

Психіатрія • Дайджест

Факторы риска совершения суицида

В Швеции было проведено крупное исследование, посвященное изучению социально-демографических, медицинских и психиатрических факторов совершения суицида. Взяв за основу данные переписи населения 2001 года, группа шведских и американских ученых на протяжении восьми лет отслеживала сведения национальных реестров случаев смерти в результате суицида, обращений за стационарной и амбулаторной медицинской и психиатрической помощью, пытаясь определить факторы риска.

Риск смерти в результате суицида был в три раза выше у мужчин ($n=6\ 213$; 0,18%), чем у женщин ($n=2\ 508$; 0,07%), наибольший относительный риск отмечался для депрессии, особенно в первые 13 недель после установления диагноза, причем лечение антидепрессантами существенно снижало риск. Другими значимыми факторами риска служили диагноз любого психического расстройства, злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами, хронические obstructивные заболевания легких, рак и инсульт. Из социодемографических факторов значимый риск у лиц обоего пола представляли безработица и пребывание вне брака. Высокий риск отмечался у мужчин с низким уровнем доходов, низким уровнем полученного образования и проживающих в сельской местности, в то же время последний фактор у женщин ассоциировался со значительно более низким риском смерти в результате суицида. Большинство суицидов совершалось в возрасте от 35 до 64 лет. Более половины лиц, умерших в результате суицида, обращались в предыдущие два месяца за медицинской помощью (57% женщин и 45% мужчин).

Изучение факторов риска суицида имеет большое значение для определения среди пациентов с суицидальными намерениями, обращающихся за медицинской помощью, тех, кто подвержен наибольшему риску совершения суицида, что позволяет своевременно принять эффективные меры для его предупреждения.

Crump C. et al. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study. *Psychol Med*, 2013; Apr 23.

Психосоциальные интервенции при шизофрении и мозг

В лечении шизофрении широко используются различные психосоциальные интервенции, однако, несмотря на эмпирическую поддержку, их эффективность недостаточно изучена в условиях контролируемых исследований.

Группа испанских ученых провела рандомизированное контролируемое исследование, цель которого заключалась в том, чтобы сравнить влияние на структуры и функции мозга у больных шизофренией двух психосоциальных вмешательств: когнитивного восстановления и тренинга социальных навыков. Когнитивное восстановление – вид поведенческой терапии, применяющийся у пациентов с когнитивными нарушениями; метод предполагает усвоение и развитие определенных когнитивных навыков (например, память, внимание), улучшающих целенаправленную деятельность и функционирование больных. Тренинг социальных навыков также использует поведенческие техники, способствующие улучшению способности пациента контролировать или преодолевать стойкие симптомы шизофрении, справляться с кризисными и проблемными ситуациями повседневной жизни.

Исследователи случайным образом распределили 30 больных с диагнозом шизофрении для получения одного из видов психосоциального лечения, контрольную группу составили 15 здоровых добровольцев. Перед началом терапии продолжительностью 4 мес пациенты прошли нейропсихологическое обследование и фМРТ-сканирование. После окончания лечения у больных группы когнитивного восстановления регистрировали значимое улучшение высших психических функций, вербальной и невербальной памяти, реже отмечалась психотическая интерпретация действительности. Улучшалось функционирование изначально гиперактивных нейронных сетей высших корковых функций, что коррелировало с увеличением сохранности белого вещества в мозолистом теле.

Таким образом, данное исследование показало определяемые структурные и функциональные изменения в головном мозге у пациентов с шизофренией после прохождения курса когнитивного восстановления.

Penades R. et al. Brain effects of cognitive remediation therapy in schizophrenia: A structural and functional neuroimaging study. *Biol Psychiatry*, 2013 May 15; 73: 1015-23.

