Паттерны и корреляты эффективности лечения часто встречающихся психических расстройств и психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, по оценке пациентов (на основании данных всемирных исследований психического здоровья ВОЗ)

Ronald C. Kessler[1], Alan E. Kazdin[2], Sergio Aguilar–Gaxiola[3], Ali Al–Hamzawi[4], Jordi Alonso[5], Yasmin A. Altwaijri[6], Laura H. Andrade[7], Corina Benjet[8], Chrianna Bharat[9], Guilherme Borges[8], Ronny Bruffaerts[10], Brendan Bunting[11], José Miguel Caldas de Almeida[12], Graça Cardoso[12], Wai Tat Chiu[1], Alfredo Cía[13], Marius Ciutan[14], Louisa Degenhardt[9], Giovanni de Girolamo[15], Peter de Jonge[16], Ymkje Anna de Vries[16], Silvia Florescu[14], Oye Gureje[17], Josep Maria Haro[18], Meredith G. Harris[19], Chiyi Hu[20], Aimee N. Karam[21], Elie G. Karam[21,22], Georges Karam[21,22], Norito Kawakami[23], Andrzej Kiejna[24], Viviane Kovess-Masfety[25], Sing Lee[26], Victor Makanjuola[17], John J. McGrath[19,27], Maria Elena Medina-Mora[8], Jacek Moskalewicz[28], Fernando Navarro-Mateu[29], Andrew A. Nierenberg[30], Daisuke Nishi[23], Akin Ojagbemi[17], Bibilola D. Oladeji[17], Siobhan O'Neill[11], José Posada-Villa[31], Victor Puac–Polanco[1], Charlene Rapsey[32], Ayelet Meron Ruscio[33], Nancy A. Sampson[1], Kate M. Scott[32], Tim Slade[34], Juan Carlos Stagnaro[35], Dan J. Stein[36], Hisateru Tachimori[37], Margreet ten Have[38], Yolanda Torres[39], Maria Carmen Viana[40], Daniel V. Vigo[41,42], David R. Williams[43], Bogdan Wojtyniak[44], Miguel Xavier[12], Zahari Zarkov[45], Hannah N. Ziobrowski[1], от имени сотрудников WHO World Mental Health Survey

[1]Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; [2]Department of Psychology, Yale University, New Haven, CT, USA; [3]Center for Reducing Health Disparities, UC Davis Health System, Sacramento, CA, USA; [4]College of Medicine, Al-Qadisiya University, Diwaniya Governorate, Iraq; [5]Health Services Research Unit, IMIM–Hospital del Mar Medical Research Institute, Barcelona, Spain; [6]Epidemiology Section, King Faisal Specialist Hospital and Research Center, Riyadh, Saudi Arabia; [7]Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica – LIM 23, Instituto de Psiquiatria Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil; [8]Department of Epidemiologic and Psychosocial Research, National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico City, Mexico; [9]National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; [10]Universitair Psychiatrisch Centrum – Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium; [11]School of Psychology, Ulster University, Londonderry, UK; [12]Lisbon Institute of Global Mental Health and Chronic Diseases Research Center, NOVA University of Lisbon, Lisbon, Portugal; [13]Anxiety Disorders Research Center, Buenos Aires, Argentina; [14]National School of Public Health, Management and Professional Development, Bucharest, Romania; [15]IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia, Italy; [16]Department of Developmental Psychology, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; [17]Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; [18]Parc Sanitari Sant Joan de Déu, CIBERSAM, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain; [19]School of Public Health, University of Queensland, Herston, and Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, QLD, Australia; [20]Shenzhen Institute of Mental Health and Shenzhen Kangning Hospital, Shenzhen, China; [21]Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care, Beirut, Lebanon; [22]Department of Psychiatry and Clinical Psychology, St. George Hospital University Medical Center, Beirut, Lebanon; [23]Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, Tokyo, Japan; [24]Psychology Research Unit for Public Health, WSB University, Torun, Poland; [25]Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé EA 4057, Université de Paris, Paris, France; [26]Department of Psychiatry, Chinese University of Hong Kong, Tai Po, Hong Kong; [27]National Centre for Register–based Research, Aarhus University, Aarhus, Denmark; [28]Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland; [29]Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental, Universidad de Murcia, Murcia, Spain; [30]Dauten Family Center for Bipolar Treatment Innovation, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; [31]Colegio Mayor de Cundinamarca University, Faculty of Social Sciences, Bogota, Colombia; [32]Department of Psychological Medicine, University of Otago, Dunedin, New Zealand; [33]Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA; [34]Matilda Centre for Research in Mental Health and Substance Use, University of Sydney, Sydney, Australia; [35]Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; [36]Department of Psychiatry & Mental Health and South African Medical Council Research Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, University of Cape Town and Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa; [37]National Institute of Mental Health, National Center for Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan; [38]TrimbosInstituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, The Netherlands; [39]Center for Excellence on Research in Mental Health, CES University, Medellin, Colombia; [40]Department of Social Medicine, Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitoria, Brazil; [41]Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; [42]Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; [43]Department of Social and Behavioral Sciences, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA; [44]Centre of Monitoring and Analyses of Population Health, National Institute of Public Health – National Research Institute, Warsaw, Poland; [45]Department of Mental Health, National Center of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria

Перевод: к. м. н. Павлова–Воинкова (Санкт-Петербург)
Редактура: к. м. н. Потанин С.С. (Москва)

Kessler KC, Kazdin AE, Aguilar–Gaxiola S et al. Patterns and correlates of patient□reported helpfulness of treatment for common mental and substance use disorders in the WHO World Mental Health Surveys. World Psychiatry. 2022; 21(2):272–286. doi:10.1002/wps.20971

Резюме. *Оценка эффективности лечения пациентом – важный показатель качества оказания помощи при пациент-ориентированном подходе. Мы изучили ее составляющие и предикторы с помощью квартирных опросов среди респондентов, когда-либо получавших лечение по поводу большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства, социальной фобии, специфических фобий, посттравматического стрессового расстройства, биполярного расстройства или расстройства, связанного с употреблением алкоголя. Данные получены в результате 30 популяционных эпидемиологических исследований – 17 в странах с высоким уровнем доходов (СВД) и 13 в странах с низким и*

средним уровнем доходов (СНСД), проведенных в рамках программы Всемирных исследований психического здоровья (World Mental Health (WMH) Surveys) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Респондентов спрашивали, было ли лечение полезным, и при утвердительном ответе – у скольких специалистов они наблюдались перед тем, как получить эффективное лечение. Из всех опрошенных по всем диагностическим категориям 26,1% пациентов (N = 10 035) сообщили, что им помог первый специалист, к которому они обратились. Обращение ко второму специалисту после первого неудачного опыта лечения увеличило совокупную вероятность получения пользы от лечения до 51,2%. При обращении к восьмому специалисту она возрастала до 90,6%. Однако только 22,8% пациентов продолжили бы обращаться к другим специалистам после неоднократного лечения, которое не принесло пользы. Хотя доля лиц с психическими расстройствами, которые обращались за лечением, в СВД была выше, и они были более настойчивы в обращении за помощью, чем в СНСД, доля случаев эффективного лечения по отношению к общему числу не отличалась в СВД и СНСД. Был выявлен широкий спектр предикторов субъективной эффективности лечения, некоторые из которых оказались общими для разных диагностических категорий, а другие стали уникальными для конкретных расстройств. Полученные результаты предоставляют новую информацию об оценке пациентами лечения в зависимости от диагноза в странах с разным уровнем дохода, а также позволяют предположить, что критически важным аспектом в улучшении качества помощи при психических расстройствах должно быть поощрение настойчивого обращения за профессиональной помощью, если предыдущее лечение не помогло.

Ключевые слова: *эффективность лечения; обращение за профессиональной помощью; гетерогенность эффектов лечения; пациенториентированное оказание помощи; приверженность лечению; расстройства настроения; тревожные расстройства; посттравматическое стрессовое расстройство; расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; прецизионная психиатрия.*

Психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, широко распространены во всем мире. По скромным оценкам, состояние примерно 20% людей соответствует критериям психического расстройства в течение последних 12 месяцев, в течение жизни этот показатель составляет около 30%[1,2]. Психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, сопряжены с выраженным дистрессом, нарушением повседневной жизнедеятельности и ранней смертностью[3,4,5]. Экономическое бремя этих расстройств для отдельных лиц, семей и общества огромно, включая потерю дохода и производительности, выплаты по инвалидности и расходы на здравоохранение и социальные услуги[6,7].

Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) документально подтвердили, что ряд фармакологических и психосоциальных методов лечения эффективен при психических расстройствах и расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Тем не менее есть вопросы, касающиеся возможности распространения результатов РКИ на общую популяцию, поскольку эти исследования в основном проводятся в странах с высоким уровнем доходов (СВД) и исключают пациентов со сложными сопутствующими заболеваниями, которых, как известно, очень много в реальной практике.

Кроме того, вне контекста контролируемых исследований пациенты часто обращаются за несколькими видами лечения в течение времени в разных условиях. РКИ не предоставляют информацию о всех этапах жизни и множестве различных услуг, за которыми обращаются пациенты в течение длительного времени. Важно понимать этот процесс и его особенности в зависимости от расстройств.

Хотя редукция симптомов, как правило, является основным и часто единственным предметом интереса клинических исследований, известно, что пациенты имеют более широкие представления о том, что представляет собой эффективное лечение[8]. Очень важно оценивать эффективность лечения с точки зрения пациента в реальных условиях. Важным первым шагом для этого может стать широкая оценка эффективности лечения на основании опросов пациентов, в рамках которых они могут дать общую сводную оценку того, как лечение повлияло на их благополучие и функционирование в важных для них сферах жизни.

Вероятность того, что обращение за помощью приведет к лечению, которое пациент сочтет полезным, представляет собой совместную функцию: а) вероятности того, что пациент сочтет конкретное лечение полезным, и б) вероятности того, что пациент будет настойчиво обращаться за помощью, если предыдущее лечение не помогло. Опросы населения дают возможность проследить эти две составляющие у множества пациентов, определить оба агрегированных распределения и изучить предикторы получения пациентом эффективного, с его точки зрения, лечения, опосредованного этими двумя составляющими.

