

Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 23, Номер 2



Июнь 2024

ОТ РЕДАКТОРА

- Дегуманизация и психическое здоровье
N. Haslam
Размышления о философии психиатрии
K.S. Kendler

175

176

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

От «онлайн-мозга» к «онлайн-жизни»: осмысление вклада индивидуального влияния интернет-пользования на психологические, когнитивные и социальные аспекты жизни человека

J. Firth, J. Torous, J.F. López-Gil et al.

178

Пережитый опыт психических расстройств у подростков: обзор «снизу вверх», совместно разработанный, проведенный и написанный экспертами по опыту и учеными

P. Fusar-Poli, A. Estradé, C.M. Esposito et al.

193

ПЕРСПЕКТИВЫ

Что скрывается за термином? Психические расстройства, нарушения психического здоровья и психосоциальная инвалидность

G.M. Reed

210

Преимущества и недостатки самоопросников в клинической практике и эпидемиологических исследованиях

M. Zimmerman

211

Нарушения речи при шизофрении: траектория математических и вычислительных анализов

C.M. Corcoran, G.A. Cecchi

213

Изменение подхода к оказанию психиатрической помощи лесбиянкам, геям, бисексуалам, транссексуалам и квир-людям в психиатрических учреждениях: взгляд клинициста

J. Drescher

214

ФОРУМ – ФИЛОСОФИЯ ПСИХИАТРИИ: КЛЮЧЕВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ И БУДУЩИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Социальные детерминанты психического здоровья и расстройств: доказательная база, профилактика и рекомендации

D.J. Stein, K. Nielsen, A. Hartford et al.

217

КОММЕНТАРИИ

Пять концептуальных компетенций в психиатрии

M. Solomon

234

Специалистам в области психиатрии необходима рефлексивная компетентность

D. Denys

235

Применение новых научных достижений может оживить философию психиатрии

S.E. Hyman

236

Начало социальной философии психиатрии

J.Z. Sadler

238

Еще одно «и»: философия как клей

K.W.M. Fulford

239

Феноменология, бред и справедливость

M.R. Broome

241

Философия психиатрии как изучение сменяющихся парадигм

D. Bolton

242

Галлюцинирующие мыши, «мозговая» психотерапия, вычислительная психиатрия: будущее психиатрии наступило

M. Spitzer

243

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Влияние загрязнения воздуха и изменения климата на показатели психического здоровья: зонтичный обзор глобальных данных

J. Radua, M. De Prisco, V. Oliva et al.

245

Алгоритмическая модульная психотерапия в сравнении с когнитивно-поведенческой терапией при депрессии, коморбидных психических расстройствах и ранней травме: рандомизированное контролируемое исследование с проверкой концепции

E. Schramm, M. Elsaesser, C. Jenkner et al.

257

Абсолютные и относительные результаты психотерапевтических интервенций при восьми психических расстройствах: систематический обзор и метаанализ

P. Cuijpers, C. Miguel, M. Ciharova et al.

266

Эффективность антидепрессантов, антипсихотиков и их комбинаций в поддерживающем лечении психотической депрессии в реальной клинической практике. Данные внутрисубъектного анализа двух национальных когорт

H. Taipale, J. Lieslehto, M. Lähteenvujo et al.

275

ИДЕИ

Роберт Спитцер и депатологизация гомосексуальности: некоторые соображения в день пятидесятилетнего юбилея

J.C. Wakefield

284

Стандарты эффективности психологических методов лечения для рандомизированных контролируемых испытаний

D.C. Mohr

285

Будущее динамических сетей в науке и клинической практике

L.F. Bringmann

287

Перспективы терапии социального восстановления при неаффективных психотических расстройствах

D. Fowler

288

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

290

НОВОСТИ WPA

302

Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА)

ВПА является ассоциацией национальных психиатрических обществ, цель которой – повышение уровня знаний и навыков, необходимых для работы в области психического здоровья и лечения психически больных людей. В состав ВПА в настоящее время входит 147 обществ из 123 стран, более 250 000 психиатров.

Каждый год ВПА организует Всемирный психиатрический конгресс. Кроме того, организуются международные и региональные конгрессы и встречи, тематические конференции. ВПА состоит из 66 научных секций, целью которых являются распространение информации и развитие сотрудничества в специальных областях психиатрии. Было подготовлено несколько обучающих программ и выпущены серии книг. ВПА разработала этические руководства для психиатрической практики, включая Мадридскую декларацию (1996).

Более подробную информацию о ВПА можно найти на веб-сайте www.wpanet.org.

Исполнительный комитет ВПА

Президент: D. Wasserman (Швеция)

Избранный президент: T.G. Schulze (Германия)

Генеральный секретарь: S. Levin (США)

Секретарь по финансам: P. Summergrad (США)

Секретарь по образованию и публикациям: N. Skokauskas (Норвегия)

Секретарь по работе с секциями: A. Soghoyan (Армения)

Секретариат ВПА

Geneva University Psychiatric Hospital, 2 Chemin du Petit Bel-Air, 1226 Thônex, Geneva, Switzerland.
Тел.: +41223055737; факс: +41223055735;
эл. почта: wpasecretariat@wpanet.org

«Всемирная психиатрия»

«Всемирная психиатрия» (World Psychiatry) – официальный журнал Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА). В год выходит 3 выпуска этого журнала, он бесплатно высылается психиатрам, имена и адреса которых предоставляются национальными организациями и секциями ВПА.

Для публикации в журнале следует присылать отчеты об исследованиях, данные которых ранее не были опубликованы. Статьи должны содержать четыре части: вступление, методы, результаты, обсуждение. Список литературы нумеруется по мере цитирования и приводится в конце статьи в следующем виде.

1. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. World Psychiatry 2014;13:56-67.

2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.

3. Fraeijls de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). Stress analysis. London: Wiley, 1965:145-97.

Все публикации должны направляться в офис редактора.

Редактор – М. Maj (Италия).

Редакционная коллегия – D. Wasserman (Швеция), T.G. Schulze (Германия), S. Levin (США), P. Summergrad (США), N. Skokauskas (Норвегия), A. Soghoyan (Армения)

Консультативный комитет R.D. Alarcón (США), D. Bhugra (Великобритания), C.U. Correll (США, Германия), J.A. Costa e Silva (Бразилия), P. Cuijpers (Нидерланды), J. Firth (Великобритания), P. Fusar-Poli (Великобритания/Италия), H. Herrman (Австралия), O.D. Howes (Великобритания), A. Javed (Великобритания/Пакистан), F. Lieh-Mak (Гонконг – Китай), F. Lolas (Чили), P.D. McGorry (Австралия), J.E. Mezzich (США), D. Moussaoui (Марокко), A. Okasha (Египет), J. Parnas (Дания), V. Patel (США/Индия), N. Sartorius (Швейцария), D.J. Stein (ЮАР), A. Tasman (США), J. Torous (США) S. Tyano (Израиль), J. Zohar (Израиль).

Офис редактора – Department of Psychiatry, University of Campania «L. Vanvitelli», Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Тел.: +390815666502; факс: +390815666523; эл. почта: mario.maj@unicampania.it

Главный редактор русской версии – д.м.н., профессор Георгий Петрович Костюк (Москва)

Перевод на русский язык выполнен при участии:

Правления Московского отделения Российского общества психиатров (председатель – д. м. н., профессор Г. П. Костюк; секретарь – к. п. н. М. А. Кулыгина; к. м. н. Л. А. Бурыгина; д. м. н., профессор В. Г. Каледа; к. м. н. О. А. Карпенко; д. м. н., профессор В. Н. Краснов; к. м. н. Т. А. Куприянова; к. м. н. С. С. Потанин; д. м. н., профессор А. А. Ткаченко, Т. И. Шишковская, Д. В. Целищев);

Совета молодых ученых Российского общества психиатров (председатель – к. м. н. Алёна Владимировна Леонова, Тюмень; ответственный – руководитель секции по поддержке международного сотрудничества СМУ РОП Андрей Александрович Кибитов, Москва);

Союза охраны психического здоровья.

World Psychiatry индексируется в PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Social and Behavioral Sciences, Science Citation Index и EMBASE.

Предыдущие номера World Psychiatry теперь можно найти на сайте WPA
<https://www.wpanet.org/world-psychiatry>

Дегуманизация и психическое здоровье

Haslam N. Dehumanization and mental health. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):173-174.
doi: 10.1002/wps.21186.

Дегуманизация – страшное слово, напоминающее о самых мрачных злодеяниях прошлого и настоящего. Люди, которых считали «недолюдьми», страдали и продолжают страдать от насилия, лишений, изоляции и обездоленности, и эти страдания обычно игнорировались или сводились к минимуму. Однако, хотя дегуманизация обычно воспринимается как крайнее явление, связанное с войнами, геноцидами и завоеваниями, она имеет широкий спектр проявлений. Два десятилетия социально-психологических исследований показали, что она приводит к значительным последствиям в повседневной жизни¹.

Растущий объем литературы о дегуманизации позволяет выделить три ключевые идеи. Во-первых, дегуманизация варьируется от явной и выраженной в словесной форме до скрытой и неосознаваемой: людей могут как явно уподоблять животным, так и неявно лишать таких фундаментальных человеческих качеств, как рациональность, самоконтроль и сложные эмоции. Во-вторых, дегуманизация принимает различные формы: от выставления других животных или роботами до отрицания их индивидуальности или самостоятельности и наличия разума как такового. В-третьих, хотя дегуманизация часто сопровождается негативным отношением к другим людям, эти проявления психологически и даже неврологически отличаются от «обычных» предрассудков. Считать людей неполноценными – это не то же самое, что испытывать к ним неприязнь. Мы можем расчеловечивать и тех, кто отличается от нас, а не только тех, кого ненавидим. Более того, исследования близких отношений показывают, что мы можем постепенно расчеловечивать даже тех, кого любим.

Обширная литература о стигматизации показывает, что в обществе часто негативно относятся к людям с психическими расстройствами. Таких людей считают опасными, заслуживающими порицания и позора, что неблагоприятно сказывается на равноправии, благополучии и выздоровлении. За прошедшее время стало ясно, что в дополнение к этому негативному восприятию им часто также отказывают в гуманном отношении. Люди кажутся менее «человечными», когда на них навешивают ярлыки психических, а не физических заболеваний. Люди с психическими заболеваниями – особенно с шизофренией и зависимостями – подвергаются еще более вопиющей дегуманизации, чем некоторые очерняемые этнические или религиозные меньшинства².

«Дегуманизирующее» отношение к людям с психическими расстройствами свойственно не только обществу, но и специалистам в области психического здоровья. Исследователи начали документировать причины и последствия такого отношения. Одним из факторов, способствующих этому, является попытка эмоционального самосохранения: специалисты могут дегуманизировать пациентов, чтобы защитить себя от эмоционального истощения и дистресса³. Предвосхищение эмоциональных требований может побудить профессионалов отказать другим в гуманном отношении и привести к отказу в сочувствии и заботе.

Подобные исследования проливают новый свет на эмоциональное выгорание, одним из основных проявлений которого является потеря эмпатии к другим. В клинических условиях эта тенденция, сходная с дегуманизацией, может привести к тому, что специалисты будут отстраняться от пациентов, не в состоянии оценить их эмоциональные переживания, сводя их к одному лишь диагнозу. Неблагоприятные условия труда, способствующие эмоциональному выгоранию, такие как чрезмерная рабочая нагрузка и отношение организаций к сотрудникам как к взаимозаменяемым винтикам промышленного механизма, могут привести к тому, что специалисты в области психического здоровья станут относиться к пациентам бесчеловечно. Это негативно сказывается на оказании медицинской помощи, что проде-

монстрировано в исследованиях эмоционального выгорания. Одно исследование показало, что медсестры психиатрических клиник, которые не чувствовали поддержки со стороны своего начальства, были более склонны к эмоциональному выгоранию и депрессии, а также к дегуманизации своих пациентов (например, проявляли большую готовность обойти их согласие)⁴.

Люди, обращающиеся за психиатрической помощью, неизбежно расчеловечиваются на основании их болезни, чтобы страдать от последствий дегуманизации. Дегуманизирующее восприятие расовых меньшинств может способствовать расовым различиям в диагностике и лечении психического здоровья, таким как значительно повышенный уровень применения химических седативных препаратов у афроамериканских пациентов, поступающих в отделения неотложной помощи с психическими расстройствами⁵, точно так же как дегуманизация по расовому признаку способствует непропорционально более жестким дисциплинарным мерам в системе уголовного правосудия и образовательных учреждениях.

Люди, которые считают себя подвергнутыми дегуманизации, обычно реагируют на это негативно. Точно так же, как вера в то, что кто-то может быть «недостаточно человеком» из-за своей расы или политических взглядов, как было показано, вызывает антагонистические реакции, так и стремление пациентов к психиатрическому лечению может быть подорвано опытом расчеловечивания в результате унижительных репрезентаций в средствах массовой информации, пренебрежительного отношения со стороны специалистов и обесценивающих индивидуальность столкновений с бюрократией здравоохранения⁶.

Дегуманизирующее восприятие также можно усвоить, а не сопротивляться ему. Люди, которые считают, что другие не считают их людьми, могут начать «расчеловечивать самих себя». Это явление может иметь серьезные клинические последствия. Исследование пациентов с тяжелыми расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, показало, что те, кто в большей степени себя дегуманизировали, имели более низкую самооценку и менее эффективно справлялись с ситуацией⁷. Схожие исследования показывают, как дегуманизация может создавать порочные круги, которые ставят под угрозу достижение терапевтических целей. Дегуманизация может привести к ощущению себя расчеловеченным, что может саботировать лечение.

Восприятие себя как неполноценного человека может усугубить существующее психическое заболевание, однако дегуманизация также может быть фактором риска его развития. Действительно, исследования указывают на негативные последствия дегуманизации, которые являются известными факторами психологической уязвимости. Восприятие себя как неполноценного человека усиливает у людей чувство социальной изоляции, а также снижает готовность других помогать и проявлять сочувствие¹. Возникающая в результате социальная разобщенность может увеличить риск, особенно в отношении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ и интернализованных расстройств.

В дополнение к ослаблению социальных связей дегуманизация как усугубляет тенденции к вовлечению в опасное для других людей поведение, так и приучает самостоятельно терпеть вред. Люди с более выраженной склонностью к расчеловечиванию других чаще прибегают к травле; мужчины, которые дегуманизируют женщин, более склонны к сексуальному насилию и домогательствам; а люди, которые дегуманизируют своих оппонентов в этнических конфликтах, с большей вероятностью поддерживают насильственные действия по отношению к ним. Подверженность насилию является значительным фактором психиатрического риска, и дегуманизация способствует этому. На более

системном уровне дегуманизация по признаку расы, социального класса и статуса иммигранта может усилить общественное признание социального неблагополучия и экономических трудностей, которые, как известно, способствуют неравенству в области психического здоровья.

