения, либо путем предоставления высококачественной стандарт-

ной помощи, с возможностью интенсивного лечения наиболее тяжелых пациентов.

Что касается продолжительности антипсихотической терапии для пациентов в ремиссии, то Fusar-Poli и др.<sup>1</sup> подчеркивают, что сокращение лечения может быть одним из вариантов для пациентов с первым психотическим эпизодом, которые добились клинической ремиссии и не имеют высокого риска рецидива. Недавние исследования, основанные на долгосрочных результатах исследования OPUS, показали, что такие пациенты существуют, и что доля пациентов в ремиссии, страдающих шизофренией и шизофреноподобными психозами, прекратит прием антипсихотических препаратов как с участием, так и без участия врачей, вовлеченных в принятие данного решения<sup>9,10</sup>. Для защиты пациентов от побочных эффектов необходимо провести дополнительные исследования, посвященные определению подгруппы пациентов, которые могут остаться в ремиссии без антипсихотических препаратов.

Наконец, мы хотели бы отметить, что организуемые в настоящее время во многих странах службы раннего вмешательства являются частью весьма существенных изменений во взглядах на психические расстройства и охрану психического здоровья. Основания, подтверждающие обоснованность введения этих служб, являются сильными, и должны привести к их еще более широкой реализации. Необходимо, чтобы органами руководства обеспечивалась долгосрочная и высокоресурсная приверженность делу развития и поддержания достигнутых позитивных результатов. Настало время сосредоточиться на общей цели, защитить то, что уже есть, и способствовать развитию нового.

### Merete Nordentoft, Nikolai Albert

Mental Health Centre Copenhagen, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

Перевод: Шуненков Д.А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(3):272-274)

### Библиография

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. World Psychiatry 2017;16:251-65.
2. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B et al. Am J Psychiatry 2012;169:374-80.
3. Lambert M, Schoettle D, Sengutta M et al. Early Interv Psychiatry (in press).
4. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M et al. Br J Psychiatry 2013;202:35-41.
5. Chang WC, Kwong VW, Lau ES et al. Br J Psychiatry (in press).
6. Albert N, Melau M, Jensen H et al. BMJ 2017; 356:i6681.
7. Lutgens D, Iyer S, Jooper R et al. BMC Psychiatry 2015;15:22.
8. Hui CL, Chang WC, Chan SK et al. Early Interv Psychiatry 2014;8:261-8.
9. Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C et al. Schizophr Res 2017;182:42-8.
10. Gotfredsen D, Wils RS, Hjorthøj C et al. Psychol Med 2017;6:1-12.

DOI:10.1002/wps.20452

# Достижения и проблемы в области раннего вмешательства в психоз

Fusar-Poli и др.<sup>1</sup> представляют наиболее актуальную точку зрения на профилактику и раннее вмешательство в психотические расстройства. Авторы справедливо отмечают, что "целевая профилактика", направленная на отдельных лиц с повышенным клиническим риском развития психотического расстройства, в настоящее время является наиболее возможной из всех доступных нам способов профилактики.

Однако специфика состояния клинически повышенного риска психотических расстройств может частично зависеть от особенностей служб, в которых такие люди выявляются и наблюдаются в дальнейшем. В то время как пациентов с клинически высокой степенью риска возможно выявлять в специализированных клиниках, то же самое не всегда происходит в общепсихиатрических службах. Это предположение строится на двух направлениях доказательств: во-первых, детские психотические симптомы не всегда ассоциируются с последующим возникновением психотического расстройства<sup>2</sup>; во-вторых, в крупном межнациональном популяционном исследовании было установлено, что взаимосвязь между психотическими проявлениями и различными расстройствами психики является двунаправленной<sup>3</sup>. Таким образом, психотические расстройства, возможно, являются не только следствием раннего психотического опыта, в то время как клинически высокий риск психоза может быть не "ослабленной" формой психоза, а чем-то иным<sup>4</sup>.

В равной степени, если не больше, важно учитывать обратный вопрос, который остается нерешенным: возникает ли большинство первых психотических эпизодов преимущественно у пациентов с состоянием клинически высокого риска. Согласно первоначальным сообщениям, менее половины пациентов проходили через это состояние перед манифестацией психоза<sup>5</sup>, значительная же доля, возможно, испытывала лишь непсихотические симптомы. Существуют различные точки зрения, с которых рассматривается стадийная модель психоза: одна из них рассматривает первый психотический эпизод как прогрессирование "психозоподобного" состояния; а другая представляет собой трансдиагностическую модель, в которой ранние стадии могут иметь множество различных исходов<sup>6</sup>. Кроме того, стадийная модель, основанная почти исключительно на симптомах, может пропустить некоторые ранние этапы, где текущие проблемы могут носить более социальный и функциональный характер<sup>7</sup>.