Мы провели серию исследований конкретных расстройств для изучения, в какой степени люди считают проведенное лечение эффективным. В исследования были включены большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), социальная фобия, специфические фобии и расстройства, связанные с употреблением алкоголя. Все исследования проводились в рамках серии общенациональных опросов населения, в ходе которых респондентов спрашивали об их опыте обращения за профессиональной медицинской помощью. Выборки были взяты как из СВД, так и из СНСД. В предыдущих статьях представлены результаты по отдельным расстройствам[9,10,11,12,13,14,15]. Мы обнаружили, что подавляющее большинство людей в общей популяции, обращавшихся за лечением психических расстройств, считают, что им помогли. Однако ни один вид помощи не оказался эффективным для всех пациентов, и лишь небольшая часть пациентов сообщила, что им помог первый специалист, у которого они лечились. Требовалась настойчивость, чтобы получить эффективное, с точки зрения пациента, лечение. Тем не менее значительная часть пациентов сообщила, что они отказались от попыток поиска специалиста до того, как лечение стало приносить пользу, даже несмотря на то, что многие из этих людей продолжали страдать.

Настоящее исследование дает возможность ответить на новые вопросы, взглянув на данные по всем расстройствам. У нас было несколько целей: оценить различия числа пациентов с различными расстройствами, сообщивших, что их лечение было эффективным; изучить количество специалистов, которых пациенты должны были посетить, чтобы получить лечение, которое они сочли эффективным; изучить настойчивость в обращении за профессиональной помощью среди пациентов, которым предшествующее лечение не помогло; оценить сопоставимость предикторов эффективности при различных расстройствах на уровне «пациент–расстройство»; и разбить значимые предикторы на отдельные ассоциации с эффективностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью после того, как предыдущее лечение не помогло. Различия между неодинаковыми расстройствами вполне ожидаемы, так как методы их лечения отличаются по доступности и эффективности.

Мы также рассмотрели различия эффективности лечения по оценке пациентов и настойчивости в обращении за

помощью в СВД и СНСД и попытались определить общие или уникальные факторы, влияющие на эти два показателя в зависимости от вида расстройств и страны проживания больного. Информация о различиях такого рода может быть полезной для правильной расстановки приоритетов при разработке более эффективных методов лечения и/или предоставления более доступных услуг.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Выборка

Всемирные исследования психического здоровья ВОЗ *(The World Health Organization (WHO)'s World Mental Health (WMH) Surveys)* представляют собой скоординированную совокупность популяционных эпидемиологических исследований, проводимых на выборках неинституционального населения на дому по всему миру[16].

Данные для настоящего исследования взяты из 30 исследований *WMH* (Таблица 1). Семнадцать исследований были проведены в странах, классифицируемых Всемирным банком *(World Bank)* как СВД (Аргентина, Австралия, Бельгия, Франция, Германия, Израиль, Италия, Япония, Нидерланды, Новая Зеландия, Северная Ирландия, Польша, Португалия, Саудовская Аравия, США, Испания (два исследования)). Остальные тринадцать исследований были проведены в странах, отнесенных к СНСД (Бразилия, Ирак, Ливан, Мексика, Нигерия, Перу, Китайская Народная Республика, Румыния, Южная Африка, Болгария и Колумбия (в последних проведено по два исследования)).

Двадцать из этих 30 исследований были проведены на выборках, репрезентативных на национальном уровне (14 в СВД, 6 в СНСД), три – на выборках, представляющих все городские районы страны (Аргентина, Колумбия, Мексика), три – на выборках, представляющих отдельные штаты (Нигерия) или городские агломерации (Япония, Перу), и четыре – на выборках, представляющих отдельные округа (Мурсия, Испания) или крупные города (Сан-Паулу, Бразилия; Медельин, Колумбия; Шэньчжэнь, КНР). Доля ответивших варьировалась от 45,9% (Франция) до 97,2% (Медельин, Колумбия) и в среднем составила 68,9% для всех опросов.

Методы оценки

Интервью

Опросник, использованный в исследованиях *WMH*, представлял собой Комплексное международное диагностическое интервью ВОЗ (*Composite International Diagnostic Interview – CIDI*), версия 3.0[17], полностью структурированное диагностическое интервью, предназначенное для использования обученными непрофессионалами. Все интервьюеры *WMH* в разных странах прошли стандартную семидневную программу обучения. Программа завершалась экзаменом, который необходимо было сдать, прежде чем интервьюер получал разрешение участвовать в сборе данных[18]. Бланк опросника был разработан на английском языке и переведен на другие языки с использованием стандартизированного протокола перевода ВОЗ[19].

Интервью проводилось лицом к лицу в домах респондентов после получения информированного согласия с использованием процедур, утвержденных местными институциональными наблюдательными советами. Интервью состояло из двух частей. Часть I проводилась со всеми респондентами и оценивала основные психические расстройства в соответствии с *DSM-IV* (*n*=146 411 респондентов во всех опросах). Часть II оценивала наличие сопутствующих расстройств и корреляты и применялась к 100% респондентов, которые соответствовали временным критериям для любого расстройства части I, плюс вероятностная подвыборка других респондентов части I (*n*=80 841).

Психические расстройства

Хотя *CIDI* позволяет устанавливать диагнозы в соответствии с критериями как МКБ-10, так и *DSM-IV*, в представленном ниже анализе использованы только критерии *DSM-IV*. Мы рассмотрели семь расстройств: большое депрессивное расстройство, биполярное расстройство (включая биполярное расстройство I и II типа, подпороговое биполярное расстройство), четыре тревожных расстройства (генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, социофобия и специфические фобии) и расстройства, связанные с употреблением алкоголя (злоупотребление алкоголем без признаков зависимости или алкогольная зависимость). Проведены отдельные анализы эффективности лечения по оценке пациентов для больших депрессивных и маниакальных/гипоманиакальных эпизодов при биполярном расстройстве. Таким образом, в общей сложности было рассмотрено восемь диагностических категорий.

Выявлена хорошая согласованность[20] между диагнозами *DSM–IV*, установленными на основании *CIDI*, и диагнозами, установленными на основании независимых клинических интервью, проведенных для повторной оценки с использованием Структурированного клинического интервью для *DSM-IV (the Structured Clinical Interview for DSM-IV)*[21]. При постановке диагнозов использовались критерии исключения органического поражения, а не правила диагностической иерархии. *CIDI* включало ретроспективные отчеты о возрасте начала расстройства, основанные на специальной последовательности вопросов, которые, как было экспериментально показано, улучшают точность припоминания[22]. При оценке возраста начала расстройства респондентов просили указать свой возраст, когда они впервые испытали проявления полной симптоматики расстройства, а не его первый симптом.

Эффективность лечения, по оценке пациентов

Респондентам, состояние которых в течении жизни соответствовало, по критериям *DSM–IV,* какой-либо из восьми диагностических категорий, задавали вопрос о возрасте начала заболевания и вопрос «Говорили ли вы когда-нибудь (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*) в своей жизни с врачом или другим специалистом о своем…?» (формулировка варьировалась в зависимости от диагностических категорий). Если ответ был утвердительным, интервьюер спрашивал: «Сколько вам было лет, когда вы впервые (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*) поговорили со специалистом о своем…?» (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе). Термин «другие специалисты» был определен и представлен респонденту на карточке до того, как был задан вопрос; он включал психологов, консультантов, духовников, травников, иглотерапевтов и других специалистов в области целительства.

Респондентов, которые отвечали, что они говорили со специалистом, затем спрашивали: «Вы когда-нибудь проходили лечение по поводу своего… (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе), которое вы считаете полезным или эффективным?» (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*). Следующий вопрос варьировался в зависимости от того, получал ли респондент когда-либо полезное или эффективное лечение. Если да, то интервьюер спрашивал: «Со сколькими специалистами вы когда-либо (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*) говорили о вашем… (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе) до того момента, как впервые получили эффективное лечение?». Если рес-

Таблица 1. Характеристики выборок исследований *World Mental Health*						
Страна	**Состав выборки**	**Сроки проведения**	**Возрастной диапазон**	**Размер выборки**		**Доля ответивших**
				Часть I	**Часть II**	
Страны с высоким уровнем дохода (СВД)						
Аргентина	Восемь крупных городских округов (около 50% всего населения страны)	2015	18–98	3927	2116	77.3
Австралия	Репрезентативная на национальном уровне	2007	18–85	8463	8463	60.0
Бельгия	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из национального реестра жителей Бельгии)	2001–2	18–95	2419	1043	50.6
Франция	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из национального списка семей с телефонными номерами)	2001–2	18–97	2894	1436	45.9
Германия	Репрезентативная на национальном уровне	2002–3	19–95	3555	1323	57.8
Израиль	Репрезентативная на национальном уровне	2003–4	21–98	4859	4859	72.6
Италия	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из реестров жителей муниципалитетов)	2001–2	18–100	4712	1779	71.3
Япония	11 городских агломераций	2002–6	20–98	4129	1682	55.1
Нидерланды	Репрезентативная на национальном уровне (данные получены из муниципального почтового реестра)	2002–3	18–95	2372	1094	56.4
Новая Зеландия	Репрезентативная на национальном уровне	2004–5	18–98	12 790	7312	73.3
Северная Ирландия	Репрезентативная на национальном уровне	2005–8	18–97	4340	1986	68.4
Польша	Репрезентативная на национальном уровне	2010–1	18–65	10 081	4000	50.4
Португалия	Репрезентативная на национальном уровне	2008–9	18–81	3849	2060	57.3
Саудовская Аравия	Репрезентативная на национальном уровне	2013–6	18–65	3638	1793	61.0
Испания	Репрезентативная на национальном уровне	2001–2	18–98	5473	2121	78.6
Испания (Мурсия)	Репрезентативная на региональном уровне (Мурсия)	2010–2	18–96	2621	1459	67.4
Соединенные Штаты Америки	Репрезентативная на национальном уровне	2001–3	18–99	9282	5692	70.9
Всего по СВД				89 404	50 218	63.0
Страны с низким/средним уровнем дохода (СНСД)						
Бразилия (Сан-Пауло)	Городская агломерация Сан–Пауло	2005–8	18–93	5037	2942	81.3
Болгария 1	Репрезентативная на национальном уровне	2002–6	18–98	5318	2233	72.0
Болгария 2	Репрезентативная на национальном уровне	2016–7	18–91	1508	578	61.0
Колумбия	Все городские регионы страны (около 73% всего населения страны)	2003	18–65	4426	2381	87.7
Колумбия (Медельин)	Городская агломерация Медельин	2011–2	19–65	3261	1673	97.2
Ирак	Репрезентативная на национальном уровне	2006–7	18–96	4332	4332	95.2
Ливан	Репрезентативная на национальном уровне	2002–3	18–94	2857	1031	70.0
Мексика	Все городские регионы страны (около 75% всего населения страны)	2001–2	18–65	5782	2362	76.6
Нигерия	21 из 36 штатов (57% всего населения страны)	2002–4	18–100	6752	2143	79.3
Перу	Пять городских регионов (около 38% всего населения страны)	2004–5	18–65	3930	1801	90.2
Китайская Народная Республика (Шэньчжэнь)	Городская агломерация Шэньчжэнь	2005–7	18–88	7132	2475	80.0
Румыния	Репрезентативная на национальном уровне	2005–6	18–96	2357	2357	70.9
Южно-Африканская Республика	Репрезентативная на национальном уровне	2002–4	18–92	4315	4315	87.1
Всего по СНСД				57 007	30 623	80.6
Всего				146 411	80 841	68.9

пондент сообщал, что никогда не получал полезного или эффективного лечения, интервьюер спрашивал: «Со сколькими специалистами вы когда-либо (выделено в оригинале. – *Прим. пер.*) говорили о своем…?» (та же формулировка, что и в предыдущем вопросе). Мы сосредоточились на респондентах, которые сообщили о начале лечения не ранее 1990 г.

