

Психотический опыт как независимый фактор риска стенокардии в 48 странах с низким и средним уровнем дохода

Известно, что продолжительность жизни людей, страдающих шизофренией, на 10–20 лет меньше, чем в общей популяции¹, что в значительной степени объясняется более высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)².

Существуют некоторые данные, свидетельствующие о том, что люди, которые перенесли психотический опыт (ПО), не удовлетворяющий полностью клиническим критериям диагностики психоза, также подвержены более высокому риску преждевременной смерти (разница с общей популяцией – 5 лет)³, что тоже можно объяснить более высокой вероятностью развития ССЗ^{4,5}. Помимо этого, появляется все больше доказательств того, что ПО, как и шизофрения, связан с саморазрушительным поведением и безответственным отношением к своему здоровью, диабетом и проблемами с психическим здоровьем, причем каждый из этих факторов может увеличивать риск ССЗ⁵.

ПО – распространенное явление среди населения в целом (распространенность на протяжении жизни оценивается в 7,2%⁶), которое характеризуется более ранним началом в сравнении с другими известными факторами риска ССЗ. Таким образом, если эпидемиологические данные показывают, что ПО коррелирует с клинически значимым повышением коэффициента риска развития ССЗ и эта корреляция есть у молодых людей, не подверженных другим вредным факторам, то ПО может представлять собой важный фактор риска развития ССЗ – ведущей причины смерти во всем мире. Целью настоящего исследования было изучение связи между ПО и стенокардией и факторов, влияющих на нее.

Мы проанализировали перекрестные данные из 48 стран с низким и средним уровнем дохода, которые участвовали во Всемирных исследованиях в области здравоохранения⁷. Для отбора лиц, достигших 18 лет, использовалась многоступенчатая кластерная выборка. Наличие стенокардии считалось достоверным в случае наличия ранее поставленного диагноза и/или положительного результата в опроснике Роуза (Rose) для выявления больных стенокардией (Rose Angina Questionnaire) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Участникам задавались вопросы, касающиеся психотических симптомов (бредовое настроение, бред отношения и persecutory бред, бред воздействия, галлюцинации), взятые из комплексного международного диагностического интервью ВОЗ (CIDI) 3.0. Наличие ПО считалось достоверным при выявлении хотя бы одного психотического симптома.

Потенциальные опосредованные факторы в нашем исследовании: предшествующий недельный запой, курение на момент исследования, низкая физическая активность (<150 минут средней/сильной физической активности в неделю), недостаточное потребление фруктов и овощей (менее двух порций фруктов или менее трех порций овощей в день), диабет (со слов пациента), ожирение (определяемое по индексу массы тела 30 кг/м², рассчитанному на основе данных о массе тела и росте со слов пациента), депрессия (диагностированная в рамках DSM-IV в течение жизни или в течение последних 12 месяцев на основе CIDI), употребление антипсихотиков (последние 2 недели) и наличие сильного стресса, проблем со сном, тревогой в последний месяц (30 дней). Социально-демографические переменные включали пол, возраст, образование, уровень благосостояния и условия проживания (городские/сельские).

Для статистического анализа использовалась Stata 14.1. Для оценки взаимосвязи ПО (причины) и стенокардии (следствия) был проведен многовариантный логистический регрессионный анализ. Проводился анализ с использованием общих и стратифицированных по странам, возрасту и полу данных. Мы применяли метод анализа опосредованного фактора (mediation analysis) со сравнением knb (Karlson Holm Breen) в Stata. Данный метод разделяет суммарное влияние переменных на прямые и косвенные факторы влияния и позволяет вычислять долю опосредованного фактора.

Каждый потенциальный опосредованный фактор включался в модель отдельно. Все регрессионные модели применялись с поправкой на возраст, пол, образование, материальную обеспеченность, условия жизни и страну. Следует учитывать удельный вес каждого опосредованного фактора в этом комплексном итоговом плане исследования. Уровень статистической значимости был установлен при $p < 0,05$.