Хорошо осознаются трудности, связанные с идентификацией всех или даже большинства лиц, имеющих клинический высокий риск психоза. Однако, решение этой задачи может быть улучшено путем структурирования служб вокруг трансдиагностической стадийной модели. Для обеспечения более высоких темпов понимания подлинной распространенности всех состояний клинически высокой степени риска, необходимо обеспечить более легкий доступ к системе психиатрического обслуживания, а не внедряться в существующие многоступенчатые системы. Расширенная система первичной медико-санитарной помощи с прямым контактом со специализированными программами, такими, как службы раннего вмешательства в психоз, в большей степени может обеспечить выявляемость случаев, как на стадии риска, так и на стадии первого психотического эпизода, чему способствует использование цифровых и мобильных технологий, популярных среди молодежи.

Как утверждают авторы, селективное вмешательство у лиц с клинически высоким риском может способствовать улучшению исхода первого психотического эпизода, помимо замедления или предотвращения психоза за счет улучшения обслуживания. С другой стороны, имеются некоторые свидетельства того, что у лиц, обладающих клинически повышенным риском, и у которых развивается психоз, несмотря на меры, предпринятые для снижения прогрессирования заболевания, по сути, может быть худшее течение и исход<sup>8</sup>. Такие вариации в исходах будут также зависеть от того, будет ли состояние клинически высокого риска в конечном счете являться общим этапом на пути к первому психотическому эпизоду: если нет, то меры, направленные на эти состояния, какими бы эффективными они ни были на индивидуальном уровне, будут в конечном итоге иметь ограниченные возможности для улучшения исходов в отношении первого психотического эпизода в целом.

Авторы также совершенно правильно подчеркивают важность предотвращения дальнейшего снижения последующего лечения первого психотического эпизода. Однако, исключительный акцент на рецидиве для оценки клинических исходов может оказаться недостаточным по ряду причин, включая вариации в определении того, что является рецидивом, традиции полагаться на госпитализацию как показатель рецидива и, что самое важное, вариации в продолжительности рецидива. Возможно, было бы лучше контролировать и поддерживать более длительные периоды ремиссии как позитивных, так и негативных симптомов, с учетом единого мнения в отношении операционального определения ремиссий<sup>9</sup> и весьма значительной доли различий в функциональных исходах, объясняемых продолжительностью ремиссий<sup>10</sup>.

Хотя ранее использование инъекционных антипсихотических препаратов пролонгированного действия, как это было предложено авторами, может повысить шансы симптоматической ремиссии, их использование в контексте многокомпонентных психосоциальных мер, проводимых службами раннего вмешательства, может принести дополнительные преимущества. Несмотря на это, почти половина пациентов, находящихся в полной ремиссии, может не достичь удовлетворительного функционального исхода<sup>11</sup> из-за нескольких причин, включая сохраняющиеся негативные симптомы, нелеченную коморбидную патологию (например, социальную фобию), употребление ПАВ, нестабильные жилищные условия и самостигматизацию. Эти препятствующие факторы, по всей вероятности, потребуют целенаправленного психологического вмешательства. Например, в случае негативных симптомов медикаментозное вмешательство, видимо, имеет ограниченный эффект, в то время как некоторые конкретные психологические и психосоциальные меры, по всей видимости, являются более эффективными<sup>12</sup>.

Два других соображения могут способствовать улучшению исходов в случае возникновения первого психотического эпизода и состояний клинически высокого риска. Для улучшения исходов необходимо уделять больше внимания вопросам, связанным с семьей пациента и процессам, способствующим выздоровлению. Кроме того, в настоящее время все шире изучаются цифровые технологии для получения дополнительных преимуществ в целях содействия выздоровлению и предотвращению рецидивов после первого психотического эпизода. И, наконец, что немаловажно,

огромное глобальное бремя психоза, на которое авторы совершенно справедливо ссылаются, потребует глобальных усилий, которые предполагают понимание подходящих моделей помощи населению с различной культурой, экономикой, географией и политикой.