Предикторы

Мы рассмотрели шесть различных видов предикторов эффективности лечения, о которой сообщали пациенты: основной диагноз, социально-демографические показатели, сопутствующие заболевания до начала развития основного заболевания, тип(ы) лечения, сроки лечения и неблагоприятные условия в детстве.

Основной диагноз был представлен в виде серии из восьми переменных-предикторов с условным кодом, что позволило изучить значимость различий между вышеупомянутыми диагностическими категориями при оценке эффективности лечения, с точки зрения пациента. Социально-демографические характеристики включали возраст при первом обращении, пол, семейное положение (замужем, никогда не состоял в браке, ранее состоял в браке) на момент первого обращения, уровень образования среди тех, кто не был студентом (квартили, определяемые распределением внутри страны), и статус студента на момент первого обращения.

Сопутствующие заболевания в анамнезе включали любую из семи других диагностических категорий, рассматриваемых здесь, до достижения возраста первого обращения по поводу основного диагноза. Мы также включили две другие сопутствующие диагностические категории для расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (зависимость от психоактивных веществ и злоупотребление психоактивными веществами без признаков зависимости). Вещества, рассмотренные в рамках последний категории, включали как отпускаемые по рецепту лекарства (используемые без рецепта или больше, чем рекомендовано), так и запрещенные наркотические вещества. Точные названия веществ и названия, используемые для их описания, варьировались в различных исследованиях в зависимости от того, какие наркотики распространены в данных странах. Мы не включали расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, в число основных диагностических категорий, так как слишком мало исследований оценивали эффективность их лечения.

Тип лечения был определен как перекрестная классификация переменных: а) применение медикаментозного лечения, или психотерапии, или и того и другого на момент первичного обращения; б) типы специалистов, к которым пациент обращался в этот период, включая специалистов по психическому здоровью (психиатр, психиатрическая медсестра, психолог, психиатрический социальный работник, консультант по психическому здоровью), специалистов первичной медицинской помощи, специалистов в области оказания социальных услуг (социальный работник или консультант в агентстве социальных услуг, духовный наставник), а также поставщиков услуг дополнительной помощи / альтернативной медицины (целители разных типов или группы самопомощи).

Сроки лечения представляли собой дихотомическую переменную (произошло первое обращение респондента по поводу основного диагноза до 2000 г. или позже), и непрерывную переменную времени задержки лечения в годах, рассчитанную как разница между возрастом начала расстройства и возрастом при первом обращении.

Неблагоприятные условия в детстве оценивались с помощью 12 вопросов о жизни респондентов до того, как им исполнилось 18 лет[23]. На основе исследовательского анализа латентных классов дихотомически оцененные ответы были объединены в два дихотомических индикатора дисфункционирования семьи и других невзгод. Дисфункциональные варианты родительской семьи включали четыре типа родительской дезадаптации (психическое заболевание, злоупотребление психоактивными веществами, совершение преступления, насилие) и три типа жестокого обращения (физическое насилие, сексуальное насилие, отсутствие должной заботы). Другие неблагоприятные условия в детстве включали три типа потерь (смерть родителей, развод родителей, иная разлука с родителями), опасные для жизни соматические заболевания респондентов и экономические невзгоды семьи. Вопросы о смерти родителей, разводе и других вариантах потери (например, передача респондента в приемную семью) касались небиологических, а также биологических родителей.

Методы анализа

Выборка для анализа была ограничена людьми, получившими первое в жизни лечение по поводу по крайней мере одной из основных диагностических категорий в течение или после 1990 г. Данные были сгруппированы по восьми диагностическим категориям. Информация об основном диагнозе представлена в виде серии предикторных переменных с условным кодом. Для изучения условных вероятностей использованы перекрестные таблицы: а) эффективность лечения, по оценке пациента, и количество посещенных специалистов и б) условная вероятность продолжения обращения за помощью после предыдущего неэффективного лечения. Затем использовались стандартные методы анализа выживаемости с дискретным временем[24] для расчета кривых совокупной выживаемости для вероятности эффективности лечения, с точки зрения пациента, и настойчивости в обращении за помощью в соответствии с числом специалистов, к которым больные обращались.

Затем проведена оценка модифицированных регрессионных моделей Пуассона для бинарных исходов[25] для изучения исходных предикторов (например, возраста на момент начала лечения) эффективности лечения, с точки зрения пациента, независимо от количества специалистов, которые его наблюдали. Коэффициенты и 95% доверительные интервалы (*CI*) были возведены в степень для получения соотношения рисков (*RRs*). В случае вариабельности индикатора для основного диагноза *RR* были центрированы для интерпретации вариаций по категориям. Произведение центрированных *RR* по всем диагностическим категориям равно 1,0, что позволяет интерпретировать каждый отдельный *RR* как относительный к среднему для всех категорий.

Затем та же связующая функция и преобразования применялись для декомпозиции каждого значимого предиктора на уровне пациента, чтобы выяснить, была ли связь этого предиктора с исходом обусловлена одной, другой или обеими из двух ассоциаций: связь предиктора с условным *RR* эффективности отдельного специалиста и связь предиктора с условным *RR* настойчивости в обращении за помощью после того, как предыдущее лечение не принесло пользы. Наконец, были оценены взаимосвязи между диагностическими категориями и каждым предиктором, чтобы изучить возможность изменения силы предиктора в зависимости от расстройства. Важно отметить, что эти взаимосвязи изучались по одной, а не вместе, чтобы избежать проблем с нестабильностью модели.

Выполнено взвешивание данных для корректировки вероятностей отбора (из-за того, что в каждом доме опрашивался только один человек, независимо от того, сколько отвечающих критериям взрослых в нем проживало) и показа-

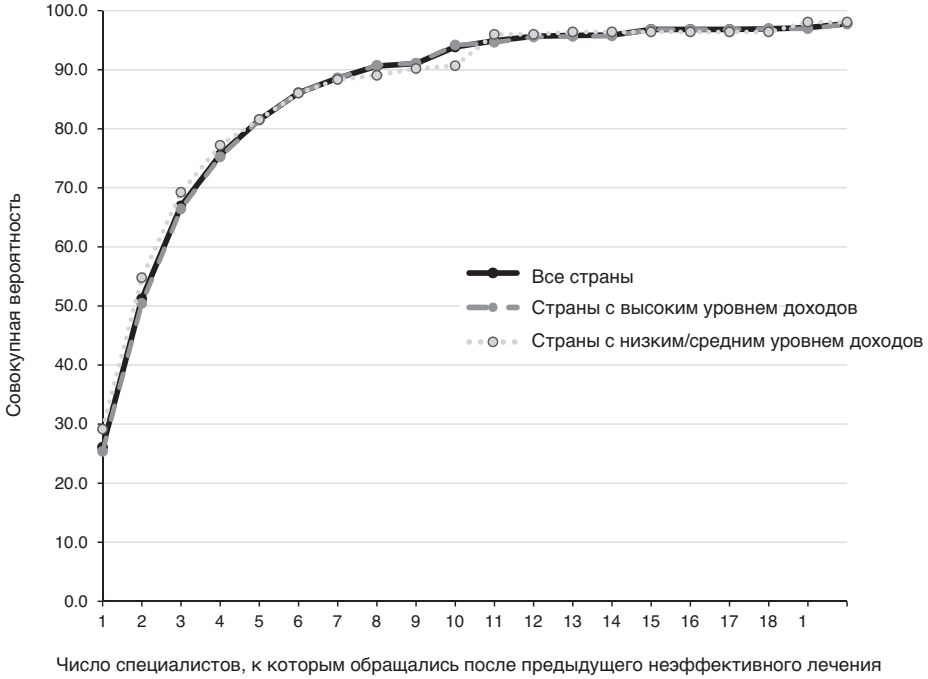

Рисунок 1. Совокупная доля пациентов, которые, как ожидается, получат эффективное лечение, к числу специалистов, к которым обращались (с учетом данных всех диагностических категорий)

телей отказов от сообщения сведений (задокументированных по расхождению распределения социально-демографических или географических переменных, по данным переписи населения, и распределения этих же переменных в выборке). Кроме того, данные респондентов Части II были взвешенны, чтобы скорректировать недостаточную выборку респондентов Части I без расстройств. Последнее взвешивание привело к тому, что оценки распространенности расстройств Части I во взвешенной выборке Части II были практически идентичны оценкам в выборке Части I[26].

Из-за взвешивания и географической кластеризации дизайна исследований *WMH* все статистические анализы проводились с использованием линеаризации с помощью ряда Тейлора[27], метода проектирования, реализованного в программной системе *SAS* 9.4[28]. Статистическую значимость последовательно оценивали с использованием двусторонних тестов на уровне 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распространенность расстройств, лечение и эффективность лечения, по оценке пациентов

Распространенность расстройств в течение жизни в общей выборке варьировалась от 9,5% для расстройств, связанных с употреблением алкоголя (11,5% в СВД; 6,7% в СНСД), до 1,2% для большого депрессивного эпизода при биполярном расстройстве (1,3% в странах с СВД; 0,9% в СНСД). Распространенность была неизменно выше в странах с СВД, чем в СНСД (χ^2_1=10,8–398,0, p=от 0,001 до <0,001) (Таблица 2).

