

# Люди, удовлетворяющие критериям сверхвысокого риска развития психоза, в обществе

В последние два десятилетия отмечается быстрый рост количества исследований людей со сверхвысоким риском развития психоза. Эти исследования дают новую значимую информацию о факторах, влияющих на манифестацию этого расстройства<sup>1</sup>. Однако большинство этих результатов были получены на людях, получавших помощь в психиатрических клиниках, специализирующихся на группах сверхвысокого риска. Так как они были выбраны посредством клинических рекомендаций после консультаций со специалистами, такие пациенты могут отличаться от людей, которые так же удовлетворяют критериям сверхвысокого риска, но не контактируют с такими службами<sup>2</sup>. На сегодняшний день, исследования в этой области не включали в себя последнюю группу, остающуюся в значительной степени неопределенной.

Мы стремимся устранить эту проблему путем определения молодых людей из общей популяции (18-35 лет), которые удовлетворяют критериям сверхвысокого риска развития психоза. Мы оценили их потребность в лечении и искали ли они помощь, затем сравнили их демографические и психопатологические особенности с наблюдавшимися в специализированных клиниках лицами теми со сверхвысоким риском развития психоза.

Данные кросс-секционного исследования общей популяции (N=208) были получены на очных интервью с участниками в период с 2011 по 2013 года. Участники были набраны в лондонских районах Саутварк и Ламбет, используя два метода выборки, предоставившие 100 и 108 пациентов, соответственно. Одна часть участников была включена в исследование из случайной выборки местных домовладельцев, определенных по почтовому адресу<sup>3</sup>. Контакт с другой частью участников был осуществлен через местных врачей общей практики, которые отправили приглашение на участие в исследовании. Критериями включения были условия, что испытуемому никогда не ставился диагноз психического расстройства или не назначались антипсихотики. Лица из общей выборки, удовлетворяющие критериям состояния сверхвысокого риска были сравнены с лицами со сверхвысоким риском, которые наблюдались в специализированной клинике<sup>4</sup> в тот же период времени.

Психопатологические черты были оценены специально обученными исследователями с помощью шкал Комплексной оценки психических состояний с повышенным риском (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS))<sup>5</sup> и Опросник предрасположенности к шизофрении для взрослых (the Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version (SPI-A))<sup>6</sup>. Участники были классифицированы как имеющие сверхвысокий риск, если они удовлетворяли критериям опросника Оценки личности и кризисной ситуации (Personal Assessment and Crisis Evaluation (PACE))<sup>5</sup>, либо опросника по оценке Когнитивных рас-

стройств (Cognitive Disturbances(COGDIS))<sup>7</sup>. Уровень функционирования был оценен посредством Шкалы оценки социального и профессионального функционирования (the Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)), а потребность в уходе была оценена Короткой оценочной шкалой потребности в уходе Камбервелла (Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Scale)<sup>8</sup>. Данные по обращению за помощью были собраны, используя вопросы из Национального исследования коморбидной патологии США (the US National Comorbidity Survey).

Вес вероятности обратной выборки был посчитан, сравнивая возраст, пол и национальность исследуемой выборки с данными переписи населения Саутварка и Ламбета от 2011 года. Соответственно, все полученные процентные доли были взвешены. Для измерения корреляций между возрастом, полом, национальностью, миграционным статусом, наличием детской травмы, регулярным использованием каннабиса и состоянием сверхвысокого риска была использована бинарная логистическая регрессия. Мультиномиальная логистическая регрессия использовалась для оценки отношений между потребностью в уходе и закономерностями обращения за помощью. Сравнения между клинической и внеклинической группами были проведены с использованием  $\chi^2$  и t-тестов. Анализы корректировались поправкой на возраст, пол и национальность, где было необходимо. Наконец, величина p была скорректирована с поправкой на множественное тестирование с применением повышающей процедуры Хохберга.