Концепция дегуманизации оказалась полезной для осмысления многих форм межличностных и межгрупповых конфликтов. Она дополняет более привычные концепции, такие как предрассудки, стигматизация, стереотипы и дискриминация, фокусируясь на том, воспринимаем ли мы других и относимся ли к ним так, чтобы признать нашу общую человечность. Неудачи в этом направлении в настоящее время проявляются в восприятии различных социальных групп, и их разрушительные последствия становятся все более понятными. Исследования по дегуманизации в области психиатрии находятся в зачаточном состоянии, но убедительно свидетельствуют о том, что попытки полностью гуманизировать людей с психическими заболеваниями широко распространены и имеют немалый результат.

Вопрос о том, как бороться с дегуманизацией, связанной с психическими заболеваниями, не является однозначным. Чтобы общественное восприятие ментальных расстройств стало более гуманным, необходимы культурные изменения на уровне населения. Популяризация многомерных моделей может привести к тому, что люди с психическими заболеваниями будут восприниматься как менее «иные». За последние десятилетия некоторые аспекты расчеловечивающего представления психических заболеваний средствами массовой информации заметно снизились⁸.

Не менее важно уменьшить расчеловечивание в клинической практике. Дегуманизацию можно уменьшить, усиливая эмпатию у специалистов путем отбора и обучения, признавая при этом, что эмпатия и решение проблем иногда могут противоречить друг другу, а также поощряя контакты «лицом к лицу» между специалистами и пациентами, несмотря на растущее внедрение медицинских технологий. Расчеловечивание также можно снижать, если представить пациентов и специалистов как личностей с уникальными

характеристиками, повысить у пациентов чувство самостоятельности за счет увеличения их влияния на лечение и уменьшить реальные и предполагаемые различия между пациентами и специалистами.

Цель гуманизации медицинской помощи, как в области психического здоровья, так и за ее пределами, должна быть широко признана и разделяться всеми, а также должны быть определены и реализованы конкретные стратегии для достижения этой цели. В дополнение к этому влияние дегуманизации на психическое здоровье населения должно стать более явным и конкретным предметом исследований.

Nick Haslam

Melbourne School of Psychological Sciences, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

Перевод: Лукьянова Алёна Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Haslam N, Loughnan S. *Annu Rev Psychol* 2014;65:399-423.
2. Boysen GA, Isaacs RA, Tretter L et al. *J Soc Psychol* 2020;160:346-56.
3. Vaes J, Muratore M. *Br J Soc Psychol* 2013;52:180-90.
4. Fontesse S, Rimez X, Muraige P. *Arch Psychiatr Nurs* 2021;35:153-61.
5. Khatri UG, Delgado MK, South E et al. *Ann Epidemiol* 2022;69:9-16.
6. Jenkins TA, Robison M, Joiner TE. *Curr Opin Behav Sci* 2023;50:101257.
7. Fontesse S, Stinghamer F, Demoulin S et al. *Addict Behav* 2020;107:106425.
8. Giorgi S, Habib DRS, Bellew D et al. *Front Public Health* 2023;11:1275975.
9. Haque OS, Waytz A. *Perspect Psychol Sci* 2012;7:176-86.

DOI:10.1002/wps.21186

Размышления о философии психиатрии

Kendler KS. Reflections on philosophy of psychiatry. *World Psychiatry*. 2024;23(2):174-175.
doi:10.1002/wps.21187.

В этом номере журнала Stein et al.¹ кратко описывают современное состояние философии психиатрии, уделяя особое внимание нескольким вопросам в области нозологии, психиатрической науки и проблеме взаимодействия разума и тела.

Я согласен с их благосклонным отношением к «мягкому натурализму» как к подходящей концептуализации психиатрических диагностических категорий. «Жесткий» натурализм, предполагающий наличие четких границ и сущностей, который применим к некоторым объектам науки (например, элементам периодической таблицы Менделеева), явно не подходит для психических расстройств. Границы наших расстройств «размыты» и зачастую бывают трудноопределимы.

Существуют ли в мире психические расстройства для того, чтобы их «обнаруживали», или мы сами «создаем» их? Хотя я придерживаюсь первой точки зрения, исторические работы вызывают некоторый скептицизм. Если бы Кребелин занялся зоологией, как его старший брат, стал бы кто-нибудь другой описывать раннее слабоумие и маниакально-депрессивное расстройство в тех же самых выражениях? На протяжении XIX века многие клиницисты работали над тем, чтобы разобраться в диагностическом пространстве расстройств настроения и психотических расстройств². Что-то похожее на наши нынешние взгляды, вероятно, возникло бы и без Крепелина, но насколько это было бы схоже с известной нам концепцией?

Психиатры давно верят, что следующая научная революция – будь то патология мозга, менделеевские гены или мо-

ноаминовые нейромедиаторы – решит проблему психических расстройств, открыв простые, однопричинные «эссенциалистские» объяснения. Это достойная сожаления, повторяющаяся несбыточная мечта нашей профессии. По иронии судьбы, незадолго до начала эволюции психиатрии (начало XIX века) мы столкнулись с прогрессивным параллелем. Открытие его этиологии было величайшей историей успеха в нашей науке, однако она оставила нам нереалистичные ожидания, которые мы не можем повторить для остальных синдромов в психиатрии.

За некоторыми редкими исключениями, психические расстройства имеют много причинно-следственных связей «на всем своем протяжении». Поэтому с нашей стороны было бы нереалистично выражать недовольство тем, что DSM до сих пор не разработала диагностическую систему, основанную на этиологии. Несмотря на все достижения в области визуализации мозга и молекулярной генетики, мы по-прежнему остаемся в неведении относительно причин развития наших расстройств. Вряд ли это изменится в ближайшее время. Действительно, достижения в области молекулярной генетики указывают на то, насколько трудным будет это испытание, метко названное «проклятием полигенности».

Мой взгляд на роль ценностей в психиатрической нозологии более ограничен, чем тот, который отстаивают Stein et al. Наиболее важная ценность, которая входит в процесс проверки DSM, – это приоритезация потенциальных определяющих факторов. В настоящее время мы в целом согласны с

тем, что изменения в диагностике должны, насколько это возможно, основываться на эмпирических данных. Пересмотренные наборы критериев для определения расстройства должны соответствовать реальным данным лучше, чем их предшественники. Но как решить, какие показатели должны быть приоритетными? Как только вы узнаете, какие результаты вы хотите получить при диагностике, становится возможным хотя бы приблизительно использовать всесторонний подход, основанный на данных. Существующая система с множеством различных факторов с неопределенным удельным весом создает проблемы³. Рецензирующим комитетам DSM (DSM Review Committees) приходится выполнять гораздо более сложную работу, чем тем, кто оценивает рандомизированные контролируемые исследования для Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (US Food and Drug Administration), в которых ответ на лекарственную терапию является единственной значимой переменной.

Я также согласен с тем, что Stein et al. подчеркивают важность плюрализма в психиатрии. В этой области существует множество обоснованных научных точек зрения на расстройства, их этиологию и лечение. Необходимость в плюрализме обусловлена многопричинной природой большинства из этих расстройств. Однако у меня есть опасения по поводу «недисциплинированного» плюрализма: он рискует выродиться в антинаучную концепцию «пусть расцветет тысяча цветов». Чтобы сесть за стол плюралистов, необходима тяжелая эмпирическая работа. Корреляций недостаточно. Конструкции, позволяющие делать причинно-следственные выводы, имеют решающее значение. Наши «пороги» должны быть высокими, потому что область психического здоровья привлекает самых разных теоретиков, и некоторые из них мало ограничены проблемами эмпирических данных. Я сторонник «трезвого» плюрализма. Меня также давно интересовало, как часто люди приходят в нашу область с исследовательской программой, на которую в значительной степени влияют сильные априорные идеологические убеждения. Я думаю, что отчасти это связано с нашей незрелостью как научной области, но отчасти и с тем, что многие из наших исследовательских областей затрагивают ключевые предположения о природе человека.

Я также ценю озабоченность Stein et al. тем, как объединить различные точки зрения на психические расстройства. Нашим узкоспециализированным исследователям слишком легко за всю карьеру глубоко погрузиться в свой собственный уголок этиологического пространства психических заболеваний и никогда не поднимать глаз. На самом деле, наша система финансирования поощряет такую специализацию. Я предпочитаю разнообразность «плюрализма», которая не обсуждалась Stein et al.: «интегративный плюрализм»⁴. Это понятие предполагает, что время от времени ученый обязан вылезать из своей норы и потратить немного энергии на то, чтобы объединить свои открытия, по крайней мере, с результатами смежных исследований.

Здесь уместно прокомментировать редукцию. Я не считаю это слово ругательным. Действительно, растущее слияние молекулярной генетики и молекулярной нейронауки для выявления путей риска, связанных с генетическими вариантами и психическими расстройствами, является одним из самых захватывающих в нашей области. Было бы желательно предоставить им больше власти (и финансирования). Я возражаю тем сторонникам редукционизма, которые утверждают, что их подход – единственный путь. «Редуктивная гордыня» была вредна для нас на нескольких исторических этапах развития нашей дисциплины. Конечно, не все пути исследования психических расстройств одинаковы. Но психологические и социальные вмешательства доказали свою ценность при лечении ряда психических рас-

стройств, что возвращает меня к приведенным выше аргументам о многопричинности.

В отличие от вышеприведенных вопросов, которые в основном существуют в рамках философии науки, проблема соотношения разума и тела по своей сути является метафизической. При всей своей увлекательности полученные знания по сравнению с усилиями, необходимыми для того, чтобы пробраться сквозь метафизические дебри в этой области, на протяжении многих лет вызывали у меня разочарование. Поэтому я приведу лишь несколько кратких и личных комментариев. Философы размышляют над проблемой взаимодействия разума и тела. Психиатры живут этим. Наиболее подходящая метафора, с которой я сталкивался для описания взаимодействия между психиатрами и их пациентами, когда квалифицированный клиницист должен постоянно чередовать восприятие своих пациентов как объектов с разумом и с мозгом, является понятие «бинокулярности»⁵. Точно так же, как мы воспринимаем окружающий мир двумя глазами, мы получаем более глубокое представление о наших пациентах, рассматривая их с двух разных точек зрения – с точки зрения их мозга и разума.

Я – материалист, не склонный редукционизму. Не уверен, что это последовательная позиция, но это лучшее, что я могу предложить. Проще говоря, в своей научной деятельности я не рассматриваю разум как нечто, существующее независимо от мозга. Мой разум – это часть моего мозга. Однако система «разум-мозг» функционирует как нечто единое, хотя я не могу объяснить, как именно это происходит. В психиатрической сфере разум играет ключевую роль. Для меня концепция психиатрии без разума – это оксюморон. Я считаю, что разногласия между теориями, основанными на разуме, и теориями, основанными на мозге, были определяющими для развития истории психиатрии⁶. И я верю в причинно-следственную связь, которая идет от разума к мозгу. На уровне разума происходят важные процессы, которые иногда имеют большое значение для психиатрии⁷.

В заключение хотелось бы отметить, что отранно видеть публикацию этого обширного и заставляющего задуматься эссе в известном психиатрическом журнале. Психиатрия – это область, требующая от исследователей и клиницистов применения в своей работе различных философских подходов. Вопрос в том, потратят ли они время и энергию на каком-то этапе своей карьеры, чтобы изучить эти перспективы и решить, нужно ли их пересматривать.

Kenneth S. Kendler

Virginia Institute of Psychiatric and Behavioral Genetics, and Department of Psychiatry, Medical College of Virginia/Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA

Перевод: Лукьянова Алёна Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. World Psychiatry 2024;23:215-32.
2. Jansson Å. From melancholia to depression: disordered mood in nineteenth-century psychiatry. London: Palgrave MacMillan, 2020.
3. Solomon M. Philosophy of Medicine 2022;3:1-23.
4. Mitchell SD. Unsimple truths: science, complexity, and policy. Chicago: University of Chicago Press, 2009.
5. Parens E. Shaping our selves: on technology, flourishing, and a habit of thinking. Oxford: Oxford University Press, 2015.
6. Kendler KS, Tabb K, Wright J. Am J Psychiatry 2022;179:329-35.
7. Kendler KS, Woodward J. Psychol Med 2021;51:1783-8.

DOI:10.1002/wps.21187

От «онлайн-мозга» к «онлайн-жизни»: осмысление вклада индивидуального влияния использования Интернета на психологические, когнитивные и социальные аспекты жизни человека

Joseph Firth^{1,2}, John Torous³, José Francisco López-Gil^{4,5}, Jake Linardon⁶, Alyssa Milton^{7,8}, Jeffrey Lambert⁹, Lee Smith¹⁰, Ivan Jarić^{11,12}, Hannah Fabian¹, Davy Vancampfort^{13,14}, Henry Onyeaka¹⁵, Felipe B. Schuch^{16,17,18}, Josh A. Firth^{19,20}

¹Division of Psychology and Mental Health, University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK; ²Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester Academic Health Science Centre, Manchester, UK; ³Division of Digital Psychiatry, Department of Psychiatry, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ⁴One Health Research Group, Universidad de las Americas, Quito, Ecuador; ⁵Department of Environmental Health, T.H. Chan School of Public Health, Harvard University, Boston, MA, USA; ⁶School of Psychology, Deakin University, Geelong, VIC, Australia; ⁷Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; ⁸Australian Research Council, Centre of Excellence for Children and Families over the Life Course, Sydney, NSW, Australia; ⁹Department for Health, University of Bath, Bath, UK; ¹⁰Centre for Health Performance and Wellbeing, Anglia Ruskin University, Cambridge, UK; ¹¹Laboratoire Ecologie, Systématique et Evolution, Université Paris-Saclay, Gif-sur-Yvette, France; ¹²Biology Centre, Czech Academy of Sciences, C'eské Budejovice, Czech Republic; ¹³Department of Rehabilitation Sciences, KU Leuven, Leuven, Belgium; ¹⁴University Psychiatric Center, KU Leuven, Leuven, Belgium; ¹⁵Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; ¹⁶Department of Sports Methods and Techniques, Federal University of Santa Maria, Santa Maria, Brazil; ¹⁷Institute of Psychiatry, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil; ¹⁸Institute of Health Sciences, Universidad Autónoma de Chile, Providencia, Chile; ¹⁹Department of Biology, University of Oxford, Oxford, UK; ²⁰School of Biology, University of Leeds, Leeds, UK

В ответ на повсеместное внедрение и активное применение устройств с доступом в Интернет по всему миру, в 2019 году в данном журнале был опубликован масштабный обзор, раскрывающий влияние Глобальной сети на человеческое мышление. Обзор включал обсуждение концепций и идей, связанных с феноменом «онлайн-мозга». С тех пор цифровое пространство стало еще глубже интегрироваться в общественную жизнь, а уровень использования этих технологий продолжает увеличиваться. Также существенно расширились знания о воздействии Интернета на когнитивное развитие человека. В настоящей статье мы попытались объединить новейшие данные крупномасштабных эпидемиологических исследований и систематических обзоров, а также результаты рандомизированных клинических испытаний и качественных исследований, появившихся недавно по этому вопросу, чтобы представить всесторонний анализ последствий влияния Интернета на психологические, когнитивные и социальные аспекты жизни человека. Мы детально проанализировали эмпирические свидетельства того, как воздействие Интернета варьируется в зависимости от таких факторов, как возраст, пол и характер его использования. Мы также опираемся на результаты новых исследований, направленных на изучение более практических аспектов повседневной цифровой активности, чтобы лучше понять, как конкретные формы взаимодействия с Сетью и ее влияние на образ жизни определяют положительные или отрицательные стороны времени, проводимого в Интернете. Дополнительно мы исследовали, как только начинающие развиваться, но уже весьма интригующие направления «культуромики», искусственного интеллекта, виртуальной и дополненной реальностей преобразуют наши взгляды на взаимодействие Интернета с когнитивными процессами и поведением. Таким образом, становится очевидной важность индивидуального и многомерного подхода к оценке того, как Интернет трансформирует психическое здоровье, познавательную активность и социальное функционирование. Мы также подчеркиваем необходимость создания стандартов, политик и программ, регулирующих использование Интернета, с учетом полноценного применения научных данных, полученных на нейробиологическом, поведенческом и социально-культурном уровнях, представленных в нашем исследовании.