Итак, можно было бы представить более подробную концепцию раннего вмешательства в психоз как состоящую из двух компонентов, один из которых относится к усилению службы первичной психиатрической помощи, разработанной для этой возрастной группы, а второй — к развитию более специализированной помощи как для состояний риска, так и для возникших серьезных психических расстройств, таких как психозы. Первый из них обеспечит доступность помощи для лиц, подверженных риску не только психоза, но и других, от умеренных до тяжелых психических расстройств, в то время как второй будет обеспечивать соблюдение условий для обеспечения современного комплексного лечения с доказанной эффективностью. Необходимы дальнейшие исследования для определения методов, которые помогли бы обеспечить распределение пациентов в зависимости от надлежащей интенсивности и продолжительности вмешательств, основываясь на стадии заболевания.

**Ashok Malla<sup>1</sup>, Jai Shah<sup>1,2</sup>, Shalini Lal<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, QC, Canada;

<sup>2</sup>Douglas Mental Health University Institute, Montreal, QC, Canada;

<sup>3</sup>School of Rehabilitation, University of Montreal and University of Montreal's Hospital Research Center, Montreal, QC, Canada

Перевод: Шуненков Д. А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

(*World Psychiatry* 2017;16(3): 274-275)

#### Библиография

1. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. *World Psychiatry* 2017;16:251-65.
2. Fisher HL, Caspi A, Poulton R et al. *Psychol Med* 2013;43:2077-86.
3. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A et al. *Am J Psychiatry* 2016;173:997-1006.
4. van Os J, Murray RM. *BMJ* 2013;346:f304.
5. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. *Eur Psychiatry* 2015;30:405-16.
6. Scott J, Leboyer M, Hickie I et al. *Br J Psychiatry* 2013;202:243-5.
7. Larson MK, Walker EF, Compton MT. *Expert Rev Neurother* 2010;10:1347-59.
8. Malla A, De Bonville M, Shah J et al. *Early Interv Psychiatry* (in press).
9. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM et al. *Am J Psychiatry* 2005;162:441-9.
10. Jordan G, Lutgens D, Joobert R et al. *J Clin Psychiatry* 2014;75:e566-72.
11. Cassidy CM, Norman R, Manchanda R et al. *Schizophr Bull* 2010;36:1001-8.
12. Lutgens D, Garipey G, Malla A. *Br J Psychiatry* 2017;210:324-32.

DOI:10.1002/wps.20453

## Смещение вмешательств с последиагностического этапа на додиагностический

Около двадцати лет назад развитие психоза рассматривалось в качестве первого признака расстройства шизофренического спектра. Крупномасштабные эпидемиологические исследования с тех пор показали, что некоторые отклонения от нормального развития встречаются до первого психотического эпизода, по крайней мере, у части молодых людей, у которых позже развивается шизофрения. В то время как в детстве наблюдается средняя задержка в развитии способностей ходить, разговаривать и читать, наиболее заметным отклонением во время подросткового возраста является снижение взаимодействия с сверстниками и снижение академической успеваемости<sup>1</sup>.

Дети, у которых позже развиваются психотические расстройства, могут иметь некоторые аномалии поведения, с шизотипическими или шизоидными чертами, которые выражаются в малом количестве (или отсутствии) близких друзей и наличием меньших социальных связей в спорте, увлечениях и других командных видах деятельности. Периодические обманы восприятия и магические убеждения испытывают около 40% детей, у которых позже развивается шизофрения<sup>2,3</sup>. Во втором десятилетии жизни, когнитивное снижение становится очевидным, что проявляется в более низкой школьной успеваемости по сравнению с сибсами и родителями, дублировании классов или даже в уходе из школы<sup>4,5</sup>. Наконец, после полового созревания, проявляются (или усиливаются) субклинические психотические симптомы, что указывает на период ультравысокого риска (UHR).

Конечно, есть много исключений, и у некоторых молодых людей первый психотический эпизод развивается на

фоне полного здоровья, полноценных социальных и когнитивных функций. Тем не менее, около половины психотических больных демонстрирует признаки, которые являются подсказками для ранней диагностики и вмешательств. Все более крупные когорты лиц с UHR показывают, что когнитивное снижение является наиболее показательным предиктором перехода в психоз<sup>5-7</sup>, вместе с тяжестью субклинических психотических жалоб.