Средний возраст в конечной выборке ($n=224\ 842$) составил $38,36 \pm 16,0$ года, причем 49,3% – это мужчины. В целом, ПО был связан с в 2,29 раза большим [95% доверительный интервал (ДИ) 2,13–2,47] риском стенокардии после поправки на возраст, пол, образование, материальную обеспеченность, условия жизни и страну, наличие. Аналогичные корреляции наблюдались среди мужчин [отношение шансов (ОШ) 52,45; 95% ДИ 2,16–2,88] и женщин (ОШ 52,20; 95% ДИ 2,00–2,42). Корреляция была наибольшей в младшей возрастной группе: ОШ 52,59 (95% ДИ 2,36–2,85) для 18–44 лет; ОШ 52,06 (95% ДИ 1,80–2,37) для 45–64 лет; ОШ 51,62 (95% ДИ 1,31–2,01) для 65 лет и старше. ОШ составляло >1 во всех странах, причем существенная связь наблюдалась во всех странах, кроме пяти (диапазон отношения шансов: от 1,24 для Украины до 10,85 для Мьянмы).

Метод анализа опосредованного фактора (mediation analysis) показал, что депрессия, тревога, сильный стресс и проблемы со сном объясняют соответственно 20,6; 11,4; 10,1 и 9,5% связи ПО со стенокардией (суммарно 33,0%). Диабет (1,7%) и потребление алкоголя (0,8%) объясняют небольшую долю такой связи. Курение, физическая активность, потребление фруктов/овощей, ожирение и использование антипсихотиков не были значимыми опосредованными факторами. Связь между ПО и стенокардией продолжала оставаться значительной даже после учета всех одиннадцати потенциальных факторов (ОШ 51,72; 95% ДИ 1,52–1,93).

Значение ПО в качестве клинически эффективного предиктора зависит от его непосредственной связи с ССЗ после учета всех уже известных факторов риска ССЗ. Было обнаружено, что ПО действительно связан с большим риском стенокардии, даже при учете широкого спектра психических, демографических, поведенческих и факторов риска.

Интересным является и то, что наибольший эффект выявлен среди молодых людей и людей среднего возраста, т. е. в период, когда влияние факторов риска ССЗ меньше из-за небольшого срока прожитой жизни. Таким образом, есть убедительные эпидемиологические доказательства того, что скрининг ПО в молодом возрасте может обеспечить нас независимой прогностической информацией о

риске ССЗ в течение жизни, и это может потенциально способствовать профилактике ССЗ, которые будут являться предметом дальнейших междисциплинарных научных исследований.

В частности, проспективные исследования на взрослых людях, подверженных риску сердечно-сосудистых заболеваний, могут быть использованы для определения того, добавляет ли скрининг ПО уникальное прогностическое значение уже существующим рискам. Если это так, то скрининг ПО может стать ценным вкладом в обнаружение риска ССЗ, особенно с учетом раннего появления ПО относительно ССЗ.

Ai Koyanagi^{1,2}, Hans Oh³, Brendon Stubbs⁴⁻⁶, Nicola Veronese^{7,8}, Davy Vancampfort^{9,10}, Josep Maria Haro^{1,2}, Jordan E. DeVylder¹¹

¹Research and Development Unit, Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain; ²Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigacion Biomedica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid, Spain; ³School of Social Work, University of Southern California, Los Angeles, CA, USA; ⁴Physiotherapy Department, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ⁵Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology and

Neuroscience, King's College London, London, UK; ⁶Faculty of Health, Social Care and Education, Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK; ⁷Neuroscience Institute, National Research Council, Padua, Italy; ⁸Department of Geriatric Care, OrthoGeriatrics and Rehabilitation, E.O. Galliera Hospital, Genoa, Italy; ⁹KU Leuven Department of Rehabilitation Sciences, Leuven, Belgium; ¹⁰University Psychiatric Center KU Leuven, Leuven-Kortenberg, Belgium; ¹¹School of Social Service, Fordham University, New York, NY, USA

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

(World Psychiatry 2018;17(2):232-234)

Библиография

1. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. World Psychiatry 2017;16:30-40.
2. Correll CU, Solmi M, Veronese N et al. World Psychiatry 2017;16:163-80.
3. Sharifi V, Eaton WW, Wu LT et al. Br J Psychiatry 2015;207:30-6.
4. Oh H, DeVylder J. World Psychiatry 2015;14:101-2.
5. Moreno C, Nuevo R, Chatterji S et al. World Psychiatry 2013;12:251-7.
6. Linscott RJ, van Os J. Psychol Med 2013;43:1133-49.
7. Ustun TB, Chatterji S, Mechbal A et al. In: Murray CJL, Evans DB (eds). Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization, 2003:797-808.