Ключевые слова: Интернет, социальные сети, познание, психическое благополучие, внимание, память, социальное функционирование, зависимость, искусственный интеллект, культуромика.

Firth J, Torous J, López-Gil JF et al. From «online brains» to «online lives»: understanding the individualized impacts of Internet use across psychological, cognitive and social dimensions. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):176-190. doi: 10.1002/wps.21188.

Цифровая революция трансформировала практически все аспекты нашей повседневной жизни. Интернет глубоко укоренился в современном образе жизни во всем мире: от досуга до профессиональной деятельности и социальных взаимодействий. В связи с этим появилась необходимость оценки потенциального влияния повсеместного внедрения технологий на сам человеческий разум. Так в 2019 году этой теме была посвящена статья в данном журнале, где был представлен обзор литературы о влиянии Интернета на внимание, процессы памяти и социальное познание¹.

С момента публикации в данной статье первоначальных результатов интеграция Интернета в общественную жизнь продолжала усиливаться. Согласно исследованию, проведенному Научно-исследовательским центром Пью (Pew Research Center)², отмечается стабильный рост числа пользователей смартфонов и увеличение глобального использования Интернета, при этом около 50% молодежи в 2023 году охарактеризовало себя как «постоянно находящиеся онлайн». Последние исследования также продемонстрировали, как эти тенденции ускорились на фоне пандемии COVID-19³, которая вызвала значительное повышение зависимости населения от цифровых технологий для работы и социального взаимодействия, еще сильнее укрепив роль цифровых технологий в повседневной жизни.

Наряду с наблюдением за дальнейшим распространением онлайн-технологий мы также получаем все больше данных о том, как люди проводят свое время в Интернете, и этот аспект непрерывно меняется. Так, продолжается переход от традиционных средств массовой информации к онлайн-медиа, главным образом в сфере музыки и видео. Радио постепенно уступает место онлайн-стриминговым сервисам и подкастам, при этом среднестатистический пользователь ежедневно тратит около 100 минут в день на прослушивание музыки через приложения, и еще 60 минут – на подкасты⁴. Кроме того, за последние годы значительно возросла популярность видеохостингов: по количеству времени, которое пользователи уделяют просмотру контента, они начинают конкурировать с традиционным телевидением⁵, а YouTube стал самой популярной социальной платформой².

Кроме того, сам характер онлайн-видео претерпел изменения благодаря новшествам в создании короткого видеоконтента, вызванным быстрым ростом популярности приложения TikTok, который получил всемирную известность после преодоления отметки в миллиард загрузок в 2019 году⁶. В ответ на это Instagram, Facebook и YouTube внедрили свои аналоги функционала для создания и просмотра коротких видео, такие как «reels» и «shorts». Совокупность этих нововведений оказала существенное влияние на мето-

ды создания и потребления онлайн-видеоконтента по всему миру.

Также наблюдается сопутствующее изменение в общественном восприятии значимости онлайн-развлечений. Например, один из университетов Ирландии теперь предлагает четырехлетнюю программу бакалавриата по созданию контента и «инфлюенсерам»⁷.

Однако последние глобальные данные за 2023^{4,5} год показывают, что социальные сети по-прежнему представляют собой крупнейшую долю использования Интернета в современном цифровом пространстве: пользователи трудоспособного возраста проводят более 2,5 часов ежедневно на различных платформах, что составляет 38% их общего времени пользования Интернетом. Если в 2015 году 24% подростков сообщали о постоянном пребывании онлайн, то к 2022 и 2023 годам этот показатель вырос и стабилизировался на уровне 46%². Соответственно, значительная часть текущих научных и общественных дискуссий о психологическом и социальном влиянии Интернета сосредоточена на этом аспекте онлайн-мира, что отражается в многочисленных, недавно появившихся национальных нормативно-правовых актах в области здравоохранения и клинических рекомендациях^{8,9}, а также в массе новой академической литературы, охватывающей аспекты влияния Интернета на психическое здоровье, когнитивные и социальные функции.

В ответ на последние изменения в наших представлениях и понимании использования Интернета, данная статья обновляет обзор 2019 года¹, расширяя ведущие гипотезы о том, как Интернет может влиять на психическое здоровье, его когнитивные и социальные аспекты. Мы учитываем последние данные как количественных, так и качественных исследований, чтобы по-новому осветить экспериментальные аспекты того, как использование Интернета может влиять на психическое состояние людей, и уточняем предполагаемые социально-демографические, психологические и поведенческие факторы, которые могут опосредовать это влияние.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТА: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ АСПЕКТ

Влияние использования Интернета на психическое здоровье продолжает оставаться актуальной темой как в средствах массовой информации, так и в общественном сознании, особенно в контексте социальных сетей и их воздействия на молодежь. В частности, доклад генерального хирурга США в 2021 году о психическом здоровье подростков⁹ привлекло значительное внимание к этой проблеме. Он сфокусировался, главным образом, на негативных последствиях использования социальных сетей для психического здоровья, даже расценил их в качестве фактора, повлиявшего на резкое увеличение показателей самоубийств и самоповреждений среди американской молодежи в последние годы. Кроме того, продолжающееся судебное разбирательство, инициированное несколькими штатами США против компании Meta, владеющей Facebook, в рамках которого высказывались утверждения, что компания сознательно наносила вред физическому и психическому здоровью молодых пользователей, используя психологически манипулятивные функции на своих платформах¹⁰.

С другой стороны, ведущие организации в области психического здоровья, такие как Национальный альянс по психическим заболеваниям США (US National Alliance on Mental Illness, NAMI), признавая возможные психологические риски использования социальных сетей, также отмечают ряд практических преимуществ в определенных контекстах. В частности, открытые обсуждения вопросов психического здоровья на этих платформах помогают снизить стигматизацию, улучшить осведомленность и предлагают ценные возможности для взаимной поддержки¹¹. По мере развития общественной дискуссии по данному вопросу необходимо регулярно пересматривать эмпирические данные для получения более глубокого понимания и разработки рекомендаций в области общественного здравоохранения.

Последние исследования показывают, что потенциальное негативное влияние использования Интернета (особенно социальных сетей) не имеет значимой корреляции с количеством времени, проведенным онлайн. Масштабное эпидемиологическое исследование¹², объединившее данные обзоров, метаанализов и когортных исследований для оценки ассоциации между использованием цифровых технологий и развитием депрессии и тревожности, а также надежный анализ этих взаимосвязей у подростков, проведенный на основе множества национальных баз данных¹³, обнаружило лишь минимальные доказательства причинно-следственной связи между временем, проведенным в Интернете, и показателями психического здоровья.

Такие нулевые результаты линейных ассоциаций могут частично объясняться наличием U-образной кривой зависимости между использованием Интернета и благополучием. Исследование, проведенное в рамках Национального опроса о здоровье детей США¹⁴, показало, что умеренное использование цифровых устройств (1–2 часа в день) ассоциировалось с лучшим психосоциальным функционированием у детей по сравнению с низким (<1 часа) или высоким (~5 часов) уровнем использования.

Несмотря на информативность крупномасштабных исследований на макроуровне, возможность определить характер основополагающих связей между использованием Интернета и психическим здоровьем только на их основе ограничена. За последние пять лет увеличилось количество исследований, направленных на получение причинно-следственных доказательств путем оценки влияния отказа от социальных сетей на психическое здоровье. Эти исследования основывались на гипотезе о том, что если такие технологии действительно провоцируют неблагоприятные психологические состояния при ежедневном использовании, то частичный или полный отказ от них должен привести к заметным изменениям в психическом благополучии.

Объединив последние данные по этому вопросу, систематический обзор 2023 года, основанный на данных 23 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)¹⁵, показал, что частичный или полный отказ от использования социальных сетей действительно приводит к значительным улучшениям в различных аспектах психического здоровья. Депрессия была наиболее часто оцениваемым параметром, причем в 7 из 10 РКИ обнаружили средний и высокий размер эффекта в пользу отказа от социальных сетей. Три из шести РКИ, оценивающих тревожность, отмечали заметные положительные эффекты от отказа, в то время как три из восьми РКИ, оценивающих общее благополучие, обнаружили лишь незначительные признаки улучшения. В некоторых РКИ наблюдались одновременные улучшения по нескольким параметрам. При этом одно РКИ с участием 111 взрослых показало средний и высокий размер эффекта при влиянии на депрессию, тревожность и благополучие среди участников, случайно распределенных в группу недельного отказа от социальных сетей, по сравнению с контрольной группой¹⁶.

С другой стороны, масштабное исследование трех предварительно зарегистрированных полевых экспериментов (N=600) не выявило различий в показателях благополучия между днями воздержания от социальных сетей и днями их обычного использования¹⁷. Более того, некоторые исследования обнаружили негативные психологические эффекты от сокращения использования социальных сетей. Например, одно РКИ с участием 78 студентов из Объединенных Арабских Эмиратов зафиксировало снижение удовлетворенности жизнью и усиление чувства одиночества после семидневного воздержания от социальных сетей по сравнению с контрольной группой¹⁸, в то время как другое перекрестное исследование в Великобритании показало, что ежедневный отказ от социальных сетей снижал социальные связи, что приводило к ухудшению показателей благополучия¹⁹.

В целом, появилось множество неоднозначных и противоречивых результатов как в широкомасштабных наблюдениях исследованиях^{12–19}, так и в РКИ^{16–19}, которые изучали «абсолютные» эффекты вовлеченности в социальные сети или отказа от них на психическое здоровье. Сле-

довательно, будущие исследования должны двигаться в направлении более тонкого подхода, изучающего факторы и контекст, определяющие психологические последствия использования социальных сетей.

Наш предыдущий обзор¹ завершился призывом к проведению дополнительных исследований для определения того, как индивидуальные характеристики, такие как возраст, могут влиять на эффекты использования Интернета на психическое здоровье. С тех пор нюансы влияния возраста на психологические последствия использования Интернета были глубоко изучены в исследовании²⁰, которое анализировало взаимодействие между использованием социальных сетей, удовлетворенностью жизнью и этапами развития в большой британской когорте, включавшей 84 011 человек в возрасте от 10 до 80 лет.

Результаты выявили «окна особой чувствительности» к неблагоприятным психологическим воздействиям социальных сетей на протяжении жизненного пути, с заметными различиями между мужчинами и женщинами в отношении возрастных рисков. В частности, негативное влияние чрезмерного использования социальных сетей впервые наблюдалось у девочек на ранних стадиях подросткового возраста, между 11 и 13 годами. У мальчиков неблагоприятные ассоциации между использованием социальных сетей и удовлетворенностью жизнью проявлялись в возрасте 14–15 лет, причем обе группы демонстрировали дополнительную чувствительность к концу подросткового периода (19 лет)²⁰.

В других исследованиях также начали отмечать, что наряду с возрастом и полом индивидуальные характеристики и ситуационные факторы также могут влиять на уязвимость к неблагоприятным последствиям использования Интернета. Было обнаружено, что те же факторы риска, которые усиливают маргинализацию и неблагополучие в «офлайн-среде» (такие как семейное неблагополучие, проблемы психического здоровья, инвалидность, субъективное чувство одиночества и социальная изоляция), также, как правило, повышают уязвимость к негативным «онлайн-факторам» у молодых людей^{21–24}.

С академической точки зрения, эти ценные результаты демонстрируют, что учет предполагаемых факторов уязвимости в масштабных популяционных исследованиях может улучшить наше понимание того, как использование Интернета влияет на психическое здоровье. С практической точки зрения, выявленные периоды особой чувствительности и ключевые факторы риска имеют непосредственную практическую ценность для разработки стратегий по смягчению неблагоприятных последствий времени, проведенного онлайн, для наиболее уязвимых групп.

Признавая полезность такого прогресса, область исследований теперь может выйти за его рамки, исследуя меж- и внутриличностные факторы, определяющие «онлайн-жизнь» людей, и то, как она трансформирует психологические, когнитивные и социальные последствия использования Интернета.

БЕСКОНЕЧНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ОНЛАЙН-МИР

Связь между использованием цифровых технологий и психическим здоровьем носит сложный характер. С одной стороны, некоторые общественные опасения относительно негативного влияния технологий на молодежь могут быть преувеличены, учитывая отсутствие убедительных доказательств общего воздействия²⁵. Тем не менее Интернет, безусловно, создает платформу, где молодые люди могут подвергаться различному «онлайн-вреда», вызывая обоснованные опасения относительно таких явных рисков, как кибербуллинг, доступ к порнографическому контенту и азартным играм^{26–29}. Более того, серьезность проблемы доступа к контенту, связанному с суицидом, подчеркивается исследованием³⁰, показавшим, что почти четверть молодых людей, совершивших самоубийство в выборке из Великобритании, имели опыт поиска в Интернете информации, связанной с суицидом (например, поиск способов самоубийства). Поскольку эти конкретные угрозы онлайн-мира были всесторонне изучены в других работах^{22,31,32}, мы стре-

мимся прояснить, как особенности использования Интернета в целом, помимо этих рискованных действий, могут влиять на когнитивные и психологические последствия.

Наиболее проблематичное использование Интернета обозначается термином «интернет-зависимость». Вместо того, чтобы определять ее количеством времени, проведенным в сети, зависимость от Интернета лучше рассматривать как навязчивую потребность взаимодействовать с определенными онлайн-платформами (например, социальными сетями или играми) в ущерб другим личным, социальным и профессиональным обязанностям³³. Ключевыми индикаторами зависимости выступают: заметные перепады фона настроения даже при кратковременном отсутствии доступа к Интернету (симптомы отмены); увеличение времени, проводимого на этих платформах для достижения удовлетворения (толерантность); конфликты с другими видами деятельности и/или реальными социальными отношениями³³.

Несмотря на то, что термин «зависимость» описывает относительно экстремальный характер использования, влияющий на социальное функционирование в реальном мире, недавний метаанализ, охвативший 32 страны и включивший 63 независимые выборки с более чем 34 000 участников³⁴, показал, что даже при самых строгих критериях классификации зависимости от социальных сетей ее общая распространенность оценивается примерно в 5%.