Примерно четверть (23,0%) респондентов, распределенных по диагностическим категориям, получала лечение, но эта доля была почти в два раза выше в СВД, чем в СНСД (27,1% против 13,8%, χ^2_1=382,4, p<0,001). Доля лиц, получавших лечение, также значительно различалась в зависимости от диагноза как в общей выборке (χ^2_7=1402,0, p<0,001), так и в подвыборках в зависимости от уровня доходов страны (χ^2_7=1308,6, p<0,001 в СВД; χ^2_7=230,4, p<0,001 в СНСД). Это различие было сопоставимым в СВД и СНСД (корреляция Пирсона=0,88), хотя в СВД неизменно выше, чем в СНСД (χ^2_1=7,1–261,0, p=0,008 до <0,001), от 43,9% (47,9% в СВД; 31,9% в СНСД) для большого депрессивного эпизода при биполярном расстройстве до 11,8% (14,2% в СВД; 6,4% в СНСД) для расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

При этом 61,7% всех пациентов сообщили, что лечение им помогло, однако доля таких пациентов в СВД несколько выше, чем в СНСД (62,6% против 57,6%, χ^2_1=6,4, p=0,012). Доля пациентов, сообщивших о том, что лечение им помогло, значительно варьировалась в зависимости от диагностической категории как в общей выборке (χ^2_7=189,6, p<0,001), так и в подвыборках в зависимости от уровня дохода страны (χ^2_1=168,3, p<0,001 в СВД; χ^2_1=25,73, p<0,001 в СНСД). Это различие было очень схожим в СВД и СНСД (корреляция Пирсона = 0,80): от 70,0% при генерализованном тревожном расстройстве (70,9% в СВД; 62,8% в СНСД) до 44,5% при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя (44,0% в СВД; 46,8% в СНСД).

Различия процента пациентов, сообщивших о том, что лечение им помогло, в СВД и СНСД были незначительными для всех диагностических категорий, кроме одной (χ^2_1=0,0–2,7, p=0,93–0,10). Исключение составило большое депрессивное расстройство, при этом доля пациентов, сообщивших об эффективности лечения, в СВД была выше, чем в СНСД (70,1% против 62,4%, χ^2_1=9,7, p=0,002).

Условная и совокупная вероятности эффективности лечения

По данным всех исследований, 26,1% пациентов с различными диагнозами (N=10 035) сообщили, что им помог первый специалист, к которому они обратились (Таблица 3). Это меньше половины от 61,7% пациентов, отметивших эффективность лечения, что указывает на то, что большинство пациентов обращались к двум или более специалистам, прежде чем получили лечение, которое сочли полезным.

Таблица 2. Распространенность в течение жизни расстройств DSM–IV, рассмотренных в анализе, доля респондентов, получивших лечение, и доля респондентов, посчитавших лечение полезным

	Распространенность расстройств на протяжении жизни			Доля респондентов, получивших лечение			Доля респондентов, посчитавших лечение полезным		
	%	*SE*	*N*	%	*SE*	*N*	%	*SE*	*N*
Большое депрессивное расстройство									
Всего	8.8	0.1	80 332	37.2	0.7	7448	68.2	1.1	2726
Страны с высоким уровнем доходов	10.0	0.2	41 778	47.1	1.0	4438	70.1	1.2	2082
Страны с низким/средним уровнем доходов	7.4	0.2	38 554	22.5	1.0	3010	62.4	2.2	644
Генерализованное тревожное расстройство									
Всего	4.5	0.1	113 226	34.6	0.8	5674	70.0	1.4	1897
Страны с высоким уровнем доходов	5.3	0.1	76 775	38.4	0.9	4617	70.9	1.4	1701
Страны с низким/средним уровнем доходов	2.8	0.1	36 451	19.2	1.8	1057	62.8	4.9	196
Социальная фобия									
Всего	4.6	0.1	117 856	22.8	0.7	5686	65.1	1.6	1322
Страны с высоким уровнем доходов	5.9	0.1	71 916	24.8	0.8	4538	65.9	1.7	1148
Страны с низким/средним уровнем доходов	2.5	0.1	45 940	15.8	1.3	1148	60.4	5.1	174
Специфические фобии									
Всего	7.7	0.1	112 507	13.7	0.5	9179	47.5	1.8	1296
Страны с высоким уровнем доходов	8.2	0.1	59 815	16.7	0.6	5496	47.3	2.0	944
Страны с низким/средним уровнем доходов	7.0	0.2	52 692	9.7	0.7	3683	48.0	3.5	352
Посттравматическое стрессовое расстройство									
Всего	4.4	0.1	52 979	23.5	1.0	3511	57.0	2.4	779
Страны с высоким уровнем доходов	5.3	0.1	37 422	26.4	1.1	2906	57.6	2.4	726
Страны с низким/средним уровнем доходов	2.3	0.1	15 557	6.8	1.2	605	43.8	9.2	53
Большой депрессивный эпизод в рамках биполярного расстройства									
Всего	1.2	0.1	55 206	43.9	2.6	624	65.1	3.9	280
Страны с высоким уровнем доходов	1.3	0.1	36 919	47.9	3.0	481	64.6	4.2	235
Страны с низким/средним уровнем доходов	0.9	0.1	18 287	31.9	4.8	143	67.3	9.3	45
Маниакальный/гипоманиакальный эпизод									
Всего	2.3	0.1	91 416	26.6	1.3	2178	63.1	2.4	598
Страны с высоким уровнем доходов	2.7	0.1	58 991	28.9	1.5	1705	63.0	2.5	503
Страны с низким/средним уровнем доходов	1.6	0.1	32 425	19.3	2.2	473	63.5	6.1	95
Расстройства вследствие употребления алкоголя									
Всего	9.5	0.1	93 843	11.8	0.5	9378	44.5	2.3	1137
Страны с высоким уровнем доходов	11.5	0.2	53 903	14.2	0.7	6867	44.0	2.5	974
Страны с низким/средним уровнем доходов	6.7	0.2	39 940	6.4	0.8	2511	46.8	5.3	163
Все диагностические категории									
Всего				23.0	0.3	43 678	61.7	0.7	10 035
Страны с высоким уровнем доходов				27.1	0.4	31 048	62.6	0.7	8313
Страны с низким/средним уровнем доходов				13.8	0.5	12 630	57.6	1.9	1722

SE – стандартная ошибка.

Условная (настойчивость в обращении за помощью после того, как предыдущие специалисты не помогли) вероятность получения помощи была немного выше при обращении ко второму и третьему специалисту (34,0–32,2%), а затем последовательно снижалась от четвертого к шестому (26,2–24,7%) и для седьмого/восьмого составила 17,8–17,9%. Условные вероятности были гораздо более изменчивыми и, как правило, низкими для 9–14 специалистов (в среднем 10,7%). Различия между СВД и СНСД в основном были незначимыми (см. Таблицу 3).

Анализ выживаемости показал, что совокупная вероятность получения помощи возросла до 51,2% после обращения ко второму специалисту, если не помог первый, до 66,9% – после обращения к третьему, 75,6% – к четвертому и достигала 90,6% при обращении к восьмому (Рисунок 1). Различия между СВД и СНСД были небольшими и статистически незначимыми (χ^2_1=2,4, p=0,12).

Настойчивое обращение за помощью после предыдущего неэффективного лечения

Предыдущие результаты ясно показывают, что настойчивость в поисках помощи вознаграждается. Но насколько настойчиво пациенты обращаются за помощью после того,

Таблица 3. Условные вероятности получения пользы от лечения, по оценке пациентов, в соответствии с числом специалистов, к которым они обращались (по всем диагностическим категориям)									
Число специалистов, к которым обращался пациент	**Все страны**			**Страны с высоким уровнем доходов**			**Страны с низким/ средним уровнем доходов**		
	%	***SE***	***N***	**%**	***SE***	***N***	**%**	***SE***	***N***
1	26.1	0.6	10 035	25.4	0.7	8313	29.2	1.4	1722
2	34.0	1.0	5261	33.6	1.1	4530	36.2	2.9	731
3	32.2	1.4	2705	32.3	1.6	2329	32.0	3.3	376
4	26.2	1.9	1454	26.2	2.1	1260	25.8	5.0	194
5	24.3	1.9	876	25.1	2.1	766	19.2	3.8	110
6	24.7	2.8	539	24.8	3.1	483	24.2	5.7	56
7	17.8	2.8	360	18.0	3.0	321	16.5	7.3	39
8	17.9	4.1	277	19.1	4.4	248	6.1	4.3	29
9	4.5	1.7	222	3.7	1.7	198	10.5	7.1	24
10	31.5	4.5	208	34.5	4.9	187	4.9	3.8	21
11	16.8	5.4	95	7.9	3.8	81	56.9	13.8	14
12	15.1	4.2	82	16.7	4.6	73	0.0	0.0	9
13	3.2	1.8	63	2.3	2.0	55	10.3	2.3	8
14	1.5	1.5	59	1.6	1.6	52	0.0	0.0	7
15	22.9	8.4	58	25.8	9.4	51	0.0	0.0	7
16	0.0	0.0	45	0.0	0.0	39	0.0	0.0	6
17	0.0	0.0	45	0.0	0.0	39	0.0	0.0	6
18	3.2	3.2	44	3.7	3.7	38	0.0	0.0	6
19	6.6	1.4	43	0.0	0.0	37	46.1	10.8	6
20	23.7	8.1	42	25.8	8.9	37	0.0	0.0	5

SE – стандартная ошибка.

как предыдущее лечение не помогло? По данным всех опросов, 70,7% пациентов со всеми диагнозами, в лечении которых не помог первый специалист, обратились ко второму специалисту (Таблица 4), но эта доля была значительно выше в СВД, чем в СНСД (72,9% против 60,3%, χ^2_1=40,9, p<0,001). Условная (при условии, что предыдущие специалисты не помогли) вероятность настойчивости была существенно выше после посещения специалистов, оказывающих дополнительную помощь, при этом, как правило, отмечались незначительные различия между СВД и СНСД (см. Таблицу 4).