DOI:10.1002/wps.20536

Возможности применения методического руководства по самопомощи для снижения психологического дистресса у женщин – эмигранток из Южного Судана в Уганде

Фактические данные подтверждают, что психологические вмешательства, осуществляемые в условиях нехватки ресурсов, для эмигрантов труднодоступны, потому что требуют наличия значительных трудовых ресурсов инструкторов, супервизоров и координаторов^{1,2}. Программа Self-Help Plus (SH+) была разработана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как инструмент, потенциально применимый в данных условиях³.

SH+ – это направленное вмешательство по самопомощи, состоящее из пяти аудиосессий и иллюстрированного руководства по самопомощи³. Оно может быть предоставлено большим группам (от 20 до 30 участников) и облегчено для понимания посредником, прошедшим минимальный тренинг. Его целью является уменьшение психологического дистресса у людей с рядом типичных психических расстройств и подпороговой симптоматикой. Вмешательство основано на подтвержденной и направленной терапии, такой как третья волна когнитивно-поведенческой терапии, и сконцентрирована на увеличении психологической гибкости⁴.

Мы адаптировали SH+ для эмигрантов из Южного Судана и провели рандомизированное контролируемое исследование вмешательства в Северной Уганде в районе проживания беженцев Rhino Camp⁵. Наше внимание в исследовании было сконцентрировано на женщинах, поскольку предыдущие пилотные проекты и адаптация показали необходимость в раздельном оценивании мероприятий у мужчин и женщин. Мы случайным образом распределили одну деревню в SH+ и одну – в усиленный стандартный уход. В каждой деревне мы произвольно выбрали семьи и обследовали говорящих на арабском языке согласившихся женщин (возраст ≥18 лет), до тех пор пока не были идентифицированы 25 отвечающих условиям исследования женщин в каждой деревне.

Мы проводили скрининг на наличие умеренного психологического дистресса, используя методику Kessler 6 (K6; первичный результат, отсечка ≥ 5)⁶. Мы оценивали критерии исключения (высокий риск суицида; наблюдаемые признаки тяжелых психических расстройств; тяжелые когнитивные нарушения), используя структурированные опросники. С подходящими и согласившимися женщинами мы оценили вторичные результаты: инвалидность (WHO Disability Assessment Schedule 2.0 – WHODAS 2.0); самоопределение психосоциальных проблем (Psychological Outcome Profiles instrument – PSYCHLOPS); депрессивные симптомы (Patient Health Questionnaire – PHQ-9); симптомы посттравматического расстройства (PTSD) (PTSD Checklist Civilian – PCL-6); опасное употребление алкоголя (два обзорных вопроса); чувство гнева (shortened explosive anger index); межэтнические отношения (три обзорных вопроса); субъективное благополучие (WHO Wellbeing Index – WHO-5); психологическая гибкость (Acceptance and Action Questionnaire – AAQII). Мы также оценили частоту посещений и использования медицинских услуг, показатель затрат и выявили потенциальные травматические события.

На мастер-классах SH+ помогли четыре женщины, говорящие на арабском диалекте Juba, выходцы из местных селений, не имевшие предварительной подготовки по вопросам психического здоровья. Посредники прошли тренировки с международными экспертами (К.С., Ф.В.) в течение четырех дней, еженедельно проходили супервизию с социальными работниками из Уганды. Расширенная стандартная помощь состояла из одной сессии психообразования, концентрирующей внимание на психологическом дистрессе, проведенной обученным медицинским работником. Сессия включала информацию о том, где получить доступ к службам психического здоровья, предоставляемой организацией-исполнителем, фондом Peter C. Alderman.