В то время как многие «нормальные» формы поведения, не связанные с Интернетом, потенциально могут стать аддиктивными, формирующийся массив качественных исследований начинает проливать свет на то, как онлайн мир специфически провоцирует сильное влечение к постоянному использованию у некоторых представителей молодого поколения^{26,27,29,35–41}. Подростки сами выражают обеспокоенность относительно «постоянного потока развлекательного контента»⁴¹, который влияет на важные виды деятельности, такие как выполнение домашних заданий и сон^{38,41}. Некоторые молодые люди связывают свое поведение в Интернете с тягой, похожей на зависимость. Например, в исследовании с использованием смешанных методов, проведенном в США, сфокусированном на особенностях использования социальных сетей студентами университета, один из участников пояснил: *«Я создал для себя нездоровую привычку, похожую на игру в игровой автомат. Это приводит к тому, что я испытываю потребность проверять социальные сети чаще ради получения удовлетворения»*.

Некоторые родители также непосредственно наблюдают потенциал развития зависимости, нарастающую отвлеченность и отрешенность своих детей^{27,35}. Например, в Австралийском качественном исследовании родители сообщали²⁷, что определенные онлайн-игры настолько захватывают детей, что могут крайне негативно влиять на саморегуляцию и базовые навыки самообслуживания даже у самых юных пользователей цифровых медиа: *«Нам пришлось надолго запретить Roblox, потому что он не ходил в туалет. Он мог обмочиться во время игры, потому что не хотел умирать в игре»*.

Трудности саморегуляции при взаимодействии с социальными сетями также отражены в новом качественном литературном обзоре, описывающем опыт пользователей в этой области, где участники подробно рассказывают о сложностях осознанного сокращения времени, проводимого на таких платформах⁴². Некоторые пользователи описывают, как алгоритмы социальных сетей разработаны для поощрения длительного, частого использования⁴¹. Такие платформы, как Instagram, могут способствовать компульсивному их использованию посредством push-уведомлений, алгоритмически генерируемых рекомендаций контента и функций непрерывного просмотра, например, автоматической прокрутки^{29,40}. Уведомления, особенно от социальных сетей и онлайн-мессенджеров, воспринимаются как вознаграждающие и этим высокоаддиктивные, способствующие увеличению времени использования экрана как с точки зрения самих молодых людей и их родителей, так и специалистов в области здравоохранения^{36,40,43}. Несмотря на попытки отключить уведомления⁴¹, молодые люди описывают не-

преодолимо желание проверять их, при этом впоследствии сам акт проверки становится привычкой²⁹, что способствует увеличению экранного времени³⁰.

Многие из этих механизмов вовлечения фигурируют в вышеупомянутом иске ряда штатов США против Meta (Facebook), в котором утверждается, что компания намеренно использовала: а) алгоритмы рекомендаций, манипулирующие дофамином; б) функции социального сравнения; в) аудиовизуальные и тактильные оповещения, отвлекающие внимание пользователей во время учебы и сна; г) визуальные фильтры, способные провоцировать телесную дисморфию, для привлечения и удержания внимания молодых людей¹⁰.

Психологические механизмы, лежащие в основе этого компульсивного желания проверять уведомления и сложности отключения, описываются как проблемы внимания, самоконтроля и управления временем. Например, способность успешно саморегулировать вовлеченность может быть затруднена, когда пользователи находятся в «трансе» или «бездумно прокручивают ленту»⁴². В Австралийском качественном исследовании со студентами университета молодой человек сообщил: «Мне нужно, чтобы кто-то другой подсказал мне, чтобы поймал меня на этом, потому что как только я захожу туда и начинаю листать... я застреваю»⁴².

В связи с этим участники качественных исследований сообщают о различных стратегиях саморегуляции, таких как уменьшение доступности путем перемещения телефонов за пределы досягаемости или их сокрытие, отключения звука, отключения уведомлений, установки будильников, планирования дня и поддержания занятости^{41,42,44}. В некоторых исследованиях взрослые участники выражали сильную мотивацию к поддержанию цифровой дисциплины, но признавали необходимость более строгих ограничений, таких как удаление приложений, особенно в периоды эмоциональной уязвимости⁴⁴.

ОТ ПОДДЕРЖАНИЯ СВЯЗЕЙ К «БОЯЗНИ ПРОПУСТИТЬ ИНТЕРЕСНОЕ»

По мере развития научных исследований в данной области становится ясно, что взаимоотношения между Интернетом и мозгом определяются не только количественными параметрами использования или даже индивидуальными характеристиками, такими как возраст, пол, или другими факторами, которые могут влиять на уязвимость. Более глубокое понимание влияния использования Интернета на психическое здоровье может быть получено, если отойти от рассмотрения результатов по линейной шкале от «хорошего» к «плохому». Следует признать, что пользователи могут одновременно испытывать как положительные, так и отрицательные психологические эффекты от использования Интернета посредством множества способов, которыми их жизнь переплетена с онлайн-миром⁴⁵.

Исследования используют объективные показатели для дифференциации типов активности в социальных сетях, таких как изначальное размещение собственного контента в сравнении с комментированием или «лайками» постов других людей, или «активное использование» (например, целенаправленный индивидуальный обмен сообщениями или публикация обновлений статуса) в сравнении с «пассивным использованием» (например, мониторинг «онлайн-жизни» в профилях других пользователей)^{46,47}. Однако такие исследования пока не смогли предоставить последовательные доказательства того, что определенный стиль взаимодействия с Интернетом приводит к положительным или отрицательным результатам для психического здоровья^{46,47}. Вместо этого большая часть данных о том, как конкретные способы использования Интернета могут по-разному влиять на психическое здоровье, обнаруживается в исследованиях, фокусирующихся на практических аспектах взаимодействия молодых людей с цифровыми устройствами. Например, масштабные опросы показали, что, хотя более 90% подростков указывают хотя бы на один способ негативного влияния технологий на их повседневную жизнь⁴⁸, большинство также сообщает, что пребывание онлайн положительно влияет на их работу, образование и социальные отношения⁴⁹.

Платформы социальных сетей предоставляют пользователям возможности поддерживать и укреплять социальные связи, что может быть особенно полезно в обстоятельствах, где физическое взаимодействие ограничено, например, при удаленной работе или для людей с ограниченной мобильностью⁵⁰. В частности, существуют исследовательские данные о том, что использование социальных сетей способствует общей способности пожилых людей более полно и эффективно участвовать в социальной жизни, тем самым обогащая их социальное благополучие и взаимодействие⁵⁰. Более того, во время пандемии COVID-19, согласно результатам ряда исследований, использование социальных сетей смягчало некоторые последствия социальной изоляции, вызванной локдаунами у молодежи⁵¹, в то время как подростки, не имевшие доступа к компьютеру, испытывали существенное ухудшение показателей психического здоровья в этот период⁵².

Использование Интернета для поддержания связи с друзьями является ярким примером поведения, которое может приносить психологические преимущества. Однако социальные аспекты онлайн-мира также могут привести к «боязни пропустить интересное», феномену, известному как «FOMO» (Fear of Missing Out). FOMO представляет собой опасение людей, что они пропускают приносящий удовлетворение опыт, который получают другие, что в результате создает сильное желание оставаться постоянно на связи, это связано как с повышенным использованием социальных сетей, так и с худшими показателями психического здоровья⁵³.

Несколько рандомизированных контролируемых исследований изучали это экспериментально. Одно исследование с участием 61 взрослого выявило более низкие показатели FOMO после семидневного перерыва в использовании социальных сетей по сравнению с контрольной группой⁵⁴, в то время как другое исследование со 143 студентами не обнаружило различий в FOMO после того, как участники попросили ограничить использование социальных сетей до 10 минут в день в течение трех недель по сравнению с обычным использованием социальных сетей⁵⁵. Действительно, можно предположить, что отказ от социальных сетей мог бы усилить негативные эмоции, связанные с FOMO, у пользователей, чья социальная жизнь глубоко связана с онлайн-событиями.

Опять же, нюансы этого феномена лучше всего отражены в качественных исследованиях, которые показывают, что мотивация к взаимодействию и увеличению времени в социальных сетях усиливается через социальные потребности и потребности в признании, усугубляемые комментариями и «лайками», которые способствуют формированию привычного и компульсивного использования^{39,41}. Эти темы отражены в одной цитате девушки-подростка, сообщившей, что: «Это просто так затягивает. Когда ты слышишь уведомление, очень трудно не проверить его, особенно когда это веселый групповой чат с друзьями и ты не хочешь ничего пропустить»³⁶.

В этом заключается двойственная природа вовлеченности в Интернет. Он служит полезным инструментом для поддержания социальных отношений, но одновременно формирует чувство упущенных возможностей, когда человек оказывается отключен от сети. Это подчеркивает необходимость понимания и обучения людей формированию сбалансированного чувства связи в онлайн-мире.

СОЦИАЛЬНЫЕ СРАВНЕНИЯ И САМОВОСПРИЯТИЕ В ЦИФРОВОМ МИРЕ

Использование Интернета приводит к социальным сравнениям – ключевому механизму, посредством которого «онлайн-жизнь» может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на психологическое благополучие. Например, исследование, включавшее 150 студентов в Пакистане⁵⁶, представило убедительные доказательства того, что ежедневное использование Facebook снижает самооценку, поскольку значительное число молодых людей (88%) вовлекается в социальные сравнения при использовании этой платформы. Эти результаты были подтвержде-

ны исследованием из Германии, где участники ежедневно заполняли опросники на протяжении двух недель. Было установлено, что ежедневное использование социальных сетей приводило к снижению самооценки, опосредованно-му восходящими социальными сравнениями⁵⁷.

С другой стороны, два перекрестных исследования, измерявших различные аспекты благополучия на выборках в 600 и 236 участников^{17,19}, не выявили доказательств улучшения самооценки после воздержания от социальных сетей по сравнению с обычным использованием. Аналогично, более масштабное долгосрочное (3 недели) исследование в Нидерландах показало, что влияние социальных сетей на самооценку существенно варьировалось среди индивидов, причем некоторые участники даже сообщали о положительных эффектах⁵⁸. Это подтверждает идею о том, что результаты могут быть более тесно связаны со спецификой того, как человек использует эти платформы и реагирует на них.

В рамках дискуссии о психологических эффектах социальных сравнений в онлайн-мире особое внимание уделяется влиянию на восприятие образа собственного тела, возможному риску нереалистичных социальных сравнений в этой области, которые могут вызывать или усугубить расстройства пищевого поведения и нарушения массы тела.

Существует множество особенностей Интернета и социальных сетей, которые, как считается, способствуют возникновению и поддержанию нарушений пищевого поведения, пониманию образа тела и массы тела. Пользователи часто подвергаются воздействию контента, изображающего нереалистичные формы тела и идеализированные планы питания и тренировок⁵⁹. Более того, платформы социальных сетей и приложения для фотографий включают инструменты редактирования изображений, которые приводят к распространению улучшенных, отредактированных фотографий недостижимых типов телосложения в цифровом мире.

Это наряду с использованием препаратов для улучшения физической формы инфлюенсерами, которые при этом позиционируют себя как «натуральные»⁶⁰, приводит к чрезмерной фокусировке на внешнем виде в онлайн-мире, что предположительно усиливает озабоченность питанием, формой и массой тела⁶¹. Кроме того, существует множество онлайн-групп, пропагандирующих опасные модели контроля над весом, сайты и форумы, посвященные нарушениям пищевого поведения, которые также могут отрицательно влиять на режимы питания и физической активности уязвимых лиц, особенно молодых женщин⁶².

Значительный объем исследований был посвящен взаимосвязи использования социальных сетей с нарушениями пищевого поведения, восприятия образа и массы тела, а метааналитические исследования продемонстрировали как причинно-следственные связи, так и кросс-секционные и лонгитюдные доказательства поперечных, продольных и причинно-следственных связей^{63,64}. Новые исследования дополнительно изучают психологические механизмы, посредством которых использование социальных сетей создает риск для этих проблем. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что «социальные сравнения в сети» могут приводить к интернализации идеалов внешности, и это, наряду с воспринимаемым социальными требованиями соответствовать им, является опосредующим механизмом для проблем с образом тела и пищевым поведением, вызванных Интернетом^{65,66}.

Качественные исследования также показывают, как такие социальные сравнения могут влиять даже на тех людей, которые осознают обманчивость представлений в онлайн-мире, воздействуя на их восприятие своего тела и более широкие представления о себе и своей жизни. Один пользователь объяснил: *«У человека возникает ощущение, что у него скучная жизнь или что все остальные красивые и удивительные, потому что он видит много профилей, где представлены самые прекрасные вещи, абстрактный образ человека... Поэтому я думаю, что это повлияло на меня, даже когда я осознавал это... даже когда это не было реальным отражением жизни»*⁶⁷.

Гораздо меньше исследований было проведено для понимания того, основана ли вышеупомянутая связь с риском

также на нарушении нейрокогнитивных функций. Дефицит тормозящего контроля может быть одним из механизмов, объясняющих связь использования социальных сетей с нарушениями пищевого поведения, восприятием образа и массы своего тела^{68–70}. Фактически нейрокогнитивные исследования показывают, что активность областей мозга, участвующих в этом когнитивном процессе (например, средней поясной коры), может быть нарушена у лиц, чрезмерно использующих социальные сети⁷¹, аналогично тому, что наблюдается у лиц с симптомами пищевой зависимости и компульсивного переедания^{68,72}.

Смещение внимания – это еще один когнитивный процесс, который может быть вовлечен в это. Так, исследования с использованием технологий отслеживания движений глаз и задач обработки информации (например, «проба с точкой», тест Струпа)^{73,74} показывают, что люди с расстройствами пищевого поведения, характеризующимися недостаточным весом, демонстрируют избирательное внимание к стимулам, связанным с внешностью или угрозами (например, привлекательные против непривлекательных фотографий, изображений или слов), что может быть опосредовано повышенной активацией миндалины и вентромедиальной префронтальной коры⁷⁵. Напротив, люди с ожирением или компульсивным перееданием демонстрируют смещение внимания к пищевым стимулам (т. е. словам или изображениям привлекательной пищи), в этих же парадигмах, что, по-видимому, активирует нейронные цепи, участвующие в поиске вознаграждения, в свою очередь вызывая пищевое влечение и предрасположенность к перееданию⁷⁶. Экстраполируя эти выводы на цифровую среду, можно предположить, что у некоторых людей воздействие вездесущего онлайн-контента, ориентированного на внешность (например, селфи, мускулистые и стройные фигуры), физические упражнения (например, мотивационные цитаты) или еду (например, реклама фастфуда), способствует возникновению или сохранению определенных нарушений пищевого поведения, образа тела и массы тела через смещение внимания.

Хотя это представляет явный риск для пользователей, взаимодействующих с социальными сетями способами, которые усиливают их предубеждения деструктивным образом, это также создает возможность для позитивного преодоления искаженных представлений об идеальных и достижимых формах тела. Примером служит эксперимент⁷⁷, в котором студентки подвергались воздействию серии видео TikTok, либо продвигающих нейтральное отношение к телу, либо повествующих об идеализированном телосложении. Оценки результатов воздействия показали, что группа, просматривавшая контент о нейтральном отношении к телу, испытала повышенную удовлетворенность образом тела и улучшение настроения, в отличие от сверстниц, смотревших другие видео.