Однако анализ выживаемости показал, что совокупная вероятность настойчивого обращения за помощью заметно снижалась, если лечение вновь не помогало (Рисунок 2), и была значительно выше в СНСД, чем в СВД (χ^2_1=35,2, p<0,001). Например, только 53,3% пациентов (54,8% в СВД; 46,6% в СНСД) продолжили обращаться за профессиональной помощью после того, как им не помог второй специалист; 34,8% (36,1% в СВД; 28,6% в СНСД) – после обращения к четвертому и 25,2% (27,3% в СВД; 15,2% в СНСД) – после шестого.

В то время как на Рисунке 1 показано, что 90,6% пациентов могли бы получить помощь, если бы обратились к восьмому специалисту, результаты на Рисунке 2 показывают, что только 22,8% (25,5% в СВД; 10,9% в СНСД) пациентов продолжили бы так долго искать помощи.

Предикторы эффективности лечения

Мы изучили предикторы эффективности лечения на основании объединенных данных по всем диагностическим категориям и всем специалистам, к которым пациенты обращались (Таблица 5). Значительные различия *RR* были обнаружены по разным диагностическим категориям (χ^2_7=60,7, p<0,001), при этом *RR* было выше среднего (по категориям) для большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства и социальной фобии (1,16–1,19) и ниже среднего для специфических фобий и расстройств, связанных с употреблением алкоголя (0,88–0,68).

Кроме того, выявлена значимая положительная корреляция *RR* эффективности лечения, по оценке пациентов, с возрастом при первом обращении, высоким уровнем образования, злоупотреблением психоактивными веществами без признаков зависимости в анамнезе и медикаментозным лечением, проводимым либо в секторе специализированных служб психического здоровья, либо в учреждениях дополнительной помощи / альтернативной медицины, или в нескольких секторах. Выявлена значимая отрицательная корреляция *RR* с наличием генерализованного тревожного расстройства в анамнезе и задержкой лечения.

Декомпозиция была сфокусирована на значимых предикторах на уровне пациента. Более высокие, чем в среднем, *RR* для большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства и социальной фобии были обусловлены комбинацией значительного повышения *RR* отдельных специалистов, оказывающих помощь (*RR*=1,11–1,11) и настойчивого обращения за помощью (*RR*=1,05–1,08). *RR* ниже среднего для специфической фобии и расстройств, вызванных употреблением алкоголя, было связано со значительным снижением *RR* отдельных специалистов, оказывающих помощь при обоих расстройствах (*RR*=0,86–0,81), что сочеталось с низким *RR* настойчивого обращения за помощью при расстройстве, связанном с употреблением алкоголя (*RR*=0,81).

Повышение *RR*, ассоциированное с возрастом при первом лечении и высоким уровнем образования, было в большей степени связано с пользой от обращения к отдельным специалистам (*RR*=1,09–1,05), чем с настойчивым обращением за помощью после того, как предыдущее лечение не

Рисунок 2. Совокупная доля пациентов, которые, как ожидается, продолжат обращаться за профессиональной помощью после предыдущего неэффективного лечения (с учетом данных по диагностическим категориям)

Таблица 4. Условная вероятность повторного обращения за профессиональной помощью после предыдущего лечения, которое не помогло (по всем диагностическим категориям)

Количество предыдущих специалистов, к которым обращался пациент	Все страны			Страны с высоким уровнем доходов			Страны с низким/ средним уровнем доходов		
	%	SE	N	%	SE	N	%	SE	N
1	70.7	0.7	7,382	72.9	0.8	6,179	60.3	1.8	1,203
2	75.5	1.0	3,524	75.2	1.1	3,030	77.3	2.4	494
3	80.4	1.1	1,823	80.8	1.2	1,564	77.8	2.7	259
4	81.2	1.8	1,079	81.6	2.0	937	78.8	4.1	142
5	82.7	1.8	644	86.6	1.8	563	60.7	6.1	81
6	87.4	2.1	408	87.4	2.3	364	87.9	6.0	44
7	90.6	2.3	305	93.1	1.9	270	71.5	11.5	35
8	94.1	3.4	233	93.8	3.7	207	97.1	2.7	26
9	97.7	1.0	213	97.5	1.2	192	100	0.0	21
10	66.7	5.7	135	63.5	6.4	116	85.4	8.0	19
11	98.2	1.3	84	98.0	1.4	75	100	0.0	9
12	84.0	8.5	68	83.7	9.5	59	86.2	10.7	9
13	99.3	0.7	60	99.2	0.8	53	100	0.0	7
14	100	0.0	58	100.0	0.0	51	100	0.0	7
15	97.7	2.0	47	99.6	0.4	40	86.2	12.2	7
16	100	0.0	45	100.0	0.0	39	100	0.0	6
17	91.8	7.7	45	90.6	8.8	39	100	0.0	6
18	100	0.0	43	100.0	0.0	37	100	0.0	6
19	100	0.0	42	100.0	0.0	37	100	0.0	5

SE – стандартная ошибка.

помогло. Напротив, повышение *RR* эффективности при злоупотреблении психоактивными веществами без формирования зависимости в анамнезе было обусловлено значимо более настойчивым обращением за помощью (*RR*=1,04) и незначимым повышением эффективности помощи отдельных специалистов (*RR*=1,05).

Повышение *RR*, связанных с медикаментозным лечением, проводимым в специализированном секторе психического здоровья, в секторе дополнительной помощи / альтернативной медицины и в нескольких секторах, были более сложными: все оказались обусловлены значительно более высокой настойчивостью в обращении за помощью (*RR*=1,19–1,06), но ни в одном из случаев не выявлено связи со значимым увеличением эффективности отдельных специалистов. Фактически, полезность отдельных специалистов была значительно ниже для двух из этих видов лечения (*RR*=0,88–0,88). Наконец, снижение *RR*, обусловленное задержкой лечения и наличием генерализованного тревожного расстройства в анамнезе, было связано с постоянно снижающейся ассоциацией как с эффективностью отдельных специалистов (*RR*=0,98–0,91), так и с настойчивостью в обращении за помощью (*RR*=0,97–0,97), хотя статистическая значимость была установлена только для *RR* задержки лечения при настойчивом обращении за помощью и эффективностью отдельных специалистов при генерализованном тревожном расстройстве в анамнезе.

Таблица 5. Значимые предикторы полезности лечения на уровне пациента, распределенные по ассоциациям с полезностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью (данные представлены с учетом всех диагностических категорий и числом специалистов, к которым обращался пациент)

	Полезность лечения на уровне пациента				Полезность отдельных специалистов				Настойчивость в обращении за помощью после ранее неэффективного лечения			
	%	SE	RR	95% CI	%	SE	RR	95% CI	%	SE	RR	95% CI
Основной диагноз												
Большое депрессивное расстройство	28.3	0.6	1.19*	1.12–1.26	26.6	0.8	1.11*	1.02–1.21	24.8	0.9	1.08*	1.04–1.11
Биполярное аффективное расстройство												
Большой депрессивный эпизод	3.1	0.2	0.94	0.75–1.17	3.9	0.5	0.85	0.62–1.16	4.2	0.6	1.06	0.97–1.16
Маниакальный/гипоманиакальный эпизод	6.1	0.3	1.11	0.98–1.27	6.4	0.4	1.08	0.91–1.29	6.4	0.4	1.03	0.95–1.12
Генерализованное тревожное расстройство	19.0	0.4	1.19*	1.12–1.27	20.0	0.6	1.11*	1.01–1.21	19.4	0.7	1.07*	1.04–1.10
Посттравматическое стрессовое расстройство	6.0	0.3	0.99	0.83–1.17	5.6	0.3	1.14	0.89–1.46	5.7	0.3	0.93	0.84–1.02
Специфические фобии	12.8	0.4	0.88*	0.77–0.99	12.0	0.8	0.86*	0.73–1.00	12.8	1.1	1.01	0.94–1.08
Социальная фобия	13.4	0.4	1.16*	1.08–1.24	14.2	0.6	1.11*	1.01–1.22	14.2	0.7	1.05*	1.01–1.08
Расстройства вследствие употребления алкоголя	11.4	0.5	0.68*	0.58–0.79	11.4	0.7	0.81*	0.67–0.98	12.6	0.9	0.81*	0.75–0.87
χ^2_7			60.7				18.6				54.4	
Социально-демографические данные												
Средний возраст начала лечения	33.2	0.2	1.03*	1.01–1.06	31.9	0.3	1.09*	1.06–1.12	31.3	0.4	0.99	0.98–1.01
χ^2_1			6.9*				30.9*				1.0	
Образование												
Уровень образования среди не-студентов	2.3	0.0	1.02*	1.00–1.05	2.3	0.0	1.05*	1.02–1.08	2.2	0.0	1.00	0.99–1.01
Статус студента	12.7	0.5	0.97	0.87–1.07	14.6	1.1	0.94	0.82–1.08	16.1	1.3	1.00	0.95–1.05
χ^2_2			11.8*				25.5*				0.2	
Коморбидные расстройства в анамнезе												
Генерализованное тревожное расстройство	12.8	0.5	0.93*	0.87–0.99	14.7	0.9	0.91*	0.84–1.00	15.6	1.2	0.97	0.94–1.00
Расстройство вследствие употребления психоактивных веществ, без признаков зависимости	5.5	0.4	1.11*	1.02–1.20	6.7	0.9	1.05	0.93–1.18	7.1	1.1	1.04*	1.00–1.08
χ^2_{10}			20.1*				27.2*				14.4	
Тип лечения												
Специализированный сектор в области ментального здоровья + лекарства	51.0	0.9	1.20*	1.12–1.27	61.1	1.2	0.88*	0.81–0.95	62.0	1.4	1.19*	1.15–1.23
Дополнительная помощь / альтернативная медицина	19.0	0.7	1.08*	1.03–1.14	25.7	1.2	0.88*	0.82–0.94	27.4	1.4	1.06*	1.04–1.08
Сочетание	59.8	0.8	1.11*	1.03–1.20	70.0	1.0	1.04	0.94–1.16	71.4	1.3	1.18*	1.12–1.24
χ^2_5			194.0*				85.5*				481.1*	
Сроки лечения												
Задержка лечения	9.6	0.2	0.96*	0.94–0.98	9.0	0.2	0.98	0.95–1.01	9.1	0.3	0.97*	0.96–0.98
χ^2_1			14.0*				1.6				19.7*	

*При уровне значимости p=0,05, SE – стандартная ошибка; RR – скорректированное соотношение рисков; CI – доверительный интервал.