Из 208 испытуемых 100 были мужчинами. Средний возраст был 27,0±4,9 лет. 18 участников (8,7%) соответствовали критериям сверхвысокого риска по PACE5, 16 (7,7%) соответствовали критериям основных симптомов<sup>7</sup>, а 4 удовлетворяли обеим группам критериев, производя в совокупности 30 человек (14,4%; расчетная взвешенная распространенность: 12,6% 95% CI: 8,8-17,7), соответствующие критериям сверхвысокого риска. Те, кто соответствовали критериям сверхвысокого риска, с большей вероятностью указывали неудовлетворенную потребность в уходе, чем те, кто не соответствовал сверхвысокому риску (OR=12,85, 95% CI: 3,94-41,96). Они так же с большей вероятностью обращались за помощью как к профессионалам, так и к непрофессионалам (OR=5,28, 95% CI: 1,71-16,33) и к профессиональным организациям в особенности (OR=4,99, 95% CI: 1,39-17,87). Примерно половина тех, кто соответствовал критериям сверхвысокого риска обращались за помощью по поводу психологических или эмоциональных проблем за последние 12 месяцев, чаще всего к медицинским работникам (врачам общей практики, консультантам или психологам). Лишь 35% лиц из группы со сверхвысоким риском считали, что не нуждаются в профессиональной помощи.

Обследованные со сверхвысоким риском, набранные в лондонских районах, были схожи с наблюдавшимися в специализированных учреждениях по возрасту, полу, национальности, трудовому статусу, длительности обучения, случаям детской травмы и текущему использованию каннабиса, но с большей вероятностью являлись мигрантами первого поколения (40% и 11%, соответственно,  $\chi_2=7,44$ ,  $p=0,036$ ). У них были менее тяжелые положительные симптомы ( $z=-4,21$ ,  $p<0,001$ ,  $r=0,515$ ), негативные симптомы ( $z=-2,63$ ,  $p=0,017$ ,  $r=0,321$ ) и общие психопатологические (индекс депрессии/тревожности) ( $z=-2,74$ ,  $p=0,019$ ,  $r=0,334$ ), а также более высокий уровень социального и профессионального функционирования (средние значения по SOFAS:  $70,47\pm 12,39$  и  $60,9\pm 11,11$ , соответственно;  $t=-3,34$ ,  $p=0,001$ ,  $r=0,212$ ). Однако уровень функционирования у них был ниже, чем у лиц, не относящихся к группе сверхвысокого риска (среднее значение по SOFAS:  $80,79\pm 9,71$ ;  $t=4,45$ ,  $p<0,001$ ,  $r=0,277$ ).

Эти данные говорят о том, что может быть существенное число молодых людей в общей популяции, соответствующих критериям сверхвысокого риска развития психоза, которые ещё не осматривались в специализированных учреждениях ранней диагностики, даже когда они сравнительно хорошо развиты<sup>4</sup>. Оказалось, что у данных лиц в меньшей степени проявляются тяжелые симптомы и нарушения функционирования, чем у лиц, наблюдающихся в специализированных учреждениях, в соответствии с точкой зрения, что риск развития психоза у лиц со сверхвысоким риском зависит от того, как они были отобраны<sup>9</sup>. Тем не менее, обследованные из общества со сверхвысоким риском не были такими уж «необращающимися за помощью», как иногда предполагалось; половина из них на момент исследования уже обращалась за помощью, пусть даже и не в специализированные учреждения.

Группы ранней клинической диагностики, возможно, нуждаются в дальнейшем расширении их работы в обществе, чтобы лица со сверхвысоким риском развития психоза имели лучший доступ к специализированным психиатрическим услугам. Это может так же увеличить представленность этой группы пациентов в исследованиях состояний сверхвысокого риска.

**John G. Mills, Paolo Fusar-Poli, Craig Morgan, Matilda Azis, Philip McGuire**

Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK

Перевод: Шишорин Родион (Москва)

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

(World Psychiatry 2017;16(3):322-323)

#### Библиография

1. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A et al. JAMA Psychiatry 2013;70:107-20.
2. Fusar-Poli P, Schultze-Lutter F, Cappucciati M et al. Schizophr Bull 2016;42:732-43.
3. Hatch SL, Frissa S, Verdecchia Met al. BMC Publ Health 2011;11:861.
4. Fusar-Poli P, Byrne M, Badger S et al. Eur Psychiatry 2013;28:315-26.
5. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.
6. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S et al. Schizophrenia Prone-ness Instrument, Adult Version (SPI-A). Rome: Fioriti, 2007.
7. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Pickett H et al. Clin Neuropsychiatry 2007;4:11-22.
8. Slade M, Thornicroft G, Loftus L et al. CAN: Camberwell Assessment of Need. London: Gaskell, 1999.
9. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G et al. World Psychiatry 2015;14:322-32.

DOI:10.1002/wps.20463