Данные результаты подчеркивают, что при правильном использовании социальные сети могут обладать потенциалом для улучшения восприятия образа тела у молодых людей. Более глубокое понимание в этом отношении может быть получено путем дальнейшего изучения когнитивных механизмов, лежащих в основе социальных сравнений в цифровом мире. Это особенно актуально в отношении внимания, поскольку считается, что определенные виды использования технологий сами по себе могут изменять процессы внимания, как обсуждается в следующем разделе.

БЕСЦЕЛЬНОЕ ОТВЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВ ПОЗИТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

В нашем предыдущем обзоре¹ мы обсуждали появляющиеся данные о том, как использование Интернета может влиять на наши когнитивные способности на протяжении жизни, особенно в отношении двух областей нейрокогнитивной науки, которые на тот момент привлекали наибольшее исследовательское внимание. Во-первых, как под непрерывным потоком цифрового контента и уведомлений может меняться внимание. Во-вторых, ведущие гипотезы и доказательства того, как неограниченный доступ к любой фактической информации в Интернете может влиять на на-

ши способности к хранению и извлечению информации. С момента публикации того обзора появились обширные данные литературы, предлагающие дополнительное понимание влияния онлайн-активности на внимание, память и другие аспекты человеческого познания.

Недавние масштабные наблюдательные исследования показывают, что интенсивное использование цифровых устройств детьми действительно может негативно влиять на их концентрацию. Например, была изучена связь между временем, проведенным перед экраном, и вниманием на основе данных, полученных от родителей более 2300 детей дошкольного возраста⁷⁸. Результаты показали, что дети, проводящие перед экраном более двух часов в день (13,7%), почти в шесть раз чаще демонстрировали клинически значимые проблемы с вниманием, по сравнению с детьми, которые проводили менее 30 минут в день, а также показывали повышенную частоту клинически значимых симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Несмотря на эти значимые ассоциации, сложно напрямую соотнести трудности с вниманием у молодых людей с использованием Интернета, учитывая отсутствие причинно-следственных доказательств улучшения внимания при отказе от его использования. Например, рандомизированное контролируемое исследование с участием 76 студентов показало, что неделя, в течение которой их просили сократить использование социальных сетей на 50%, не привела к различиям в поведенческих или субъективных показателях устойчивого внимания по сравнению с сокращением использования социальных сетей на 10%. Однако среднее сокращение использования социальных сетей в контрольной группе фактически составило 38%, что могло объяснить отсутствие различий⁷⁹.

Результаты последних нейровизуализационных исследований предоставили более комплексное пояснение об эффектах, возникающих при взаимодействии между использованием цифровых устройств и функционированием мозга. Например, исследование когнитивного развития мозга подростков (Adolescent Brain Cognitive Development, ABCD) на момент последнего анализа, проведенного в 2023 году, собрало данные от 11 878 участников в возрасте от 9 до 10 лет⁸⁰. Оценка изменений динамики функционирования мозговых сетей за двухлетний период не выявила убедительных доказательств причинно-следственных связей между использованием цифровых медиа и функциональной связностью у детей.

Дополнительные сведения по этому вопросу получены в другом исследовании того, как различные типы активности с экранными медиа были связаны со структурой мозга и когнитивными функциями среди 4277 детей из того же исследования ABCD⁸¹. Было обнаружено, что некоторые виды активности с цифровыми медиа были связаны с худшими когнитивными результатами, в то время как другие ассоциировались с лучшей производительностью. Например, такие занятия, как просмотр видео и игры, по-видимому, были связаны со структурными паттернами, указывающими на большую зрелость зрительной системы. Более того, игровая активность коррелировала с увеличенным объемом орбитофронтальной коры, демонстрируя положительную связь с подвижным интеллектом. Кроме того, игровые активности коррелировали с увеличением объема орбитофронтальной коры головного мозга, что имеет положительную связь с уровнем подвижного интеллекта. В то же время результаты указывают на отрицательную взаимосвязь между использованием социальных сетей и кристаллизовавшимся интеллектом. Помимо раскрытия сложности взаимоотношений между активностями с использованием цифровых медиа и когнитивной деятельностью, эти выводы предоставляют дополнительные свидетельства в пользу принципа перехода от анализа общих показателей времени использования экрана к фокусировке на определении того, как характер взаимодействия людей с онлайн-миром может определять когнитивное и психологическое воздействие использования цифровых устройств.

Помимо крупномасштабных нейронаучных исследований, несколько небольших поведенческих исследований позволили получить более детальное понимание того, как

цифровые устройства влияют на возможности концентрации внимания непосредственно в процессе их использования. Протокол немедленной оценки⁸² использовался для изучения того, как склонность студентов университета отвлекаться от важных задач (измеряемая через самоотчеты о прокрастинации) была связана с их использованием смартфонов в реальном времени (фиксируемым пассивным сбором данных). Хотя при поиске общих тенденций по всей выборке были обнаружены только слабые ассоциации, результаты представили убедительные доказательства индивидуальной вариабельности в типах использования смартфона, которые способствуют прокрастинации. Некоторые пользователи легче отвлекались на просмотр видео (например, YouTube), другие – просматривали Интернет, а третьи играли в онлайн-игры. Используя аналогичную методологию, другое исследование⁸³ также не обнаружило общих связей между частотой проверки телефона подростками и прокрастинацией⁸². Вместо этого степень откладывания задач у разных людей была связана с тем, насколько «автоматически» (т. е. привычно) участники использовали социальные сети, а не с частотой использования.

Эти поведенческие наблюдения согласуются с последними данными качественных исследований, демонстрирующих, как привычный характер взаимодействия с социальными сетями представляет угрозу для внимания. Например, в Австралийском качественном исследовании студент, говоря о проверке социальных сетей сообщил, что: «*Это на 100% автоматическое действие. Я просто ложусь в постель и сразу беру телефон и начинаю листать, и прежде, чем я осознаю это, проходит четыре часа, только тогда я прихожу в сознание*»⁴². Это отражает более широкий опыт представителей молодого поколения, которые часто выражают обеспокоенность влиянием смартфонов на продолжительность концентрации внимания, что приводит к трудностям с отвлечением во время неструктурированного времени^{39,43}. При этом часто подчеркивается феномен «потери себя» в социальных сетях, когда участники входят в «транс» или «бездумно скролят ленту»⁴², что приводит к потере ощущения времени^{39,42,84}.

С другой стороны, появляющиеся данные качественных исследований подчеркивают, что когнитивные последствия использования Интернета зависят как от конкретного контекста, так и от самого человека. Центральным соображением является то, что цифровые устройства предоставляют детям бесконечные возможности для образования^{26,38}. Например, в одном канадском исследовании, изучающем восприятие родителями времени, проводимого детьми перед экраном, один участник отметил: «*Не то чтобы iPad были действительно замечательными, но моя дочь действительно учится с помощью iPad... она решает головоломки и играет в игры для тренировки памяти*»²⁶.

Широко известно, что потребление контента в режиме «многозадачности» традиционно рассматривается как неблагоприятное поведение, влияющее на когнитивные функции у детей и взрослых⁸⁵, однако качественные исследования показали, что многозадачность с использованием Интернета, такая как прослушивание подкастов во время поездки или выполнения домашних дел, также может иметь положительные эффекты^{44,84}, вызывая у людей ощущение «продуктивности», расширяя их мир во время физической занятости другими задачами⁸⁴. Интересно, что часто пользователями отмечается внутренний дискомфорт от несоответствия эмоционального удовлетворения от многозадачности и способности более глубокой когнитивной обработки входящей информации. В норвежском исследовании⁴⁴ были отмечены контекстуальные аспекты того, как чтение электронных книг (и/или аудиокниг) влияет на обработку текстового содержания, причем несколько участников указали на предпочтении более легких текстов при использовании электронных книг по сравнению с предпочтением альтернатив бумажных носителей при чтении более глубоких работ, так как «*серьезное чтение требует бумаги*»⁴⁴.

Игры – это еще один способ проведения времени перед экраном, вызывающий неоднозначные переживания среди родителей и молодого поколения. В то время как самые заядлые геймеры действительно испытывают больше про-

блем с коммуникацией и успеваемостью в школе⁸⁶, родители и представители молодого поколения отмечают преимущества умеренного уровня игр, такие как развитие зрительно-пространственных навыков и улучшение когнитивного функционирования⁸⁷.

В совокупности эти результаты нейронаучных, поведенческих и качественных исследований предполагают, что возможным методом снижения негативных когнитивных эффектов от использования цифровых устройств могло бы быть предоставление людям новых средств для осознанного определения того, какие аспекты их собственного онлайн-времени с наибольшей вероятностью мешают их задачам и целям. Это могло бы позволить предоставить более персонализированное вмешательство для целенаправленного влияния на собственные привычки, чем общие протоколы воздержания, которые не приводят к значительным улучшениям когнитивных функций⁷⁹.

ОФЛАЙН-ЭФФЕКТЫ ОНЛАЙН-МИРА: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ТЕЛА И МОЗГА

Одним из предполагаемых факторов, определяющих когнитивные последствия цифрового взаимодействия, является влияние времени, проведенного в Интернете, на другие «прокогнитивные» виды деятельности, такие как физическая активность и сон. Несмотря на многочисленные преимущества, которые предоставляет Интернет, он способствовал заметному увеличению малоподвижного образа жизни среди населения⁸⁸, что, в свою очередь, может влиять на внимание, память и другие когнитивные процессы⁸⁹. Наиболее убедительные эмпирические доказательства «гипотезы перемещения» представлены в различных метаанализах и обзорах, которые либо прицельно исследовали связь между малоподвижным образом жизни и когнитивными функциями^{90–93}, либо изучали взаимосвязь между различными факторами образа жизни и когнитивными исходами^{94,95}. Результаты последовательно указывают на то, что более высокий уровень малоподвижного образа жизни связан со снижением когнитивных функций и повышенным риском когнитивных нарушений на протяжении всей жизни⁹⁶.

Установлено, что когнитивное снижение встречается в два раза реже среди взрослых, которые занимаются достаточной физической активностью, по сравнению с менее активными сверстниками⁹⁷. Выявлено, что занятия физической активностью в любой период взрослой жизни и в любом объеме связаны с более высоким когнитивным статусом в последующие годы⁹⁸. Эта идея подтверждается умеренными и сильными доказательствами умеренного и высокого уровня убедительности, что физическая активность положительно влияет на когнитивное функционирование как на ранних, так и на поздних этапах жизни, в том числе у групп населения с когнитивными нарушениями⁹⁹.

Чрезмерное использование Интернета через погружение в малоподвижные виды деятельности, такие как просмотр онлайн-контента, социальные сети и игры, которые могут вытеснять время физической активности, ведет к когнитивным нарушениям¹⁰⁰. При этом важно учитывать, что различные виды малоподвижной деятельности могут по-разному влиять на когнитивные функции. Последние исследования показывают, что «умственно активная» сидячая деятельность (такая как чтение книги или даже игра в видео-игры) может быть предпочтительнее «умственно пассивной» сидячей деятельности (например, просмотр телевизора или онлайн-видео), причем первая связана с лучшими когнитивными исходами и меньшим риском развития деменции⁹⁶.

Это подтверждают данные недавнего исследования UK Biobank, включавшего более 1000 пациентов с биполярным расстройством и почти 60 000 психически здоровых людей контрольной группы, которое продемонстрировало, что в обеих группах показатель общего когнитивного функционирования был обратно пропорционально ассоциирован с умственно пассивным сидячим образом жизни (просмотр телевизора) и положительно ассоциирован с умственно активным сидячим образом жизни (использование компьютера). Возрастное снижение когнитивных функций было бо-

лее выражено у тех, кто меньше занимался умственно активной сидячей деятельностью¹⁰¹.

Другой путь, через который время, проведенное в сети, может влиять на когнитивные функции, – это потенциальное воздействие на сон¹⁰². Растущая тенденция к тому, что люди, особенно представители молодого поколения, ежедневно посвящают все больше времени онлайн-активности, может иметь существенные последствия для их режима сна, включая сокращение продолжительности сна, нерегулярный режим сна и нарушение времени засыпания и пробуждения^{103–106}. Это может напрямую влиять на когнитивное функционирование, а именно – на внимание, память и исполнительные функции¹⁰⁷. Более того, нарушения сна, вызванные чрезмерной онлайн-активностью, могут приводить к трудностям с концентрацией, обучением и запоминанием информации¹⁰⁸. Еще одно исследование показало, что использование цифровых устройств перед сном у подростков связано с замедленным временем реакции и сниженным объемом внимания при выполнении непрерывных задач, особенно в утренние часы¹⁰⁹.

Другим предметом беспокойства является «синий свет» – часть видимого спектра света, излучаемого цифровыми экранами, которая имеет особенно высокий уровень энергии по сравнению с другими цветами^{110,117}. Воздействие этого света, особенно перед сном, может нарушать выработку мелатонина¹¹², нарушая цикл сна и бодрствования и приводя к фрагментированному и менее полноценному сну¹¹⁰, что, в свою очередь, может негативно влиять на когнитивное функционирование¹¹³. В данном контексте воздействие цифровых экранов в свободное время было связано с более низким качеством сна у подростков¹¹⁴. Решение этой проблемы с помощью «блокировки синего света», которая может быть достигнута физическими (т. е. фильтры для экрана или очки) или технологическими (приложения для снижения излучения синего света) средствами, может представлять собой возможный путь для ослабления нарушений сна, вызванных использованием экранов¹¹⁵.

В целом, накапливающиеся данные свидетельствуют о взаимосвязи сна, малоподвижного образа жизни (включая использование Интернета) и физической активности, которая неотделима от сохранения когнитивных функций на протяжении всей жизни. Это отражается в недавних инициативах по разработке «рекомендаций по движению в течение 24 часов», которые включают физическую активность, время использования экрана и продолжительность сна в течение всего дня. Соблюдение этих рекомендаций связано с улучшением общего уровня когнитивных способностей у детей¹¹⁶ и общим объемом кортикального и субкортикального серого вещества¹¹⁷, а также снижением частоты возникновения когнитивных трудностей у подростков¹¹⁸. Кроме того, у дошкольников переход от сидячего образа жизни к умеренной и интенсивной физической активности положительно влияет на контроль импульсов¹¹⁹.

Несмотря на потенциальную пользу, лишь небольшое число людей по всему миру, особенно среди детей и подростков, соблюдает рекомендации по физической активности, сну и борьбе с малоподвижным образом жизни¹²⁰.

С точки зрения эпидемиологии распределения времени и 24-часового континуума, увеличение времени в Интернете как малоподвижного поведения может вытеснять время, доступное для других более здоровых видов деятельности (физической активности или сна)¹²¹. Таким образом, неблагоприятные когнитивные эффекты использования Интернета могут частично объясняться каскадом когнитивных последствий от этих физических эффектов. В таком случае коррекция поведения пользователей Интернета может стать доступным и эффективным методом улучшения когнитивных функций, особенно у здоровых лиц старшей возрастной группы¹²². И действительно, в ходе метаанализа были получены доказательства того, что онлайн-программы по улучшению образа жизни могут положительно отражаться на показателях работы головного мозга и потенциально предотвращать снижение когнитивных показателей, обусловленное старением¹²³.