Таблица 6. Значимые предикторы различий эффективности лечения, по оценке пациентов, между пациентами, получающими лечение расстройств, связанных с употреблением алкоголя (РСУА), по сравнению с другими диагностическими категориями, разложенными посредством ассоциаций с эффективностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью, объединенные по числу специалистов, к которым обращались

	Эффективность лечения по оценке пациента		Эффективность отдельных специалистов		Настойчивость в обращении за помощью, если предыдущее лечение не помогло	
	RR	**95% *CI***	***RR***	**95% *CI***	***RR***	**95% *CI***
Пол (женский)						
РСУА	0.78*	0.64–0.96	0.77*	0.61–0.97	0.98	0.91–1.06
Другие	1.05*	1.00–1.10	1.07*	1.00–1.14	1.02	0.99–1.04
Вид лечения (психотерапия)						
РСУА	1.44*	1.14–1.82	1.09	0.82–1.45	1.20*	1.07–1.36
Другие	1.01	0.95–1.07	0.92*	0.84–1.00	1.04	1.00–1.07

*Значимо при уровне значимости 0.05; *RR* – скорректированное соотношение рисков; *CI* – доверительный интервал.

Таблица 7. Значимые предикторы различий эффективности лечения, по оценке пациентов, по диагностическим категориям, кроме расстройств, связанных с употреблением алкоголя, с эффективностью отдельных специалистов и настойчивостью в обращении за помощью, объединенные по числу специалистов, к которым обращались

	Эффективность лечения по оценке пациента		Эффективность отдельных специалистов		Настойчивость в обращении за помощью, если предыдущее лечение не помогло	
	RR	**95% *CI***	***RR***	**95% *CI***	***RR***	**95% *CI***
Статус студента						
Большое депрессивное расстройство	1.21*	1.07–1.37	1.14	0.94–1.40	1.07	1.00–1.14
Специфические фобии	0.73*	0.57–0.93	0.63*	0.47–0.84	1.08	0.98–1.19
Задержка лечения						
Большое депрессивное расстройство	0.93*	0.89–0.97	0.96	0.90–1.01	0.96*	0.93–0.99
Посттравматическое расстройство	0.86*	0.78–0.94	0.89*	0.80–0.99	0.95*	0.91–0.99
Начало лечения после 2000 г.						
Посттравматическое стрессовое расстройство	0.76*	0.66–0.89	0.89	0.72–1.10	0.87*	0.80–0.95
Неблагоприятные условия в детстве						
Посттравматическое стрессовое расстройство, дисфункциональная семья	0.73*	0.60–0.88	0.67*	0.52–0.86	0.91	0.83–1.01
Посттравматическое стрессовое расстройство, другое	0.57*	0.42–0.76	0.64*	0.46–0.89	0.78*	0.66–0.92

*Значимо при уровне значимости 0.05; *RR* – скорректированное соотношение рисков; *CI* – доверительный интервал.

Различия в предикторах по диагностическим категориям

Затем были изучены различия в предикторах эффективности лечения на уровне пациента по основным диагностическим категориям. Два предиктора имели значительно отличающиеся *RR*, предсказывающие эффективность лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, по сравнению с другими диагностическими категориями (пол и тип лечения) (Таблица 6). Четыре других предиктора имели значительно отличающиеся *RR*, предсказывающие полезность лечения в остальных категориях (образование, задержка лечения, начало лечения после 2000 г. и неблагоприятные условия в детстве) (Таблица 7).

Неблагоприятные условия в детстве вследствие дисфункциональной семьи включали физическое насилие, сексуальное насилие, отсутствие должной заботы, психическое расстройство у родителя, расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ, преступления родителей и насилие в семье. Другие неблагоприятные условия в детстве включали смерть родителей, развод родителей, другую потерю родителей, физическую болезнь и экономические трудности семьи.

Значимые половые различия (χ^2_1=7,8, p=0,005) в эффективности лечения расстройств, вызванных употреблением алкоголя, по сравнению с другими категориями возникли потому, что женщины при первом обращении значительно реже, чем мужчины, сообщали о том, что лечение было полезным (*RR*=0,78), в то время как женщины, получавшие лечение по поводу других диагнозов, значительно чаще, чем мужчины, считали лечение полезным (*RR*=1,05) (Таблица 6). Декомпозиция показала, что половые различия были обусловлены различиями эффективности отдельных специалистов, а не различиями настойчивости в обращении за помощью.

Значительно более высокое *RR* эффективности психотерапии, чем других видов лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, было ассоциировано не с более высоким *RR* эффективности на уровне отдельного специалиста, а с более высокой вероятностью повторного обращения после предыдущего неэффективного лечения (*RR*=1,20).

Значимый эффект образования как предиктора эффективности лечения в других диагностических категориях был обусловлен отличиями пациентов, которые были студентами на момент начала лечения, от других больных (χ^2_6=30,7, p<0,001), а не ассоциацией, включающей уровень образования среди тех, кто студентами не являлся (χ^2_6=8,7, p=0,19).

Студенты значительно чаще, чем другие пациенты, получали эффективное лечение большого депрессивного расстройства (*RR*=1,21) из-за повышенных, но незначимых ассоциаций между статусом студента и эффективностью отдельных специалистов, а также настойчивостью в обращении за помощью (см. Таблицу 7). Вместе с тем студенты значительно реже, чем другие пациенты, получали эффективное лечение от специфической фобии (*RR*=0,73). Это было связано с тем, что отдельные специалисты с меньшей вероятностью оказывались полезными для студентов, чем другим пациентам с этим расстройством (*RR*=0,63). Студенты не отличались от других пациентов по *RR* эффективности лечения на уровне пациента для других диагностических категорий (χ^2_1=0,2–3,4, *p*=0,66 до 0,06).

Как описано выше (см. Таблицу 5), задержка лечения была предиктором снижения эффективности терапии на уровне пациента в целом, что происходило потому, что больные, которые получили лечение с запозданием, с меньшей вероятностью, чем другие пациенты, упорно обращались за помощью. Однако эта связь была значимой только для большого депрессивного расстройства и посттравматического стрессового расстройства (*RR*=0,93–0,86), в обоих случаях из–за снижения настойчивости в обращении за помощью (RR=0,96–0,95), при посттравматическом стрессовом расстройстве – за счет снижения эффективности отдельных специалистов (*RR*=0,89). Задержка первого лечения не была предиктором снижения *RR* эффективности лечения, по оценке пациента, для других диагностических категорий (χ^2_1=0,0–2,1, *p*=0,88–0,15).

Значительная вариация эффективности в зависимости от того, было ли лечение начато после 2000 г., оказалась обусловлена исключительно ассоциацией у пациентов, проходивших лечение посттравматического стрессового расстройства (*RR*=0,76), с недостоверным снижением *RR* эффективности лечения у отдельных специалистов (*RR*=0,89) и значительным снижением *RR* настойчивости в обращении за помощью (*RR*=0,87). Не установлено значимой связи между годом начала лечения и эффективностью лечения, по оценке пациентов, для других диагностических категорий (χ^2_1=0,0–1,8, *p*=0,92–0,18).

Значительные различия эффективности в зависимости от неблагоприятных условий в детстве (χ^2_{12}=31,8, *p*=0,002) были обусловлены различиями, связанными как с дисфункциональной семьей (χ^2_6=15,4, *p*= 0,018), так и с другими неблагоприятными условиями (χ^2_6=22,1, *p*=0,001), в обоих случаях неблагоприятные условия в детстве явились предикторами снижения *RR* эффективности лечения только для посттравматического стрессового расстройства (*RR*=0,73–0,57). В других диагностических категориях не выявлено значимых связей между неблагоприятными условиями в детстве и эффективностью лечения по оценке пациента (χ^2_1=0,0–3,5, *p*=0,91–0,06).

ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность исследованных диагностических категорий в течение жизни составила от 1,2 до 11,5%, при этом она была неизменно выше в СВД, чем в СНСД. Около четверти пациентов с этими расстройствами получали какое-либо лечение (23,0%), но этот показатель был примерно в два раза выше в СВД, чем в СНСД (27,1% против 13,8%). Лечение биполярного расстройства и большого депрессивного расстройства оказалось наиболее успешным, а расстройств, связанных с употреблением алкоголя, – наименее. Полученные статистические данные свидетельствуют о том, что как распространенность расстройств, так и охват лечением выше в СВД, чем в СНСД, и вероятность получения лечения при различных диагнозах значительно варьируется.

Основной задачей исследования была оценка эффективности лечения по отчетам респондентов. Так, 61,7% оценили лечение как эффективное, при этом доля таких пациентов в СВД лишь немного выше, чем в СНСД (62,6% против 57,6%). Лечение с наибольшей вероятностью оценивалось как эффективное при генерализованном тревожном расстройстве (70,0%) и с наименьшей – при расстройстве, связанном с употреблением алкоголя (44,5%). В основном не наблюдалось различий между СВД и СНСД в доле пациентов с конкретными расстройствами, сообщивших об эффективности лечения. Единственным исключением было большое депрессивное расстройство, при котором более высокая доля пациентов в СВД, чем в СНСД, отметила, что лечение было полезным (70,1% против 62,4%).

Вторая задача исследования заключалась в том, чтобы оценить количество специалистов, которых пациенты должны были посетить, чтобы получить лечение, которое они сочли полезным. Мы обнаружили, что лишь около половины пациентов, сообщивших об эффективности лечения, получили эту помощь у первого специалиста, к которому обратились (26,1% у первого специалиста против 61,7% в целом). Другими словами, обращение за помощью к двум или более специалистам было нормой среди пациентов. Совокупная вероятность получения эффективного лечения почти удвоилась до 51,2% у лиц, обратившихся за помощью ко второму специалисту. Менее резкое увеличение происходило после посещения большего числа специалистов, при этом прогнозируемая совокупная вероятность получения эффективного лечения после посещения восьмого специалиста составила 90,6%. В этом отношении существенных различий между СВД и СНСД было немного.

Третьей задачей исследования было оценить настойчивость в обращении за профессиональной помощью среди пациентов, которым предшествующее лечение не помогло. Во всех диагностических категориях 70,7% пациентов сообщили о том, что обратились ко второму специалисту, если первый специалист не помог, при этом условная вероятность настойчивости оставалась высокой (в диапазоне 66,7–100% до 20 обращений к различным специалистам) после предыдущего неэффективного лечения. Эти условные вероятности были несколько выше в СВД, чем в СНСД. Однако, несмотря на высокие условные вероятности, совокупная вероятность настойчивости заметно снижалась по мере последовательного обращения к специалистам: ожидается, что только 22,8% пациентов в целом (25,5% в СВД; 10,9% в СНСД) будут продолжать обращаться за помощью вплоть до восьмого специалиста, что необходимо, чтобы более чем 90% пациентов получили эффективное лечение.

