Библиография
1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. World Psychiatry 2022; 21:220–36.
2. Richter D., Bonsack C., Burr Furrer C.M. et al. Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother 2021; 172: w03158.
3. Thome J., Deloyer J., Coogan A.N. et al. World J Biol Psychiatry 2021; 22:516–25.
4. Bolsinger J., Jaeger M., Hoff P. et al. Front Psychiatry 2020; 10:965.
5. Schneeberger A.R., Kowalinski E., Fröhlich D. et al. J Psychiatr Res 2017; 95:189–95.
6. Fasshauer J.M., Bollmann A., Hohenstein S. et al. J Psychiatr Res 2021; 142:140–3.
7. Molewijk B., Kok A., Husum T et al. BMC Medical Ethics 2017; 18:1–14.
8. Huber C., Sowislo J., Schneeberger A. et al. Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother 2015; 166:22432.
9. Pinals D.A., Fuller D.A. Psychiatr Serv 2020; 71:713–21.

DOI:10.1002/wps.20969

Последствия острого кризиса – вовлечение людей с психозом в реабилитационно ориентированную помощь

Siskind D, Yung A. After the acute crisis – engaging people with psychosis in rehabilitation-oriented care. *World Psychiatry.* 2022;21(2):246-247. doi:10.1002/wps.20970

Johnson и соавт.[1] приводят веские доводы в пользу необходимости улучшения качества и доступности неотложной психиатрической помощи. Однако после угасания клиники острого состояния обычно сохраняются стойкие симптомы и функциональные нарушения, связанные с психическим заболеванием, особенно у людей, живущих с психотическими расстройствами, такими как шизофрения. Эти люди нуждаются в доступе к услугам, ориентированным на реабилитацию, чтобы предотвратить рецидивы и последующее возвращение в кризисные службы, а также помочь достичь индивидуальных целей в выздоровлении.

Как отмечают *Johnson* и соавт.[1], существуют доказательства того, что раннее вмешательство в связи с психозом (*EIPS*) связано с меньшим риском рецидива и повторной госпитализации в сравнении с обычным лечением[2]. Обоснование *EIPS* заключается в том, что большая часть инвалидности, связанной с психотическими расстройствами, возникает в течение первых нескольких лет после начального психотического эпизода и что значимый процент потери трудоспособности можно предотвратить или уменьшить с помощью всестороннего ухода, сфокусированного на факторах риска функциональных нарушений. К ним относятся разрыв связей со сверстниками и семьей, безработица, стигматизация, дискриминация, деморализация и травма[2].

Целью *EIPS* является обеспечение интегрированной помощи, с тем чтобы за острым приступом первого эпизода психоза последовало восстановление с учетом индивидуальных потребностей пациента[2]. Ряд психологических, психосоциальных и фармакологических вмешательств доступен лицам в рамках *EIPS*, хотя данные услуги и различаются в разных службах. Часто используемые вмешательства включают строго контролируемое медикаментозное лечение, семейное психообразование, индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), обучение социальным навыкам и профессиональное образование[2].

EIPS демонстрирует улучшенные показатели ремиссии и выздоровления по оценкам врачей или исследователей, в сравнении с обычным лечением. Однако в настоящее время наблюдается уход от клинической классификации «выздоровления» как отсутствия или уменьшения симптомов, улучшения функционирования и/или сокращения использования услуг в области психического здоровья, с упором вместо этого на персонифицированное восстановление, определяемое самим человеком на основании его жизненного опыта[3].

В то время как *EIPS* может улучшить результаты людей на ранних стадиях психотических заболеваний, есть пациенты, которые демонстрируют субоптимальную ответную реакцию или вовсе не приходят к выздоровлению. Наибольшему риску неблагоприятного исхода подвержены лица с длительной нелеченой психотической симптоматикой до первого эпизода психоза, плохой преморбидной адаптацией, высокими показателями негативной симптоматики на начальных стадиях болезни и нарушенным когнитивным функционированием[4]. Кроме того, если нейролептики улучшают психотические симптомы у большинства людей, у каждого третьего человека с шизофренией развивается резистентность по отношению к лечению заболевания[5]. Это определяется сохраняющимися психотическими симптомами и функциональными дефицитами, возникающими после как минимум двух адекватных испытаний антипсихотических препаратов первого ряда.

Многие факторы риска неблагоприятного исхода могут быть идентифицированы на ранних этапах первого эпизода психоза. Таким образом, существует возможность разработать стратифицированные пути помощи, при которых лица с самым высоким риском неблагоприятного исхода будут находиться под тщательным наблюдением и на раннем этапе обеспечиваться специализированным лечением. Например, лицам с высоким риском стойкой положительной симптоматики и функционального ухудшения может быть предложено раннее назначение клозапина.

Клозапин считается наиболее эффективным препаратом для уменьшения как положительных симптомов шизофрении[6], так и количества госпитализаций в психиатрические службы[7]. Несмотря на его общепризнанное преимущество при резистентности к лечению шизофрении, между первым появлением резистентных к терапии симптомов и началом приема этого препарата зачастую проходит много лет. Улучшение раннего доступа к клозапину как в странах с высоким уровнем дохода, так и в странах с низким и средним уровнем дохода является необходимым условием для сокращения потребности в неотложной психиатрической помощи людей с резистентной к лечению шизофренией. Это также увеличило бы шансы гораздо большего количества людей с шизофренией наслаждаться хорошим качеством жизни.