Хотя Интернет может стать союзником в улучшении когнитивных функций (особенно для определенных групп

населения, таких как пожилые люди)¹⁰, представляется разумным с точки зрения общественного здравоохранения рекомендовать, чтобы использование Интернета не приводило к значительному увеличению времени, проводимого в сидячем положении, и не заменяло время, отведенное на физическую активность или сон. Кроме того, необходимо провести дополнительные исследования для разработки рекомендаций в отношении замены умственно пассивного использования Интернета, на более активное, для смягчения негативных когнитивных последствий увеличения времени, проведенного в сидячем положении при взаимодействии с онлайн-миром.

ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ «ОНЛАЙН-ЖИЗНИ»

Несмотря на распространенное беспокойство о том, что онлайн-активность может препятствовать реальному социальному взаимодействию¹²⁴ и потенциально приводить к социальной изоляции^{125,126}, следует отметить, что многие из наиболее популярных и затрачивающих большее количество времени онлайн-активностей сами по себе являются «социальными», хотя и в новом, цифровом контексте^{34,127}.

Размытие границ между социальными медиа и реальностью теперь рассматривается как неотъемлемая часть жизни многих людей, особенно молодежи. Качественные литературные обзоры подчеркивают социальную природу «мультискрининга» – феномен, когда люди смотрят контент совместно с другими людьми, связанными с ними посредством цифровых технологий^{28,36,43}. Прямые трансляции игр и личные стримы также воспринимаются как именно «социальные» явления, поскольку они позволяют взаимодействовать с другими через мемы и общение в чатах²⁹. Исследования также отмечают изменение паттернов коммуникации и сдвиг норм в сторону многоканального общения, когда люди часто прибегают к обмену сообщениями на смартфонах даже во время личного общения²⁸.

Последние исследования показали, что социальные сети и онлайн-игры – это больше, чем просто развлечение, отнимающее время, и их функции выходят за рамки поддержания контакта с друзьями в отсутствие реального общения. Напротив, исследования все чаще демонстрируют, что эти виды деятельности активно сами формируют социальные когнитивные процессы^{128,129}. Например, вовлеченность в социальные платформы требует интерпретации и реагирования на широкий спектр эмоциональных сигналов и точек зрения, что потенциально может развивать навыки эмпатии при личном общении¹³⁰. Лонгитюдное исследование среди нидерландских подростков показало, что использование социальных сетей связано с улучшением когнитивной и эмоциональной эмпатии¹³¹. Однако были отмечены и негативные поведенческие аспекты социальных сетей: участники исследования сообщали, что люди ведут себя в них по-другому, часто прибегая к использованию телефона в качестве убежища в сложных социальных ситуациях при реальном общении⁴¹.

Все больше внимания уделяется психологическим последствиям обратной связи в социальных сетях. Пользователи Интернета осознают сложность сопротивления стремлению «чрезмерно переживать» по поводу своего имиджа в социальных сетях, что подчеркивает психологическое влияние гонки за «лайками» и комментариями на таких платформах, как Instagram и Facebook^{36,41}. Кроме того, согласно последним данным, специалисты в области здравоохранения также считают функцию «лайков» на таких платформах, как Instagram, важным мотиватором для компульсивного использования⁴⁰, поскольку эти простые индикаторы одобрения могут удовлетворять социальные потребности пользователей и их потребности в признании, действуя как разновидность позитивного подкрепления.

Социальные аспекты использования Интернета дополнительно подчеркиваются в качественных исследованиях как движущая сила цифрового поведения, особенно в отношении роли онлайн-действий или даже бездействий как важных социальных сигналов^{36,41}. Участники описывают, как неспособность взаимодействовать с постами друзей в соци-

альных сетях через «лайки» и комментарии может быть неправильно понята, вызывая опасения о непреднамеренном причинении вреда кому-то. Один молодой человек в норвежской фокус-группе объяснил: «Да, фотографии были хорошими, но вам не всегда нужно комментировать каждую из них. Но все равно вы чувствуете, что должны это сделать, потому что... иначе это может выглядеть так: "Ой, она не прокомментировала мою фотографию!" Это может быть истолковано отрицательно»⁴¹. Подтверждения в социальных сетях рассматриваются молодыми людьми как потенциально вредные для эмоционального здоровья, поскольку, если участники получают ограниченное подтверждение от сверстников, это может привести к негативным эмоциям³⁶. Однако природа этих взаимодействий в социальных сетях, часто лишенных невербальных подсказок, также может приводить к недопониманиям или поверхностному пониманию сложных эмоциональных состояний¹³². Таким образом, нам необходимы дальнейшие исследования для распутывания этих отношений между активностью в социальных сетях и социальным познанием.

По мере того как люди все больше полагаются на получение информации (такой как глобальные и местные новости, политические мнения и социологические идеи) из онлайн-ресурсов^{133–135}, стоит отметить, что социальные связи, которые люди поддерживают в социальных сетях, вероятно, формируют ту информацию, которой они подвержены^{134,136}. Это может привести к созданию социальных эхо-ячеек и возникновению онлайн-социальных движений, которые переходят в реальный мир^{137,138}. Интернет действительно предоставляет площадку для разнообразных точек зрения, что может улучшить навыки принятия решений. Тем не менее следует проявлять осторожность в отношении того, как эхо-ячейки и фильтры, преобладающие в онлайн-пространстве, могут также потенциально привести к поляризованному мышлению и нарушению социального суждения^{136,137,139}. Степень влияния информации из онлайн-источников на суждения людей остается предметом дискуссий из-за сложности распространения поведенческих паттернов в онлайн-социальных сетях и способности схожих эмоций также распространяться через социальные медиа. Необходимы дополнительные исследования, изучающие фундаментальные основы того, как сложное поведение передается между индивидами в реальных сетях^{144,145}. Это особенно важно в контексте социального принятия решений.

Онлайн-игры с несколькими игроками предлагают другую динамику социальной активности по сравнению с социальными сетями в плане социального познания¹⁴⁶. Онлайн-игры часто включают совместное решение проблем и разработку стратегий¹⁴⁷, что, как предполагается, может способствовать улучшению навыков восприятия перспективы пользователем и коллективного принятия решений¹⁴⁶. Однако эти среды также могут поощрять конкурентное и иногда агрессивное поведение¹⁴⁸, а некоторые недавние исследования предполагают, что это может негативно сказываться на эмпатии и просоциальном поведении^{149,150}. Хотя эта область исследований сейчас очень важна¹⁴⁷, недавний систематический обзор выявил крайне небольшое количество исследований, которые должным образом исследовали социальное познание (оцениваемое с помощью нейропсихологических тестов) в контексте игр¹⁴⁶. Определенно требуется дальнейшее эмпирическое исследование данной темы.

Взаимосвязь между социальной активностью онлайн и когнитивными процессами в настоящее время является предметом различных направлений исследований, однако важно признать, что реальная активность также может существенно влиять на социальное функционирование онлайн и способности^{141,145,151–153}. Это взаимодействие создает многомерную «петлю обратной связи» между офлайн-деятельностью и социальным онлайн-контекстом. Например, люди с большим опытом в спорте или активном отдыхе часто демонстрируют превосходное пространственное восприятие и планирование стратегий в онлайн-игровых средах, перенося свои реальные навыки в виртуальный мир. Наряду с этим, недавние исследования в области нейронауки показали, что люди, выросшие в районах со сложной

пространственной навигацией, также лучше ориентируются в виртуальных мирах¹⁵⁴.

Это взаимодействие может быть целенаправленно использовано. Например, некоторые профессиональные киберспортсмены сообщают об использовании физических и психологических тренировочных режимов, аналогичных традиционным спортсменам, для улучшения времени реакции, выносливости и общего игрового мастерства^{153,155}.

В целом эти примеры ясно иллюстрируют постоянную обратную связь между онлайн- и офлайн-мирами. Будущие исследования, изучающие степень этих взаимодействий в различных областях, будут иметь решающее значение, особенно по мере того, как наша «онлайн-жизнь» продолжает переплетаться с офлайн-реальностью и влиять на нее. Это исследование будет иметь ключевое значение для понимания полного спектра того, как цифровой и физический опыт формируют поведение и познание человека.

ПОЯВЛЕНИЕ «КУЛЬТУРОМИКИ»

Продолжающаяся цифровая революция, сопровождающаяся все большим переходом общества к использованию Интернета, открывает новые возможности для изучения изменений интересов, мнений и поведения населения, проявляющихся в онлайн-мире. Огромный, легкодоступный и быстрорастущий массив цифровых данных содержит ценную информацию о человеческом поведении, повседневных ритмах, внимании, интересах, установках, нормах и ценностях с высоким пространственным и временным разрешением^{156,157}. Эти аспекты представляют собой ключевые направления исследований в развивающейся области «культуромики», сосредоточенной на изучении человеческой культуры посредством количественного анализа больших массивов цифровых данных. Культуромика находит все более широкое применение в различных научных дисциплинах, особенно в социальных и гуманитарных науках¹⁵⁸.

К часто изучаемым цифровым материалам относятся социальные сети, данные поисковых запросов из таких систем, как Google, статистика просмотров страниц онлайн-энциклопедий (например, Wikipedia), платформы для обмена изображениями и видео (Instagram и YouTube), а также новостные онлайн-платформы. Методы анализа варьируются от обработки естественного языка до машинного обучения¹⁵⁷. Эти подходы используются для получения новых знаний по различным вопросам, имеющим отношение к психическому здоровью.

Например, в Финляндии было проведено исследование суточных колебаний поисковых запросов информации о депрессии в Интернете¹⁵⁹. Исследование показало, что интерес к терминам, связанным с депрессией, и поиск помощи имели четкие суточные паттерны, стабильно достигая пика в ночное время, между 23:00 и 4:00. В том же ключе текстовый анализ миллионов постов в Twitter использовался для оценки суточных и сезонных ритмов настроения и их различий между индивидами (хронотипами), культурами и регионами мира¹⁶⁰. Было установлено, что позитивный аффект (такой как энтузиазм, восторг и бодрость) и негативный аффект (такой как дистресс, страх и гнев) имеют тенденцию варьироваться независимо друг от друга. Первый достигает пика утром, вероятно, из-за положительного влияния сна, а также около полуночи, в то время как второй достигает пика в ночное время. Также было отмечено, что сезонные пики депрессии и тревоги в северных широтах в основном обусловлены снижением позитивного аффекта, вызванным уменьшением продолжительности светового дня.

Важно отметить, что использование цифровых данных в исследованиях сопряжено с определенными ограничениями и проблемами, такими как неравномерность глобальной охвата Интернетом и доступа к нему, языковые барьеры и культурные различия, ограничения на обмен данными, временная доступность данных и их устаревание, вопросы собственности и защиты персональных данных¹⁶¹. Тем не менее при правильном использовании эти подходы обещают стать важными инструментами в области социальных наук, психологии и психиатрии.

Культуромика также начинает предоставлять новые данные о том, как Интернет влияет на наше внимание на общественном уровне, помимо индивидуальных когнитивных эффектов. Онлайн-социальные взаимодействия и потребление информации характеризуются транзитностью внимания – паттерном снижающегося общественного внимания к конкретным проблемам и культурным продуктам^{162,163}. Ослабление внимания представляет собой естественный процесс, обусловленный различными психологическими и когнитивными факторами, такими как ограниченный объем внимания, избирательное внимание, насыщение внимания и утомление^{162–164}. Это порождает периодические циклы внимания к проблемам, которые представляют собой закономерный и предсказуемый процесс, в ходе которого общественность приобретает и теряет интерес к конкретной проблеме с течением времени^{163,165}.

Процесс ослабления внимания усиливается в связи с гиперпроизводством, распространением и потреблением онлайн-информации и контента, которые все больше конкурируют между собой, насыщают, перегружают и истощают когнитивно ограниченные ресурсы внимания. Например, при моделировании данных с различных онлайн-платформ, таких как оцифрованные книги и журналы (Google Books), продажи билетов в кино (Box Office Mojo), объемы интернет-поиска (Google Trends), социальные сети (Twitter), форумы (Reddit) и энциклопедии (Wikipedia), охватывающих периоды от 6 до 100 лет, наблюдался все более крутой рост и падение общественного внимания к конкретной проблеме с течением времени¹⁶², с увеличением частоты переключения внимания между проблемами. Аналогичное исследование общественного внимания к различным экологическим проблемам, основанное на объемах интернет-поиска, указало на сужение окон общественного внимания, при этом «период полураспада» внимания ограничивался несколькими днями или неделями¹⁶³. Эта область исследований может иметь значение для сферы психического здоровья, особенно в контексте распространения информации о проблемах психического здоровья и направленных против стигмы кампаний.

БУДУЩЕЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В МЕТАВСЕЛЕННОЙ

По мере того, как технологический прогресс все глубже проникает в нашу повседневную жизнь и социальные взаимодействия, интеграция технологий виртуальной реальности (замещающей реальную среду симулированной), дополненной реальности (добавляющей цифровые элементы в реальную среду) и искусственного интеллекта на онлайн-платформах готова произвести революцию в нашем понимании и практике социального взаимодействия^{166–168}.

Технологии виртуальной и дополненной реальности открывают новые горизонты в сфере межличностного взаимодействия, предлагая иммерсивный опыт, максимально приближенный к реальному общению^{166,167,169,170}. Действительно, последние исследования демонстрируют значительный потенциал этих технологий в улучшении социального понимания и эмпатии, поскольку они создают среду, где люди могут испытывать и ориентироваться в сложных социальных сценариях контролируемым, но реалистичным образом^{166,169,170}.

Такой захватывающий подход предоставляет уникальную платформу для тренировки и развития социальных навыков, позволяя практиковать и развивать эмпатию и социальное понимание в различных условиях. Тем не менее существует риск того, что эти технологии могут отвлекать пользователей от реального социального взаимодействия и его преимуществ, усиливая влияние виртуального мира на социальные отношения в проблемных контекстах (особенно через потенциальную зависимость от этих технологий, которая в настоящее время остается малоизученной)^{170–172}.

Идея более глубокого погружения социальных взаимодействий и повседневной жизни в виртуальный мир через технологии виртуальной реальности получила значительное внимание и инвестиции через концепцию «метавселенной». Метавселенная может быть описана как обширное

виртуальное пространство, генерируемое и доступное через комбинацию технологий виртуальной и дополненной реальности, существующее непрерывно в Интернете и сохраняющееся независимо от активности пользователей^{172,173}. Метавселенная также предлагает высокую степень интерактивности как в плане взаимодействия пользователя со средой, так и между пользователями.

Основные характеристики метавселенной включают полноценную цифровую экономику, позволяющую создавать, покупать и продавать виртуальные товары (в том числе для использования виртуальными воплощениями пользователей – «аватарами»), а также значительный пользовательский контент, где участники могут создавать и модифицировать элементы самого пространства метавселенной. Ключевой целью при этом является взаимодействие, позволяющее обмениваться активами, данными и аватарами между различными платформами и провайдерами.