Мы также рассмотрели предикторы эффективности на уровне «пациент – расстройство», а затем дезагрегировали значимые предикторы на отдельные ассоциации с эффективностью отдельных специалистов и настойчивости в обращении за помощью после предыдущего неэффективного лечения. Мы обнаружили различия вероятности эффективного лечения при пяти расстройствах: три из них с *RR* эффективности лечения выше среднего (большое депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия) и два с *RR* ниже среднего (специфические фобии, расстройства, связанные с употреблением алкоголя). Почти во всех этих случаях значимость связи на уровне пациента была обусловлена в большей степени настойчивостью в обращении за помощью, чем с высокой эффективностью отдельных специалистов. Почему методы лечения различаются по эффективности в зависимости от расстройства, еще предстоит выяснить.

Помимо этих различий между диагностическими категориями мы обнаружили сложную серию значимых ассоциаций между различными предикторами и *RR* эффективно-

сти лечения на уровне пациента. Мы начали с изучения предикторов, единых для всех диагностических категорий, а затем дезагрегировали предикторы по этим категориям. Наиболее стабильными предикторами были те, которые имели значимость на агрегированном уровне и не различались по значимости в рамках основных диагностических категорий. Таких стабильных предикторов было пять: возраст при первом обращении, уровень образования среди не-студентов, наличие в анамнезе генерализованного тревожного расстройства или злоупотребления психоактивными веществами без формирования зависимости и тип лечения.

Первые два из этих пяти – возраст при первом обращении и уровень образования среди не-студентов – были связаны со значительным повышением *RR* эффективности отдельных специалистов, но не с настойчивостью в обращении за помощью. Вероятное объяснение заключается в том, что увеличение возраста и уровня образования являются одновременно показателями зрелости и когнитивной сложности, и можно обоснованно ожидать, что оба фактора будут способствовать успеху лечения для всех диагностических категорий.

Третий стабильный предиктор, генерализованное тревожное расстройство в анамнезе, предсказывал снижение *RR* отдельных специалистов, но не был связан с настойчивостью в обращении за помощью. Это интригующий результат, так как значительное количество исследований показало, что коморбидное генерализованное тревожное расстройство является предиктором снижения терапевтического ответа при большом депрессивном расстройстве[29]. Однако нам неизвестны какие-либо исследования, в которых выявлена предиктивная роль коморбидного генерализованного тревожного расстройства для недостаточного терапевтического ответа при других психических расстройствах. Это может стать перспективным направлением исследований.

Четвертый стабильный предиктор, коморбидное злоупотребление психоактивными веществами без признаков зависимости в анамнезе, был связан с повышением настойчивости в обращении за помощью во всех диагностических категориях. Смысл этого результата неясен, но он заслуживает изучения в будущих исследованиях паттернов и предикторов настойчивости в обращении за помощью.

Заключительный стабильный предиктор, тип лечения, был более сложным, поскольку оказался связан с повышением *RR* эффективности лечения на уровне пациента для нескольких типов лечения (лекарства, назначенные специалистом из сектора психического здоровья, дополнительная помощь / альтернативная медицина и лечение в нескольких секторах), но ни в одном из них не было повышения *RR* эффективности лечения у отдельных специалистов. Вместе с тем увеличение настойчивости в обращении за помощью объясняло ассоциации этих типов лечения на уровне пациента с их эффективностью. В двух случаях (медикаментозная и дополнительная помощь / альтернативная медицина) виды лечения были связаны со значительно сниженным *RR* эффективности лечения у отдельных специалистов, что, возможно, указывает на то, что такое лечение получали пациенты с более тяжелыми случаями заболевания.

Другие предикторы различались по важности в разных диагностических категориях. Два из них были уникальными для расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Один из них – принадлежность к мужскому полу – соотносился со значительным повышением *RR* эффективности отдельных специалистов при лечении расстройств, связанных с употреблением алкоголя, но не других диагнозов. Другой – психотерапия в отсутствие какого-либо другого лечения – был предиктором повышения настойчивости в обращении за помощью для расстройств, связанных с употреблением алкоголя, но не других диагностических категорий. Причины этих особенностей неясны, но можно сделать правдоподобные предположения. Например, возможно, что преобладание мужчин среди пациентов с расстройством, связанным с употреблением алкоголя, означает, что некоторые из наиболее распространенных методов лечения, проводимых в групповом формате, более эффективны для мужчин, чем для женщин. Выбор психотерапии в качестве единственного метода лечения может указывать на более вовлеченное участие в процессе лечения пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, тем самым прогнозируя повышение *RR* настойчивости в обращении за помощью.

Тремя другими заслуживающими внимания предикторами, значимость которых различалась в зависимости от расстройств, не относящихся к расстройствам, связанным с употреблением алкоголя, были статус студента, задержка лечения и неблагоприятные условия в детстве. Студенты с большей вероятностью, чем другие пациенты, получали эффективную помощь при лечении большого депрессивного расстройства, но менее вероятно – при лечении специфической фобии. Причины этих различий неясны, но вполне вероятно, что они связаны с различным эффектом своевременности лечения, который в случае большого депрессивного расстройства сопряжен с хорошим терапевтическим ответом, а в случае специфической фобии может быть маркером тяжести данного заболевания, что обуславливает неудовлетворительный терапевтический ответ. Данные *WMH* недостаточны, чтобы исследовать эти гипотезы, так как ретроспективные оценки не позволяют оценить тяжесть расстройства на момент начала лечения. Тем не менее полученные результаты могут стать отправной точкой для целенаправленных проспективных исследований в выборках пациентов с конкретным расстройством.

Обнаружено, что оба типа неблагоприятных условий в детстве, рассмотренных здесь, связаны со значимым снижением *RR* эффективности лечения, по оценке пациента, но только для ПТСР и в основном за счет снижения *RR* эффективности отдельных специалистов. Это может отражать особые трудности в лечении ПТСР, связанного с детскими травмами, и согласуется с обоснованностью выделения комплексного ПТСР в отдельную диагностическую категорию в МКБ-11[30,31].

Полученные результаты дают полезную информацию по нескольким направлениям. Во-первых, важно отметить, что около четверти пациентов получили помощь от первого специалиста, к которому обратились, что совокупная вероятность получения эффективного лечения почти удвоилась после посещения второго специалиста и что настойчивость в обращении за помощью окупилась, поскольку более 90% пациентов получили необходимую помощь к посещению восьмого специалиста. Однако менее четверти пациентов настолько долго и настойчиво обращались за помощью. Отсюда ясно, что приоритетом исследований должно быть углубление понимания детерминант настойчивости в обращении за помощью.

Во-вторых, показательны сходства и различия между СВД и СНСД. По каждому из диагнозов распространенность расстройств в течение жизни была выше в СВД, чем в СНСД, и относительно каждого расстройства доля лиц, получивших лечение, была почти вдвое выше в СВД по сравнению со СНСД. Однако после того, как лечение было начато, между СВД и СНСД выявлено мало различий в эффективности лечения, по оценке пациентов. Это означает, что настойчивость в равной степени была необходима как в СНСД, так и в СВД, чтобы быть уверенным в получении пользы от лечения. Тем не менее настойчивость в обращении за помощью была значительно ниже в СНСД, чем в СВД. Это означает, что большее пропорциональное бремя

неудовлетворенных потребностей в лечении в СНСД, чем в СВД, обусловлено сочетанием более низкой обращаемости за помощью и более низкой настойчивости в ее поиске. Многие из барьеров, создающих эти различия, являются структурными и здесь не рассматривались[32].

В-третьих, мы обнаружили множество значимых предикторов эффективности лечения, по оценке пациента, некоторые из них одинаковы для разных расстройств, но большинство различаются по значимости для разных расстройств. Дезагрегация показала, что некоторые из этих переменных были важны, потому что они предсказывали различную реакцию на лечение, в то время как другие были важны, потому что явились предикторами различной настойчивости в обращении за помощью после предыдущего неэффективного лечения.

Первый из этих дезагрегированных компонентов относится к развивающейся области исследований перцизивной психиатрии[33,34,35,36,37,38,39]. Наши результаты могут дополнить информацией модели, направленные на подбор лечения, которое, вероятно, будет иметь наибольшую ценность для пациента. Вторым компонентом несколько пренебрегают, но он не менее важен, поскольку эффективное лечение обычно требует настойчивости в обращении за помощью. Было проведено несколько эпидемиологических исследований по вопросу обрыва терапии[40], и разработаны меры по снижению его вероятности[41,42]. Появляются новые исследования, демонстрирующее, что кейс-менеджмент может быть полезным для поощрения повторного обращения за помощью к новым специалистам, если предыдущее лечение не помогло[43]. Но мы не знаем о подобных исследованиях, направленных на изучение барьеров и мер, направленных на повышение настойчивости в обращении за помощью пациентов с часто встречающимися психическими расстройствами. Наши результаты показывают, что подобные работы могут иметь большое значение.

Стоит отметить несколько ограничений этого исследования.

Во-первых, у нас была ограниченная информация о точном характере помощи, которую получали респонденты. Также отсутствовала информация о качестве лечения и приверженности ему. Эти факторы сделали невозможным сравнение эффективности различных видов помощи или типов специалистов. По этим причинам было бы ошибкой интерпретировать наши результаты, касающиеся ассоциации типов лечения с эффективностью, по оценке пациентов, как доказательство того, что они не различаются по качеству. Безусловно, мы знаем, что тип и качество подготовки профессионала имеют значение и что дизайн *WMH* скрывает эти различия, поскольку он не основан на экспериментальном задании[44].

Во-вторых, оценки респондентами эффективности лечения основывались на неспецифических критериях. Несмотря на то, что мнение пациента о качестве лечения привлекает все больший интерес, не в последнюю очередь потому, что оно является значимым предиктором приверженности терапии[8], нужно больше информации о том, на чем основываются эти оценки, чтобы выйти за рамки представленного базового уровня анализа. Кроме того, эффективность лечения следует рассматривать как градацию, а не дихотомию, изменяющуюся во времени по мере изменения потребностей пациента.