Животные модели, данные генетики и визуализационные исследования в группах высокого риска, исследования детей с синдромом делеции хромосомы 22q11 и смертные исследования пролили свет на нейробиологические отклонения, происходящие на этих ранних стадиях, до так называемого первого психотического эпизода. Снижение функционирования ГАМК, особенно в клетках-канделябрах, снижение NMDA-рецепторной активности, усиление окислительных процессов и недостаточность утилизаторов активных форм кислорода (особенно глутатиона), повышенное провоспалительное состояние головного мозга и снижение функционирования митохондрий в различной степени повышает восприимчивость человека к развитию шизофрении. Некоторые из этих нейробиологических отклонений могут измеряться *in vivo* (например, концентрация глутатиона и ГАМК при магнитно-резонансной спектроскопии; воспаление – при позитронно-эмиссионной томографии), в то время как другие не доступны измерению (плотность клеток-канделябров). Эти знания обеспечивают основу для потенциального целенаправленного лечения конкретных восприимчивых подгрупп людей с подобным фенотипом, но они еще не готовы к клиническому применению.

Эпидемиологические, когортные исследования, и исследования «случай-контроль» свидетельствуют о нескольких факторах риска, наблюдающихся в подростковом периоде, которые могут еще больше увеличить риск возникновения психоза. Среди них наркомания, жестокое отношение, социальное отчуждение, депривация сна, стрессовые события, воспалительные заболевания и иммиграция.

В то же время, были проведены экспериментальные исследования по интервенциям в доклинический период, которые показали эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) (однако, без сравнения с группой активного контроля)<sup>8</sup> и нутритивной поддержки омега-3 жирными кислотами (но не воспроизведенной на большей выборке)<sup>9</sup>.

В настоящее время мы не знаем все, что хотели бы знать, чтобы как можно раньше предотвратить переход к психозу у предрасположенных подростков, но у нас есть некоторые основные мишени, на которые мы уже можем воздействовать. Каждый год мы ждем, чтобы наше знание стало полным, но у многих молодых людей, в конечном итоге, развиваются расстройства шизофренического спектра. Эта тема должна обладать высоким приоритетом в психиатрических исследованиях, так как даже у лиц с UHR, у которых не развивается психоз, как правило, имеется тенденция к проявлению (других) тяжелых психиатрических проблем. Психическое заболевание, затрагивающее подростков или молодых людей, оказывает большое влияние на самого человека, а также на его семью, окружение и общество в целом.

Есть несколько путей движения вперед, как для исследователей, так и для работников здравоохранения. Для последних, школы являются наиболее важными партнерами для сотрудничества, так как когнитивное функционирование является очень важным фактором риска. Когнитивное снижение впервые обнаруживается в школе, и снижение функционирования, по сравнению с предыдущими годами, с заметным отклонением от сверстников, должно являться причиной для контакта с медицинскими работниками, которые могут провести скрининг на (субклинические) психотические признаки. В случае их наличия, необходимо создать рабочий союз между сотрудниками психиатрической службы, семьей и школой, чтобы предотвратить возникновение других факторов риска, т.е. не допустить, чтобы подросток начал злоупотреблять наркотиками, активно предотвращать (или прекращать) факт жестокого отношения (издевательств) и социальной изоляции, регулировать воздействие стресса и продолжительность сна.

Для исследователей, индивидуальные нейробиологические отклонения на стадии UHR должны быть исследованы на предмет коррекции специфическими вмешательствами, такими как поддержка n-ацетилцистеином, для того чтобы восстановить функционирование глутаматергическими или ГАМК-ергическими препаратами для улучшения работы ингибиторных интернейронов, и омега-3 жирными кислотами или противовоспалительными средствами для восстановления оптимального состояния мозга. Кроме того, КПТ для UHR нуждается в сравнении с другими психосоциальными вмешательствами, и её эффективность должна быть протестирована на групповом уровне и на конкретных группах пациентов.

Подводя итоги, можно сказать что, для того, чтобы предотвратить переход к психозу у предрасположенных подростков, для всех нас существует большой объем работы, которую нужно сделать как можно быстрее.