На данный момент полностью функциональная и интегрированная метавселенная остается концепцией будущего, а текущие ее воплощения доступны преимущественно через отдельные платформы виртуальной и дополненной реальности. Хотя постоянные виртуальные миры, демонстрирующие определенные характеристики метавселенной, уже существуют на этих платформах, они пока не являются взаимосвязанными и всеобъемлющими.

Влияние метавселенной выходит за рамки развлечений и игр, затрагивая такие области, как финансы, образование, профессиональное развитие и социальные сети. В области психического здоровья метавселенная открывает инновационные возможности для взаимодействия с пациентами, сбора данных и моделирования сложных социальных ситуаций, создавая новые перспективы для исследований, клинической практики и даже общественных вмешательств^{172,173}. Однако влияние метавселенной на психическое здоровье в настоящий момент остается неясным, и ее будущее находится в процессе становления.

Несмотря на амбициозные усилия по внедрению метавселенной, продемонстрированные ребрендингом Facebook в Meta, переход этой социальной сети к иммерсивному виртуальному миру пока не получил широкого принятия пользователями. Аналогично, уровень принятия платформы Decentraland – одного из наиболее финансируемых продуктов метавселенной с оценкой более 1 миллиарда долларов США – остается удивительно низким. Предварительные исследования сообщают о всего 38 ежедневных пользователях, причем только 9% созданных пользователями миров в метавселенной посещаются более чем 50 уникальными людьми¹⁷⁵. Тем не менее это лишь отдельные ранние примеры таких предложений, и эти виртуальные пространства, вероятно, будут расширяться, совершенствоваться и объединяться после первоначальных трудностей роста.

Существует растущий объем литературы о потенциале метавселенной в медицине, включая область психического здоровья. Эти надежды и размышления хорошо воплощаются в термине «MEDverse», концептуализированном как проникновение метавселенной в медицинский контекст¹⁷³, или «MeTAI» – метавселенной медицинских технологий и искусственного интеллекта¹⁷⁶. Утверждается, что метавселенная и связанные с ней платформы виртуальной реальности могут предложить индивидуализированное воздействие определенных ситуаций (социальных или средовых) для реализации следующего поколения экспозиционной терапии. Такая терапия была предложена для лечения расстройств настроения, тревоги/фобий, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, расстройств пищевого поведения, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и шизофрении^{172,173,176,177}.

Этот подход может принимать форму «аватар-терапии», которая включает иммерсивную виртуальную реальность, где пациенты могут взаимодействовать с цифровыми аватарами, представляющими различные аспекты их собственной личности и/или другие сущности. Например, при лечении тревожных расстройств или ПТСР пациенты могут практиковать взаимодействие с аватарами в контролируемых социальных ситуациях или постепенно подвергать свои аватары пугающим сценариям в безопасной виртуаль-

ной среде^{170,172,177}. Аватар-терапия также может использоваться для развития самосострадания, через взаимодействие пациентов с аватарами самих себя в различных состояниях, помогая развить более позитивное самовосприятие, как было продемонстрировано в недавнем пилотном исследовании, где 15 пациентов практиковали проявление и получение сострадания от себя в виртуальном теле¹⁷⁸. Основным преимуществом таких вмешательств является контролируемый характер виртуальных взаимодействий и сред, что обеспечивает уникально настраиваемый терапевтический инструмент, который может быть адаптирован к конкретным потребностям, личности и прогрессу пациента¹⁷².

Сложности аватар-терапии включают в себя малоизученный «эффект Протея», при котором поведение и установки людей, по-видимому, соответствуют характеристикам их аватаров^{179,180}. Метаанализы последовательно демонстрируют малый и средний эффект этого феномена на поведение и установки¹⁷⁹. Хотя это может быть целенаправленно использовано для достижения положительных результатов (например, через создание аватаров с характеристиками, соответствующими терапевтическим целям), существует риск того, что эффект Протея может непреднамеренно привести к нежелательным последствиям неожиданными способами. Например, аватар-терапия социальной тревожности может начинаться с погружения пациентов в оживленную социальную среду, но без прямых или сложных социальных взаимодействий с другими аватарами в пространстве. Хотя это может служить экспозиционной терапией для социальной тревожности, отсутствие значимых взаимодействий с другими персонажами может привести к тому, что пациент будет чувствовать себя проигнорированным или незамеченным, усиливая чувства незначительности или неадекватности, которые могут перенестись на другие социальные ситуации.

Недавние исследования показали, что эффект Протея также проявляется в различных цифровых контекстах. Так, кросс-секционное исследование 345 киберспортсменов выявило, что их цифровая личность в мире киберспорта влияла на характер их взаимодействия с цифровой системой здравоохранения¹⁸⁰. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить, как установки и поведение в виртуальных мирах переносятся в реальные условия. Глубокое понимание взаимодействия человека с характеристиками аватаров будет иметь решающее значение при разработке терапевтических вмешательств в сфере психического здоровья, чтобы эффект Протея способствовал, а не препятствовал достижению терапевтических целей.

Как и в случае с другими развивающимися технологиями, клинический потенциал метавселенной будет зависеть от подхода к конфиденциальности пользователей, активной модерации (безопасности) и прозрачности¹⁷⁷. Эти проблемы уже ограничили потенциал социальных сетей в сфере психического здоровья, даже когда усилия и намерения были благими, например, в области профилактики суицида¹⁸¹. Кроме того, как и в случае с другими цифровыми платформами, высказываются опасения, что время, проведенное в метавселенной, может негативно влиять на психическое здоровье¹⁸². Например, в качественном исследовании из Великобритании⁸⁷ родители выражали обеспокоенность использованием виртуальной реальности их детьми, включая контакты с незнакомцами, воздействие насилия или риск социальной изоляции. Родители отмечали, что они по-прежнему предпочитают реальное взаимодействие и физическую активность. Как выразился один из родителей: «Я считаю, что она [виртуальная реальность] уступает физической активности в реальном мире».

Роль искусственного интеллекта в формировании социального познания может быть не менее преобразующей¹⁸³. Его способность анализировать огромные массивы данных может обеспечить глубокое понимание человеческого поведения и социальных взаимодействий и привести к более персонализированному и эффективному социальному онлайн-опыту, усиливая влияние на социально-когнитивные навыки^{183,184}. Недавние достижения, особенно в области разработки сложных языковых моделей, значительно рас-

ширили область применения и возможности реляционных агентов (вычислительных артефактов, предназначенных для построения и поддержания социально-эмоциональных отношений с пользователями).

Хотя потенциал реляционных агентов в формировании социальной активности человека признавался давно¹⁸⁵, лишь недавно стало очевидно, насколько современные системы искусственного интеллекта могут предложить более тонкое и адаптивное взаимодействие человека с компьютером¹⁸³, трансформируя способы нашего участия в социальной динамике и ее понимания. Эти развитые реляционные агенты теперь могут понимать широкий спектр человеческих эмоций и контекстов, обеспечивая более персонализированное, эмпатическое и контекстуально релевантное взаимодействие^{183,186}.

Сложность этих моделей заключается в их способности анализировать и обрабатывать огромные объемы лингвистических данных, позволяя им имитировать человеческое общение с удивительной точностью¹⁸⁷. Это обеспечивает более глубокий уровень вовлеченности и более осмысленное понимание социальных сигналов и норм. Будь то поддержка в приложениях для психического здоровья, помощь в обучении и развитии или просто предоставление общения, эти реляционные агенты становятся все более способными удовлетворять различные индивидуальные потребности и предпочтения^{188–190}.

По сути, эволюция искусственного интеллекта не только сделала взаимодействие человека с компьютером более увлекательным и реалистичным, но и проложила путь к будущему, в котором технологии могут органично интегрироваться в социальную структуру, улучшая нашу способность взаимодействовать и понимать друг друга в цифровом мире. Тем не менее проблемы предвзятости в этих моделях и беспокойство стигматизацией остаются актуальными. Крайне важен активный подход к созданию крупных языковых моделей и программ искусственного интеллекта, которые продвигают идеалы помощи, а не распространяют существующие предубеждения, особенно учитывая, что нынешнее поколение программ обучалось на материалах Интернета и социальных сетей. Печально, но не удивительно, что стигматизация шизофрении уже проявляется в изображениях этого состояния, генерируемых искусственным интеллектом¹⁹¹.

Новейшие качественные исследования с участием как пациентов, так и врачей подчеркивают отсутствие консенсуса во взглядах людей на искусственный интеллект: восприятие варьируется от крайне позитивного до полностью негативного¹⁹². Например, врачи размышляют о потенциале искусственного интеллекта в снижении рабочей нагрузки и общего давления на систему здравоохранения: «*Это же значительно облегчит нашу рабочую нагрузку, не так ли? Учитывая текущую нехватку персонала и увеличение объема работы, это было бы очень хорошим решением*». А пациенты подчеркивают, что люди остаются критически важными для социальных аспектов взаимодействия в процессе оказания помощи: «*Я думаю, что люди могут выражать эмоции, сочувствовать, помогать и давать надежду на светлое будущее лучше, чем любая машина*»¹⁹².

Сочетание виртуальной/дополненной реальности с искусственным интеллектом открывает дополнительные возможности для социального обучения и терапии^{166–170,189}. Например, в терапевтических условиях виртуальная реальность может создавать безопасные и контролируемые социальные ситуации^{190,193,194}, где аналитика на основе искусственного интеллекта может предоставлять обратную связь в реальном времени и персонализацию, повышая эффективность вмешательств, направленных на улучшение социальных навыков у лиц с социально-когнитивными дефицитами^{194,195}.

Это пересечение технологий и социального познания может не только обогатить наши онлайн-взаимодействия, но и предоставить ценные инструменты для решения проблем и улучшения социального функционирования у людей с различными потребностями. По мере того как мы продолжаем интегрировать эти технологии в нашу жизнь, их потенциал для улучшения нашего социального понимания и

взаимодействия может расти в геометрической прогрессии, делая их важнейшими инструментами как для личного развития, так и для клинической практики. Будущее социального познания в этом отношении представляется не только технологически продвинутым, но и более эмпатичным и всеобъемлющим. Тем не менее текущие проблемы, связанные с социальной активностью в Интернете, усиливаются в той же степени, что и преимущества^{171,181,186,192}.

ВЫВОДЫ

Полученные в ходе исследования данные существенно углубляют наше понимание влияния Интернета на психическое здоровье, когнитивные функции и социальное взаимодействие. Анализ выходит за рамки общих тенденций и дихотомического подхода к изучению «онлайн-мозга», фокусируясь на том, как особенности индивидуальной «онлайн-жизни» определяют результаты взаимодействия между Интернетом и мозгом. Синтез передовых количественных и качественных исследований в нейронауке, поведенческих и социологических дисциплинах позволяет по-новому взглянуть на то, как цифровое взаимодействие влияет на психические состояния как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Современные исследования подчеркивают сложность взаимодействия мозга и Интернета, демонстрируя зависимость результатов от множества социально-демографических, психологических и поведенческих факторов. Принципиально важно понимание того, что использование Интернета не является универсальным опытом, а варьируется в зависимости от индивидуальных характеристик и контекста.

Наблюдается отход от традиционного подхода к исследованиям и интервенциям, рассматривающим Интернет и его различные применения как «полезные» или «вредные». Вместо этого документируется возможность одновременного позитивного и негативного психологического и когнитивного воздействия большинства онлайн-активностей. В будущих исследованиях рекомендуется применять детальный подход к изучению того, как специфика «онлайн-жизни» индивидов влияет на их психическое здоровье, самовосприятие, когнитивные функции, образ жизни и социальные взаимодействия.

Развивающаяся область культуромики предоставляет возможности использования Интернета и связанных с ним данных для более динамичного понимания общественных изменений в привычках, установках, способностях и взаимодействиях с офлайн-миром. Очевиден потенциал таких технологий, как виртуальная и дополненная реальность, искусственный интеллект, в дальнейшей трансформации способов взаимодействия. При этом необходима постоянная тщательная оценка возможных нейropsychосоциальных последствий новых технологий для формирования будущего цифрового взаимодействия.

Результаты данного обзора способствуют формированию более тонкого, индивидуализированного понимания влияния Интернета на психологическое, когнитивное и социальное функционирование. На этой основе мы рекомендуем будущим исследованиям, руководствам и инициативам учитывать междисциплинарные данные нейронаучных, поведенческих и социальных исследований для выработки научно обоснованного и многомерного подхода к оценке преимуществ и недостатков взаимодействия с цифровым миром.

Перевод: Темирсултанова Деши Абдулазисовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Москвитина Ульяна Сергеевна, г. Белгород

Библиография

1. Firth J, Torous J, Stubbs B et al. The “online brain”: how the Internet may be changing our cognition. *World Psychiatry* 2019;18:119-29.
2. Anderson M, Faverio M, Gottfried J. Teens, social media and technology 2023. www.pewresearch.org.
3. Pandya A, Lodha P. Social connectedness, excessive screen time during COVID-19 and mental health: a review of current evidence. *Front Hum Dyn* 2021;3:45.
4. Kemp S. Digital 2023 deep-dive: online audio captures more of our attention. <https://datareportal.com>.