В-третьих, взаимосвязи рассматривались по одному, а не вместе, чтобы избежать проблем с нестабильностью модели. Необходим дальнейший анализ, помимо представленного здесь, для изучения совместных ассоциаций нескольких значимых взаимосвязей, но предпочтительно на основе более дезагрегированного анализа, чем мы смогли провести. В идеале следующий анализ должен проводиться с использованием долгосрочных проспективных данных в клинических выборках, а не с ретроспективных данных, собранных в этом исследовании, а также с наблюдением за пациентами в течение гораздо более длительного периода времени, чем в обычных клинических исследованиях.

Несмотря на эти ограничения, проведенное исследование предоставляет уникальную, хотя и предварительную информацию об эффективности лечения, с точки зрения пациента, в реальных условиях с разными диагнозами и разных странах. Мы обнаружили, что лечение воспринимается как полезное, но это зависит от диагноза, и что обычно требуется настойчивость в обращении за помощью, чтобы получить эффективное лечение. Совокупная вероятность успеха в поиске эффективного лечения очень высока, если настойчиво обращаться за помощью, но эта настойчивость является ключом, которым до сих пор пренебрегали.

Важно признать, что полученные результаты отличаются от результатов рандомизированных контролируемых испытаний, но дополняют их. Последние оценивают воздействие отдельных видов лечения. Настоящее исследование, напротив, подчеркивает тот факт, что первоначальное лечение в реальном мире часто не приносит успеха, но настойчивый поиск помощи среди множества существующих научно обоснованных методов для терапии распространенных психических расстройств с очень высокой вероятностью может привести к положительному исходу.

Благодарности

The WMH Survey сотрудники – *S. Aguilar–Gaxiola, A. Al–Hamzawi, J. Alonso, Y.A. Altwaijri, L.H. Andrade, L. Atwoli, C. Benjet, G. Borges, E.J. Bromet, R. Bruffaerts, B. Bunting, J.M. Caldas de Almeida, G. Cardoso, S. Chardoul, S. Chatterji, A. Cia, L. Degenhardt, K. Demyttenaere, S. Florescu, G. de Girolamo, O. Gureje, J.M. Haro, M.G. Harris, H. Hinkov, Chi–Yi Hu, P. de Jonge, A.N. Karam, E.G. Karam, G. Karam, N. Kawakami, R.C. Kessler, A. Kiejna, V. Kovess–Masfety, S. Lee, J.–P. Lepine, J.J. McGrath, M.E. Medina–Mora, J. Moskalewicz, F. Navarro–Mateu, M. Piazza, J. Posada–Villa, K.M. Scott, T. Slade, J.C. Stagnaro, D.J. Stein, M. ten Have, Y. Torres, M.C. Viana, D.V. Vigo, H. Whiteford, D.R. Williams* и *B. Wojtyniak*. *The WMH Survey Initiative* осуществлена при поддержке *the US Public Health Service (grant nos. R01 MH070884, R13–MH066849, R01–MH069864, R01 DA016558, R03–TW006481), the MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the Pan American Health Organization, Eli Lilly and Company, Ortho–McNeil Pharmaceutical Inc., GlaxoSmithKline*, и *Bristol–Myers Squibb*. Ни один из спонсоров не принимал участия в разработке, анализе, интерпретации результатов или подготовке этой статьи. Взгляды и мнения, выраженные в этом документе, принадлежат авторам и не должны рассматриваться как представляющие точку зрения ВОЗ, других спонсирующих организаций, агентств или правительств. Авторы выражают благодарность сотрудникам Координационных центров сбора и анализа данных *WMH* за помощь с оборудованием, выполнением полевых исследований и консультации по анализу данных. R.C. Kessler и A.E. Kazdin являются первыми авторами этой статьи с равным вкладом.

Библиография

1. Dattani S., Ritchie H., Roser M. Mental health. https://ourworldindata.org/ mental–health.
2. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. Int J Epidemiol 2014; 43:476–93.
3. Goldstein B.I., Baune B.T., Bond D..J et al. Call to action regarding the vascularbipolar link: a report from the Vascular Task Force of the International Society for Bipolar Disorders. Bipolar Disord 2020; 22:440–60.
4. Karyotaki E., Cuijpers P., Albor Y. et al. Sources of stress and their associations with mental disorders among college students: results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative. Front Psychol 2020; 11:1759.
5. Wang Y.H., Li J.Q., Shi J.F. et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta–analysis of cohort studies. Mol Psychiatry 2020; 25:1487–99.
6. Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P. et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry 2016; 3:415–24.
7. Christensen M.K., Lim C.C.W., Saha S. et al. The cost of mental disorders: a systematic review. Epidemiol Psychiatr Sci 2020; 29:e161.
8. Higgins A., Safran D.G., Fiore N. et al. Pathway to patient–centered measurement for accountability. https://www.healthaffairs.org.

9. Bruffaerts R., Harris M.G., Kazdin A.E. et al. Perceived helpfulness of treatment for social anxiety disorder: findings from the WHO World Mental Health surveys. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2022; doi: 10.1007/s00127–022– 02249–3.
10. de Vries Y.A., Harris M.G., Vigo D. et al. Perceived helpfulness of treatment for specific phobia: findings from the World Mental Health Surveys. J Affect Disord 2021; 288:199–209.
11. Degenhardt L., Bharat C., Chiu W.T. et al. Perceived helpfulness of treatment for alcohol use disorders: findings from the World Mental Health Surveys. Drug Alcohol Depend 2021; 229:109158.
12. Harris M.G., Kazdin A.E., Chiu W.T. et al. Findings from World Mental Health Surveys of the perceived helpfulness of treatment for patients with major depressive disorder. JAMA Psychiatry 2020; 77:830–41.
13. Nierenberg A.A., Harris M.G., Kazdin A.E. et al. Perceived helpfulness of bipolar disorder treatment: findings from the World Health Organization World Mental Health Surveys. Bipolar Disord 2021; 23:565–83.
14. Stein D.J., Harris M.G., Vigo D.V. et al. Perceived helpfulness of treatment for posttraumatic stress disorder: findings from the World Mental Health Surveys. Depress Anxiety 2020; 37:972–94.
15. Stein D.J., Kazdin A.E., Ruscio A.M. et al. Perceived helpfulness of treatment for generalized anxiety disorder: a World Mental Health Surveys report. BMC Psychiatry 2021; 21:392.
16. Scott K.M., de Jonge P., Stein D.J. et al (eds). Mental disorders around the world: facts and figures from the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
17. Kessler R.C., Üstün T.B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatr Res 2004; 13:93–121.
18. Pennell B.-E., Mneimneh Z., Bowers A. et al. Implementation of the World Mental Health Surveys. In: Kessler R.C., Üstün T.B. (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008:33–57.
19. Harkness J., Pennell B.-E., Villar A. et al. Translation procedures and translation assessment in the World Mental Health Survey Initiative. In: Kessler R., Üstün T. (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008:91–113.
20. Kessler R.C., Abelson J., Demler O. et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). Int J Methods Psychiatr Res 2004; 13:122–39
21. First M., Spitzer R., Gibbon M. et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version, Non–patient Edition (SCID–I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
22. Knäuper B., Cannell C.F., Schwarz N. et al. Improving accuracy of major depression age-of-onset reports in the US National Comorbidity Survey. Int J Methods Psychiatr Res 1999; 8:39–48.
23. Kessler R.C., McLaughlin K.A., Green J.G. et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry 2010; 197:378–85.
24. Singer J.D., Willett J.B. Applied longitudinal data analysis: modeling change and event occurrence. New York: Oxford University Press, 2003.
25. Zou G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. Am J Epidemiol 2004; 159:702–6.
26. Heeringa S.G., Wells J.E., Hubbard F. et al. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler R., Üstün T. (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008:14–32.
27. Halli S.S., Rao K.V. Advanced techniques of population analysis. Boston: Springer, 1992.
28. SAS Institute Inc. SAS/STAT® 14.3 Software Version 9.4 for Unix. Cary: SAS Institute Inc., 2016.
29. Kessler R.C. The potential of predictive analytics to provide clinical decision support in depression treatment planning. Curr Opin Psychiatry 2018; 31:32–9.
30. First M.B., Gaebel W., Maj M. et al. An organization-and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM5. World Psychiatry 2021; 20:34–51.
31. Nestgaard Rød Å., Schmidt C. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? Eur J Psychotraumatol 2021; 12:2002028.
32. Sarikhani Y., Bastani P., Rafiee M. et al. Key barriers to the provision and utilization of mental health services in low-and middle-income countries: a scope study. Community Ment Health J 2021; 57:836–52.
33. Acion L., Kelmansky D., van der Laan M. et al. Use of a machine learning framework to predict substance use disorder treatment success. PLoS One 2017; 12:e0175383.
34. Fernandes B.S., Williams L.M., Steiner J. et al. The new field of 'precision psychiatry'. BMC Med 2017; 15:80.
35. Chekroud A.M., Bondar J., Delgadillo J. et al. The promise of machine learning in predicting treatment outcomes in psychiatry. World Psychiatry 2021; 20:154–70.
36. Kessler R.C., Luedtke A. Pragmatic precision psychiatry – a new direction for optimizing treatment selection. JAMA Psychiatry 2021; 78:1384–90.
37. Maj M., Stein D.J., Parker G. et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. World Psychiatry 2020; 19:26–93.
38. Maj M., van Os J., De Hert M. et al. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. World Psychiatry 2021; 20:4–33.
39. Stein D.J., Craske M.G., Rothbaum B.O. et al. The clinical characterization of the adult patient with an anxiety or related disorder aimed at personalization of management. World Psychiatry 2021; 20:336–56.
40. Wells J.E., Browne M.O., Aguilar-Gaxiola S. et al. Drop out from outpatient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. Br J Psychiatry 2013; 202:42–9.
41. Thompson L., McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. BMC Psychiatry 2012; 12:87.
42. Pérez-Jover V., Sala-González M., Guilabert M. et al. Mobile apps for increasing treatment adherence: systematic review. J Med Internet Res 2019; 21:e12505.
43. Dieterich M., Irving C.B., Bergman H. et al. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2017; 1:CD007906.
44. Maj M. Helpful treatment of depression – delivering the right messages. JAMA Psychiatry 2020; 77:784–6.

DOI:10.1002/wps.20971