Ранние и стойкие негативные симптомы служат еще одним фактором риска неблагоприятного прогноза при раннем психозе. Лежащий в основе данных симптомов этиопатогенез неизвестен, и для них не существует доказательных методов лечения. Антипсихотики, антидепрессанты, стимуляторы, включая метилфенидат, *d*-амфетамин и модафинил, и противосу-

дорожные препараты были испытаны, но метаанализ показывает, что их эффективность невысока. Для устранения приводящих к нетрудоспособности симптомов необходима организация дальнейших испытаний.

Помимо фармакологических вмешательств, людям с устойчивым психозом необходим комплексный подход, включающий психосоциальные вмешательства, ориентированные на реабилитацию, для уменьшения потребности в неотложной психиатрической помощи. Реабилитационные мероприятия с доказательной базой включают КПТ при психозах (КПТп) и социально-когнитивное обучение, чтобы помочь справиться с дистрессом, связанным с психотическими симптомами, и улучшить психосоциальное функционирование.

Часть людей с ранним психозом будет иметь высокий уровень когнитивных нарушений при начальном проявлении расстройства. Регулярный скрининг и всесторонняя оценка когнитивных способностей на ранних стадиях заболевания могут способствовать выявлению подобных пациентов. Раннее проведение таких вмешательств, как когнитивная реабилитация, может улучшить когнитивное функционирование и, как было показано, улучшает психосоциальное функционирование у пациентов с ранним психозом[9].

Отмечено, что семейные вмешательства, в частности психообразование, снижают частоту острых проявлений и необходимость повторных госпитализаций. Мероприятия, ориентированные на трудоустройство, такие как индивидуальное обеспечение работой и поддержка, могут помочь вернуть людей, живущих с психозом, к значимым социальным ролям посредством трудоустройства и образования. Необходимы дальнейшие исследования для определения предикторов чувствительности к лечению, чтобы данные вмешательства применялись именно по отношению к тем лицам, которые с наибольшей вероятностью дадут хороший ответ на терапию.

Сопутствующее злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами может негативно сказаться на психическом здоровье людей, живущих с хроническим психозом, что приведет к увеличению потребности в неотложной психиатрической помощи. Мероприятия с доказательной базой, в том числе повышение мотивации и профилактика рецидивов, должны проводиться как часть комплексного пакета психиатрических услуг для снижения количества острых рецидивов[8].

Люди, живущие с психозом, имеют гораздо более высокие показатели предотвратимой сопутствующей соматической патологии, что приводит к сокращению продолжительности жизни на 20 лет. Это обусловлено более высокими показателями кардиометаболических заболеваний, отчасти из-за более высокого наследственного риска, неправильного питания, сидячего образа жизни, более высокой частоты курения и побочных реакций антипсихотиков второго поколения, нарушающих регуляцию уровня глюкозы в крови. Ранний доступ к научно обоснованным мероприятиям по охране физического здоровья для предотвращения ожирения имеет решающее значение для снижения бремени кардиометаболических заболеваний и потребностей в неотложной медицинской помощи. Неоднократно доказано, что мультидисциплинарные вмешательства, затрагивающие образ жизни, в том числе диета и физические упражнения, эффективны в снижении сопутствующей кардиометаболической патологии. Фармакологические вмешательства, в частности метформин, также могут модифицировать увеличение массы тела как в качестве первичной профилактики, так и в качестве вторичного лечения. Данные вмешательства должны начинаться одновременно с ранним лечением психоза.

Существует острая необходимость в улучшении качества и доступности неотложных психиатрических услуг. Однако эти услуги – как в странах с высоким уровнем дохода, так и в странах с низким и средним уровнем дохода – должны подкрепляться помощью, ориентированной на реабилитацию людей с психозом. Услуги по лечению раннего и хронического психоза имеют решающее значение для того, чтобы разорвать порочный круг зависимости людей, живущих с психозом, от неотложной помощи в острых ситуациях и улучшить качество их жизни.

Dan Siskind[1-3], Alison Yung[4,5]

[1]Metro South Addiction and Mental Health Service, Brisbane, QLD, Australia;

[2]University of Queensland, School of Clinical Medicine, Brisbane, QLD, Australia;

[3]Physical and Mental Health Stream, Queensland Centre for Mental Health Research, Brisbane, QLD, Australia;

[4]Institute for Mental and Physical Health and Clinical Translation, Deakin University, Geelong, VIC, Australia;

[5]School of Health Sciences, University of Manchester, Manchester, UK

Перевод: Каспартов М.В. (Минск)

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

Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. *World Psychiatry* 2022; 21:220–36.
2. Correll C.U., Galling B., Pawar A. et al. *JAMA Psychiatry* 2018; 75:555–65.
3. Law H., Gee B., Dehmahdi N. et al. *J Ment Health* 2020;2 9:464–72.
4. Santesteban-Echarri O., Paino M., Rice S. et al. *Clin Psychol Rev* 2017; 58:59–75.
5. Siskind D., Orr S., Sinha S., Yu O. et al. *Br J Psychiatry* 2021:1–6.
6. Siskind D., McCartney L., Goldschlager R. et al. *Br J Psychiatry* 2016; 209:385–92.
7. Land R., Siskind D., Mcardle P. et al. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 135:296–309.
8. Dixon L.B., Dickerson F, Bellack A.S. et al. *Schizophr Bull* 2010; 36:48–70.
9. Lee R., Redoblado-Hodge M., Naismith S. et al. *Psychol Med* 2013; 43:1161–73.

DOI:10.1002/wps.20970