Прогноз обсессивно-компульсивного расстройства

Исторически обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) рассматривается как заболевание с хроническим течением и низким уровнем достижения ремиссий. Такая точка зрения поддерживается в недавно проведенном исследовании ученых из Йельского университета (США). Исследователи повторно связались со 165 участниками испытаний селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые с 1986 по 1995 год принимали препараты данной группы как минимум на протяжении восьми недель, то есть тогда, когда эти лекарственные средства вводились в клиническую практику. Оценить результаты лечения удалось у 83 (51%) пациентов с ОКР. Катамнестическое исследование показало, что лишь 20% из них находились в состоянии ремиссии, у 49% отмечались клинически значимые симптомы ОКР. 71% участников сообщили, что в течение катамнестического периода продолжали принимать СИОЗС, 34% дополнительно принимали антипсихотические препараты, 51% пациентов проходили курс психологического лечения – экспозиционную терапию или профилактику ответной реакции. Уровень ремиссии достигал 31% среди лиц, у которых первоначально наблюдался хороший терапевтический ответ при лечении СИОЗС, 12% – среди пациентов с парциальным терапевтическим ответом и 0% – среди больных, у которых терапевтический ответ отсутствовал. Не прослеживалась взаимосвязь между достижением ремиссии и такими исходными характеристиками пациентов, как сопутствующие психические расстройства, возраст начала заболевания и его продолжительность.

Несмотря на появление за последние 30 лет нескольких новых средств с доказанной эффективностью для лечения ОКР, уровни достижения ремиссии при этом расстройстве остаются очень низкими. Это обосновывает необходимость разработки новых препаратов для лечения пациентов, у которых отсутствует ответ на лечение СИОЗС, а также целесообразность более интенсивного использования у больных ОКР стратегий дополнения фармакологического лечения и применения психотерапевтических интервенций.

Bloch M.H. et al. Long-term outcome in adults with obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 2013 Mar 26.

Лечение антидепрессантами биполярной депрессии не всегда связано с осложнениями

На протяжении последних нескольких лет в экспертной среде ведется серьезная дискуссия относительно использования антидепрессантов в лечении биполярной депрессии. Современные клинические руководства указывают на то, что антидепрессанты провоцируют развитие у пациентов маниакальных состояний, ускорение цикличности, а также на то, что существует небольшое

количество возможных вариантов лечения депрессии с доказанной эффективностью у лиц, страдающих биполярным расстройством.

Сотрудники центра исследования депрессии в университете Пенсильвании в двойном слепом рандомизированном клиническом испытании изучали эффективность и безопасность монотерапии флуоксетином или литием у пациентов с биполярным расстройством II типа (у 25% больных наблюдалась быстрая цикличность, то есть ≥ 4 аффективных эпизодов в год). Пациентов ($n=81$) случайным образом распределили для приема одного из препаратов или плацебо на протяжении 50 недель. Уровни частоты рецидивов депрессии значимо не различались между этими тремя группами (29, 35 и 30% соответственно). У обследованных с быстрой цикличностью также отсутствовали значимые отличия показателей рецидивов депрессии (36 против 52%) и возникновения мании (44 против 48%).

Данное исследование было недостаточно крупным, чтобы установить различия между тремя группами лечения, однако оно продемонстрировало, что у пациентов с биполярным расстройством II типа с помощью антидепрессанта флуоксетина возможно достичь стабилизации без ухудшения состояния при длительном приеме препарата. Ранее проведенные исследования указывали, что этого невозможно добиться у больных с биполярным расстройством I типа или при быстрой цикличности расстройства. Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что назначение антидепрессантов является возможным вариантом лечения биполярного расстройства II типа у лиц, у которых в прошлом отмечался терапевтический ответ на фоне лечения депрессии антидепрессантами или отсутствовали рецидивы расстройства при поддерживающей терапии антидепрессантами, даже если эпизоды характеризовались быстрой цикличностью.

Amsterdam J.D. et al. Efficacy and mood conversion rate during long-term fluoxetine v. lithium monotherapy in rapid- and non-rapid-cycling bipolar II disorder. *Br J Psychiatry*, 2013 Apr; 202: 301-6.