### Iris E. Sommer<sup>1</sup>, Celso Arango<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands; <sup>2</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; IISGM, School of Medicine, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

Перевод: Шуненков Д. А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(3): 275-276)

### Библиография

1. Cannon M, Caspi A, Moffitt TE et al. Arch Gen Psychiatry 2002;59: 449-56.
2. Poulton R, Caspi A, Moffitt TE et al. Arch Gen Psychiatry 2000;57: 1053-8.
3. Fisher HL, Caspi A, Poulton R et al. Psychol Med 2013;43:2077-86.
4. Meier MH, Caspi A, Reichenberg A et al. Am J Psychiatry 2014;171: 91-101.
5. Kendler KS, Ohlsson H, Mezuk B et al. Schiz- ophr Bull 2016;42:77-86.
6. Niendam TA, Bearden CE, Johnson JK et al. Schizophr Res 2006;84: 100-11.
7. Velthorst E, Nieman DH, Becker HE et al. Schizophr Res 2009;109: 60-5.
8. Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J et al. Schizophr Bull 2016;42:1243-52.
9. McGorry PD, Nelson B, Markulev C et al. JAMA Psychiatry 2017;74: 19-27.

DOI:10.1002/wps.20454

## Раннее вмешательство в психоз: многое сделано, но предстоит сделать гораздо больше

Хотя термин «раннее слабоумие» (dementia praecox), приписывается Крепелину, впервые использовал его в 1852 г. Б.О. Морель для описания 14-летнего подростка: "его блестящие интеллектуальные способности со временем совершенно угасли. Некая бездеятельность, сродни эмоциональному и умственному оскудению, заменили предшествующую активность. В больнице подросток улучшил физические показатели, но психическое состояние ухудшилось, и он окончательно был признан безнадежным случаем"<sup>1</sup>.

Морель описывал случай больше в демонстрационном ключе, а не в качестве диагностической категории. «Безна-

дежность», хроническое и прогрессивно ухудшающееся течение стали для Крепелина объединяющей чертой некоторых психических расстройств, включенных в категорию раннего слабоумия. Блэйлер расширил сферу диагноза, выявив набор базисных симптомов (четыре "А", в настоящее время рассматриваемые как негативные симптомы). Теперь мы знаем, что ни хроническое течение, ни какой-либо набор базисных симптомов не являются патогномичными для шизофрении. Наше понимание многих аспектов этого состояния остается сомнительным; мы не можем претендовать ни на точность, ни на определенность в

нашем диагнозе. Шизофрения, кажется, вписывается в концепцию неопределенности Пирсона (Pearson's concept of uncertainty) не из-за существующих методических и измерительных ограничений, а благодаря самой природе изучаемого феномена<sup>2</sup>.

Fusar-Poli и др.<sup>3</sup> напоминают нам о многих областях неопределенности, которые все еще сохраняются в диагностике, ведении и прогнозировании исходов первого психотического эпизода, где развитие служб раннего вмешательства поставило несколько новых вопросов, частично ответив на некоторые старые. Эти службы улучшают краткосрочные и среднесрочные исходы первого психотического эпизода. Как представляется, некоторые формы целенаправленных вмешательств для "состояний психического риска" задерживают возникновение развернутого психоза. Стадийный подход к широкой категории психотических расстройств может предложить новые возможности и пути для исследований и клинической практики. Во всем этом мы можем быть уверены. Остальное находится в состоянии равновесия, а мы каким-то образом находимся за пределами понимания этого наиболее человеческого из всех состояний. Психоз (в том числе шизофрения), в основном, является расстройством "я" (disorder of the self). Субъективное "я" остается неуловимым для наблюдателя, так же, как и расстройства "я".

Несмотря на неопределенности и ожесточенные споры о границах и пределах диагностических категорий психоза, мы все еще можем гордиться некоторыми изменениями, которые были достигнуты благодаря движению раннего вмешательства. В Великобритании нам повезло получить новые значительные инвестиции для создания служб раннего вмешательства в 2004 году, и в последнее время была установлена весьма амбициозная цель сократить продолжительность нелеченного психоза. С 1 апреля 2016, более чем 50% людей, переносящих первый психотический эпизод, должны были получить определенный объем помощи, рекомендованный Национальным институтом здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании (NICE) в течение двух недель после обращения.