Бредовые идеи и агрессия

Пациенты, страдающие психотическими расстройствами, часто объясняют случаи своего агрессивного поведения бредовыми идеями. Клиницисты также могут считать бредовые идеи опосредующим фактором агрессии, однако в исследованиях эта гипотеза не всегда подтверждается. Ученые из Великобритании проверили ее, изучив взаимосвязь между типом бредовых идей и агрессивным поведением среди 458 больных с первым эпизодом психоза. Все пациенты были жителями мегаполиса, у 75% из них было диагностировано неаффективное психотическое расстройство. За год до первого контакта с психиатрической службой у 62% больных отсутствовали агрессивные поступки, у 26% они были незначительными (нападения без применения оружия или без нанесения повреждений), у 12% отмечались серьезные акты насилия (нанесение повреждений, угрозы с применением оружия, изнасилования). Среди пациентов последней группы в шесть раз чаще диагностировали сопутствующее антисоциальное расстройство личности и в два раза чаще регистрировали злоупотребление психоактивными веществами по сравнению с обследованными лицами без агрессивных поступков.

Анализ с учетом социально-демографических факторов показал, что незначительная агрессия имела значимую взаимосвязь с нелепыми бредовыми идеями, бредовыми идеями влюбленности и бредовыми идеями о том, что знакомые люди выдают себя за кого-то другого, хотя последнее в некоторых случаях могло быть результатом наличия других психотических симптомов. Серьезные агрессивные действия ассоциировались с бредовыми идеями преследования и заговора, хотя в таких случаях поясняющим фактором часто были не сами бредовые идеи, а незначительные гнев и раздражительность, которые увеличивали риск агрессии на 60%, то есть важным опосредующим компонентом агрессии были гневная или раздражительная реакция больного на бредовые идеи. Независимо от содержания бредовых идей, гнев и раздражительность могут быть хорошими предикторами совершения агрессивных действий, что требует внимательного наблюдения за пациентами с целью их выявления.

Coid J.W. et al. The relationship between delusions and violence: Findings from the East London First Episode Psychosis Study. *JAMA Psychiatry*, 2013 May 1; 70: 465-71.

КПТ для профилактики рецидивов депрессии

Пациенты, страдающие рекуррентным депрессивным расстройством, подвержены риску повторных эпизодов депрессии, который значительно возрастает с количеством перенесенных эпизодов. Стратегии профилактики рецидивов включают медикаментозное поддерживающее лечение и психотерапию, в частности когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). В Германии было проведено исследование с участием 180 больных, у которых ранее отмечалось не менее трех эпизодов депрессии. Это испытание было мультицентровым, контролируемым, на протяжении восьми месяцев в нем сравнивалась эффективность двух методов психологических вмешательств – КПТ и психообразования. На момент включения в исследование у пациентов отсутствовала депрессия, их состояние было клинически стабильным.

Больных рандомизировали для прохождения 16 сессий КПТ или психообразования. Продолжительность сессий была обычной для каждого вида вмешательств (КПТ – 50 мин, психообразование – 20 мин). Психообразование включало предоставление информации, внимательное слушание, советы и рекомендации, но исключало такие явные КПТ-техники, как тренинг навыков, обзор жизни, решение проблем. Все пациенты получали рекомендации относительно поддерживающего медикаментозного лечения; значимые различия между группами по количеству больных отсутствовали.

Значительно большее количество пациентов группы КПТ прошли как минимум 12 сессий (87 против 73%). Через один год после окончания терапии отсутствовали значимые различия в частоте рецидивов (51% больных группы КПТ и 60% группы психообразования), средней продолжительности времени до рецидива (КПТ – 607 дней; психообразование – 531 день). Однако среди пациентов, ранее перенесших более пяти эпизодов депрессии, риск рецидива в группе КПТ был на 38% меньшим, чем в группе психообразования.

Данное исследование имело ряд недостатков: в нем отсутствовала группа «обычного» лечения, КПТ предполагала, по крайней мере, в два раза большую продолжительность контакта пациента с терапевтом, сравнительно короткий был период катамнестического наблюдения. Кроме этого, были исключены важные техники, используемые в психообразовании. Но полученные данные указывают на большую клиническую пользу КПТ в качестве дополнения к поддерживающему медикаментозному лечению у лиц с большей тяжестью рекуррентного депрессивного расстройства по сравнению с другим, менее интенсивным видом психотерапевтического вмешательства.

Stangier U. et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 2013 Jun; 170: 624-32.

Подготовил Станислав Костюченко