За прошедшее десятилетие мы получили интересные и неожиданные уроки благодаря развитию служб раннего вмешательства. Удивительным фактором, влияющим на продолжительность нелеченного психоза, являются задержки во вторичных психиатрических службах, особенно если больные впервые обратились за помощью в психиатрические службы для детей и подростков<sup>4</sup>. Длительность нелеченного психоза поддается влиянию; развитие прямого пути оказания помощи в сочетании с кампанией по информированию общественности может почти вдвое сократить его длину<sup>5</sup>. Просто развитие служб раннего вмешательства, даже если они не имеют конкретной функции раннего обнаружения, может уменьшить продолжительность нелеченного психоза и, следовательно, обеспечить быстрое и раннее лечение первого психотического эпизода<sup>6</sup>.

Мы не должны удивляться тому, как много остается не определено. Крепелин полагал, что шизофрения является одной нозологической формой, сродни третичному сифлису с его прогрессивно ухудшающимся течением. Блэйлер признал гетерогенность расстройства, считая его родом, нежели видом<sup>7</sup>. Службы раннего вмешательства имеют дело, скорее, с расширенной категорией психоза, а не только с шизофренией. Неудивительно, что это увеличило области неопределенности. Мы находимся на том же этапе понимания патофизиологии психоза, на котором находилось понимание водянки в древние времена, когда она на протяжении веков лечилась механическим удалением жидкостей из организма (кровопусканием, пиявками, проколами и т.д.)<sup>8</sup>. Медицина начала разработку специфич-

ческой этиологической терапии только тогда, когда были дифференцированы почечная и сердечная причины водянки. Психоз, скорее всего, является окончательным общим результатом ряда различных психопатологических процессов. Факт, что наши современные методы лечения являются скорее симптоматическими, чем этиологическими, просто отражает наше ограниченное понимание причин, лежащих в основе болезни. Дофаминовая дисфункция является механизмом возникновения симптома, а не причиной психоза, следовательно, антипсихотики только облегчают симптомы. Для того, чтобы коренным образом изменить течение расстройства или предотвратить его развитие, потребуется несколько новых достижений в нейронауке. Социальная эпидемиология подтвердила наличие нескольких факторов окружающей среды, которые увеличивают риск психоза. Биологические основы психоза, скорее всего, являются эпигенетическими, а не базируются на последовательности ДНК, и "призма эпигенетики" (prism of epigenetics) может дать подсказки там, где традиционные генетические или экологические парадигмы оказались неэффективны<sup>9</sup>.

Службы раннего вмешательства оказали глубокое влияние на клиническую практику и пользовательский опыт, который редко измеряется, часто является неосознаваемым, не учитывается в клинических исследованиях, и, следовательно, редко обсуждается, но является очевидным для тех, кто работал до и после того, как эти службы стали доступными. Мы больше не считаем 14-летнего с развивающимся психозом "безнадёжным случаем". В докладе Британской Комиссии по шизофрении<sup>10</sup> сказано: "мы видели, что может быть достигнуто с подходами к уходу и лечению в службах раннего вмешательства в психоз, которые сосредоточены на решении проблем. Сегодня, вместо пожизненного заключения, молодые люди в службах раннего вмешательства получают надежду. Им помогают восстановиться, многие возвращаются в колледж или на работу, чтобы жить обычной жизнью, как и все остальные".

Это фундаментальный клинический, концептуальный и философский сдвиг, и его эффект является эмпирическим, как и сам психоз.

## Swaran Singh

Division of Health Sciences, Warwick Medical School, University of Warwick, Warwick, UK

Перевод: Шуенков Д. А. (Иваново)

Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(3): 276-277)

## Библиография

1. Adityanjee A, Aderidigbe Y, Theodoridis D et al. Psychiatry Clin Neurosci 1999;53:437-48.
2. Laudanski LM. Between certainty and uncertainty. Heidelberg: Springer, 2013.
3. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. World Psychiatry 2017;16:251-65.
4. Birchwood M, Connor C, Lester H et al. Br J Psychiatry 2013;203:58-64.
5. Connor C, Birchwood M, Freemantle N et al. BMC Psychiatry 2016;16:127.
6. Marshall M, Hussain N, Bork N et al. Schizophr Res 2014;159:1-6.
7. Odegaard O. Br J Psychiatry 1967;113:813-22.
8. Eknoyan G. Kidney Int Suppl 1997;59:S118-26.
9. Oh G, Petronis A. Schizophr Bull 2008;34:1122-9.
10. Schizophrenia Commission. The abandoned illness. London: Rethink Mental Illness, 2012.

DOI:10.1002/wps.20455