5. Kemp S. Digital 2023 deep-dive: how much time do we spend on social media? <https://datareportal.com>.
6. Yeh O. TikTok surpasses one billion installs on the app store and Google play. <https://sensortower.com>.
7. British Broadcasting Corporation (BBC). Irish university to offer degree in influencing. www.bbc.co.uk.
8. Royal College of Paediatrics and Child Health. The health impacts of screen time – a guide for clinicians and parents. www.rcpch.ac.uk.
9. Ritzel M. The Surgeon General's new mission: adolescent mental health. *New York Times*, March 21, 2023.
10. Stempel J, Bartz D, Raymond N. Meta's Instagram linked to depression, anxiety, insomnia in kids – US states' lawsuit. www.reuters.com.
11. Harris M. How social media is changing the way we think about mental illness. www.nami.org.
12. Odgers CL, Jensen MR. Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:336-48.
13. Vuorre M, Orben A, Przybylski AK. There is no evidence that associations between adolescents' digital technology engagement and mental health problems have increased. *Clin Psychol Sci* 2021;9:823-35.
14. Przybylski AK, Orben A, Weinstein N. How much is too much? Examining the relationship between digital screen engagement and psychosocial functioning in a confirmatory cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59:1080-8.
15. Plackett R, Blyth A, Schartau P. The impact of social media use interventions on mental well-being: systematic review. *J Med Internet Res* 2023;25:e44922.
16. Lambert J, Barnstable G, Minter E et al. Taking a one-week break from social media improves well-being, depression, and anxiety: a randomized controlled trial. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2022;25:287-93.
17. Przybylski AK, Nguyen TT, Law W et al. Does taking a short break from social media have a positive effect on well-being? Evidence from three preregistered field experiments. *J Technol Behav Sci* 2021;6:507-14.
18. Vally Z, D'Souza CG. Abstinence from social media use, subjective well-being, stress, and loneliness. *Perspect Psychiatr Care* 2019;55:752-9.
19. Mitev K, Weinstein N, Karabeliova S et al. Social media use only helps, and does not harm, daily interactions and well-being. *Technology, Mind, and Behavior* 2021;2:1.
20. Orben A, Przybylski AK, Blakemore S-J et al. Windows of developmental sensitivity to social media. *Nat Commun* 2022;13:1649.
21. El Asam A, Katz A. Vulnerable young people and their experience of online risks. *Hum Comput Interact* 2018;33:281-304.
22. Idelji-Tehrani S, Dubicka B, Graham R. The clinical implications of digital technology. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2023;28:338-53.
23. Smith T. An exploratory analysis of the relationship of problematic Facebook use with loneliness and self-esteem: the mediating roles of extraversion and self-presentation. *Curr Psychol* 2022; doi:10.1007/s12144-022-03505-0.
24. Sampogna G, Di Vincenzo M, Luciano M et al. The effect of social media and infodemic on mental health during the COVID-19 pandemic: results from the COMET multicentric trial. *Front Psychiatry* 2023;14:1226414.
25. Sanders T, Noetel M, Parker P et al. An umbrella review of the benefits and risks associated with youths' interactions with electronic screens. *Nat Hum Behav* 2024;8:82-99.
26. Carson V, Clark M, Berry T et al. A qualitative examination of the perceptions of parents on the Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for the early years. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014;11:1-8.
27. Arundell L, Gould L, Ridgers ND et al. "Everything kind of revolves around technology": a qualitative exploration of families' screen use experiences, and intervention suggestions. *BMC Public Health* 2022;22:1-11.
28. Toh SH, Howie EK, Coenen P et al. "From the moment I wake up I will use it... every day, every hour": a qualitative study on the patterns of adolescents' mobile touch screen device use from adolescent and parent perspectives. *BMC Pediatr* 2019;19:1-16.
29. Yang Z, Griffiths MD, Yan Z et al. Can watching online videos be addictive? A qualitative exploration of online video watching among Chinese young adults. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:7247.
30. Rodway C, Tham S-G, Richards N et al. Online harms? Suicide-related online experience: a UK-wide case series study of young people who die by suicide. *Psychol Med* 2023;53:4434-45.
31. Kuss DJ, Griffiths MD. Internet and gaming addiction: a systematic literature review of neuroimaging studies. *Brain Sci* 2012;2:347-74.
32. Love T, Laier C, Brand M et al. Neuroscience of internet pornography addiction: a review and update. *Behav Sci* 2015;5:388-433.
33. Kirezli O, Aydin AE. Understanding social media addiction through personal, social, and situational factors. In: Wamuyu PK (ed). *Analyzing global social media consumption*. Hershey: IGI Global, 2021:155-82.
34. Cheng C, Lau Y-C, Chan L et al. Prevalence of social media addiction across 32 nations: meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addict Behav* 2021;117:106845.
35. Hinkley T, McCann JR. Mothers' and father's perceptions of the risks and benefits of screen time and physical activity during early childhood: a qualitative study. *BMC Public Health* 2018;18:1-8.
36. Thomas G, Bennie JA, De Cocker K et al. Exploring contemporary screen time in Australian adolescents: a qualitative study. *Health Promot J Austr* 2021;32:238-47.
37. Sini AO. High screen time – A trigger for social communication disorder in toddlers? Qualitative study. *Saarth* 2022;2395-339X.
38. Buabbas A, Hasan H, Shehab AA. Parents' attitudes toward school students' overuse of smartphones and its detrimental health impacts: qualitative study. *JMIR Pediatr Parent* 2021;4:e24196.
39. Rast R, Coleman JT, Simmers CS. The darkside of the like: the effects of social media addiction on digital and in-person communication. *J Soc Media Soc* 2021;10:175-201.
40. Bucyte S. Habit or addiction? A qualitative exploration of Instagram and addictive design characteristics. Bachelor Thesis, Aalto University, Espoo, 2023.
41. Hjetland GJ, Schønning V, Hella RT et al. How do Norwegian adolescents experience the role of social media in relation to mental health and well-being: a qualitative study. *BMC Psychol* 2021;9:78.
42. Arness DC, Ollis T. A mixed-methods study of problematic social media use, attention dysregulation, and social media use motives. *Curr Psychol* 2023;42: 24379-98.
43. Allaby M, Shannon CS. "I just want to keep in touch": adolescents' experiences with leisure-related smartphone use. *J Leis Res* 2020;51:245-63.
44. Spjeldnæs K, Karlsen F. How digital devices transform literary reading: the impact of e-books, audiobooks and online life on reading habits. *New Media & Society* 2022; doi: 10.1177/14614448221126168.
45. Harness J, Domoff SE, Rollings H. Social media use and youth mental health: intervention-focused future directions. *Curr Psychiatry Rep* 2023;25:865-71.
46. Valkenburg PM, van Driel II, Beyens I. The associations of active and passive social media use with well-being: a critical scoping review. *New Media & Society* 2022;24:530-49.
47. Steinsbekk S, Nesi J, Wichstrøm L. Social media behaviors and symptoms of anxiety and depression. A four-wave cohort study from age 10-16 years. *Comput Hum Behav* 2023;147:107859.
48. George MJ, Jensen MR, Russell MA et al. Young adolescents' digital technology use, perceived impairments, and well-being in a representative sample. *J Pediatr* 2020;219:180-7.
49. Nominet Social Impact. Digital youth index report 2021. www.nominet.uk.
50. Hoffner CA, Bond BJ. Parasocial relationships, social media, & well-being. *Curr Opin Psychol* 2022;45:101306.
51. Orsolini L, Volpe U, Albert U et al. Use of social network as a coping strategy for depression among young people during the COVID-19 lockdown: findings from the COMET collaborative study. *Ann Gen Psychiatry* 2022;21:1-12.
52. Metherell TE, Ghai S, McCormick EM et al. Digital access constraints predict worse mental health among adolescents during COVID-19. *Sci Rep* 2022;12:19088.
53. Gupta M, Sharma A. Fear of missing out: a brief overview of origin, theoretical underpinnings and relationship with mental health. *World J Clin Cases* 2021;9:4881.
54. Brown L, Kuss DJ. Fear of missing out, mental wellbeing, and social connectedness: a seven-day social media abstinence trial. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:4566.
55. Hunt MG, Marx R, Lipson C et al. No more FOMO: limiting social media decreases loneliness and depression. *J Soc Clin Psychol* 2018;37:751-68.

56. Jan M, Soomro S, Ahmad N. Impact of social media on self-esteem. *Eur Sci J* 2017;13:329-41.
57. Irmer A, Schmiedek F. Associations between youth's daily social media use and well-being are mediated by upward comparisons. *Commun Psychol* 2023; 12:1.
58. Valkenburg P, Beyens I, Pouwels JL et al. Social media use and adolescents' self-esteem: heading for a person-specific media effects paradigm. *J Commun* 2021;71:56-78.
59. Vandenbosch L, Fardouly J, Tiggemann M. Social media and body image: recent trends and future directions. *Curr Opin Psychol* 2022;45:101289.
60. Gibbs N, Piatkowski T. The liver king lie: misrepresentation, justification, and public health implications. *Int J Drug Policy* 2023;114:103979.
61. Fardouly J, Vartanian LR. Social media and body image concerns: current research and future directions. *Curr Opin Psychol* 2016;9:1-5.
62. Rodgers RF, Lowy AS, Halperin DM et al. A meta-analysis examining the influence of pro-eating disorder websites on body image and eating pathology. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24:3-8.
63. Saiphoo AN, Vahedi Z. A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Comput Hum Behav* 2019; 101:259-75.
64. de Valle MK, Gallego-Garcia M, Williamson P et al. Social media, body image, and the question of causation: meta-analyses of experimental and longitudinal evidence. *Body Image* 2021;39:276-92.
65. Jung J, Barron D, Lee Y-A et al. Social media usage and body image: examining the mediating roles of internalization of appearance ideals and social comparisons in young women. *Comput Hum Behav* 2022;135:107357.
66. Pedalino F, Camerini A-L. Instagram use and body dissatisfaction: the mediating role of upward social comparison with peers and influencers among young females. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:1543.
67. Dřiliová H, Šmahel D, Šmahelová M. Advantages and disadvantages of internet use: the perspective of women with eating disorders experience. *Health Comm* 2022;37:791-801.
68. Murray SB, Alba C, Duval CJ et al. Aberrant functional connectivity between reward and inhibitory control networks in pre-adolescent binge eating disorder. *Psychol Med* 2023;53:3869-78.
69. Schaumberg K, Brosio LC, Lloyd EC et al. Prospective associations between childhood neuropsychological profiles and adolescent eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 2020;28:156-69.
70. Lewin KM, Kaur A, Meshi D. Problematic social media use and impulsivity. *Curr Addict Rep* 2023;10:1-10.
71. He Q, Turel O, Bechara A. Brain anatomy alterations associated with Social Networking Site (SNS) addiction. *Sci Rep* 2017;7:45064.
72. Peng-Li D, Sørensen TA, Li Y et al. Systematically lower structural brain connectivity in individuals with elevated food addiction symptoms. *Appetite* 2020;155:104850.
73. Stott N, Fox JR, Williams MO. Attentional bias in eating disorders: a meta-review. *Int J Eat Disord* 2021;54:1377-99.
74. Kerr-Gaffney J, Harrison A, Tchanturia K. Eye-tracking research in eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord* 2019;52:3-27.
75. Aspen V, Darcy AM, Cogg J. A review of attention biases in women with eating disorders. *Cogn Emot* 2013;27:820-38.
76. Schmitz F, Naumann E, Trentowska M et al. Attentional bias for food cues in binge eating disorder. *Appetite* 2014;80:70-80.
77. Seekis V, Lawrence RK. How exposure to body neutrality content on TikTok affects young women's body image and mood. *Body Image* 2023;47:101629.
78. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J et al. Screen-time is associated with in-attention problems in preschoolers: results from the CHILD birth cohort study. *PLoS One* 2019;14:e0213995.
79. van Wezel MM, Abrahamse EL, Abeeel MMV. Does a 7-day restriction on the use of social media improve cognitive functioning and emotional well-being? Results from a randomized controlled trial. *Addict Behav Rep* 2021;14:100365.
80. Miller J, Mills KL, Vuorre M et al. Impact of digital screen media activity on functional brain organization in late childhood: evidence from the ABCD study. *Cortex* 2023;169:290-308.
81. Paulus MP, Squeglia LM, Bagot K et al. Screen media activity and brain structure in youth: evidence for diverse structural correlation networks from the ABCD study. *Neuroimage* 2019;185:140-53.
82. Aalbers G, van den Abeele MM, Hendrickson AT et al. Caught in the moment: are there person-specific associations between momentary procrastination and passively measured smartphone use? *Mob Media Commun* 2022;10:115-35.
83. Meier A, Beyens I, Siebers T et al. Habitual social media and smartphone use are linked to task delay for some, but not all, adolescents. *J Comput-Mediat Comm* 2023;28:zmad008.
84. Perks LG, Turner JS. Podcasts and productivity: a qualitative uses and gratifications study. *Mass Commun Soc* 2019;22:96-116.
85. Firth JA, Torous J, Firth J. Exploring the impact of internet use on memory and attention processes. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:9481.
86. Yılmaz E, Yel S, Griffiths MD. The impact of heavy (excessive) video gaming students on peers and teachers in the school environment: a qualitative study. *Addicta* 2018;5:147-61.
87. McMichael L, Farič N, Newby K et al. Parents of adolescents perspectives of physical activity, gaming and virtual reality: qualitative study. *JMIR Serious Games* 2020;8:e14920.
88. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – terminology consensus project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;14:1-17.
89. Wheeler MJ, Dempsey PC, Grace MS et al. Sedentary behavior as a risk factor for cognitive decline? A focus on the influence of glycemic control in brain health. *Alzheimers Dement* 2017;3:291-300.
90. Yan S, Fu W, Wang C et al. Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry* 2020; 10:112.
91. Maasackers CM, Weijers RW, Dekkers C et al. Sedentary behaviour and brain health in middle-aged and older adults: a systematic review. *Neurosci Bio-behav Rev* 2022;140:104802.
92. Olanrewaju O, Stockwell S, Stubbs B et al. Sedentary behaviours, cognitive function, and possible mechanisms in older adults: a systematic review. *Aging Clin Exp Res* 2020;32:969-84.
93. Falck RS, Davis JC, Liu-Ambrose T. What is the association between sedentary behaviour and cognitive function? A systematic review. *Br J Sports Med* 2017;51:800-11.
94. Miskoff JA, Chaudhri M, Miskoff B. Does playing video games before bedtime affect sleep? *Cureus* 2019;11:e4977.
95. Owen N, Healy GN, Matthews CE et al. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev* 2010;38:105.
96. Collins AM, Molina-Hidalgo C, Aghajanyan SL et al. Differentiating the influence of sedentary behavior and physical activity on brain health in late adulthood. *Exp Gerontol* 2023;180:112246.
97. Omura JD, Brown DR, McGuire LC et al. Cross-sectional association between physical activity level and subjective cognitive decline among US adults aged ≥45 years, 2015. *Prev Med* 2020;141:106279.
98. James S-N, Chiou Y-J, Fatih N et al. Timing of physical activity across adulthood on later-life cognition: 30 years follow-up in the 1946 British birth cohort. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2023;94:349-56.
99. Erickson KI, Hillman C, Stillman CM et al. Physical activity, cognition, and brain outcomes: a review of the 2018 Physical Activity Guidelines. *Med Sci Sports Exerc* 2019;51:1242.
100. Woessner MN, Tacey A, Levinger-Limor A et al. The evolution of technology and physical inactivity: the good, the bad, and the way forward. *Front Public Health* 2021;9:655491.
101. Ringin E, Dunstan DW, McIntyre RS et al. Differential associations of mentally-active and passive sedentary behaviours and physical activity with putative cognitive decline in healthy individuals and those with bipolar disorder: findings from the UK Biobank cohort. *Ment Health Phys Act* 2023;24:100514.
102. Nakshine VS, Thute P, Khatib MN et al. Increased screen time as a cause of declining physical, psychological health, and sleep patterns: a literary review. *Cureus* 2022;14:e30051.
103. Kokka I, Mourikis I, Nicolaides NC et al. Exploring the effects of problematic internet use on adolescent sleep: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:760.
104. Peracchia S, Curcio G. Exposure to video games: effects on sleep and on post-sleep cognitive abilities. A systematic review of experimental evidences. *Sleep Sci* 2018;11:302-14.
105. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *J Behav Addict* 2015;4:85-92.

106. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM et al. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open* 2015;5:e006748.
107. Killgore WD. Effects of sleep deprivation on cognition. *Prog Brain Res* 2010; 185:105-29.
108. Maquet P. Sleep on it! *Nat Neurosci* 2000;3:1235-6.
109. de Oliveira MLC, de Nogueira Holanda FW, Valdez P et al. Impact of electronic device usage before bedtime on sleep and attention in adolescents. *Mind Brain Educ* 2020;14:376-86.
110. Wahl S, Engelhardt M, Schaupp P et al. The inner clock – Blue light sets the human rhythm. *J Biophotonics* 2019;12:e201900102.
111. Silvani MI, Werder R, Perret C. The influence of blue light on sleep, performance and wellbeing in young adults: a systematic review. *Front Physiol* 2022; 13:943108.
112. Shechter A, Kim EW, St-Onge M-P et al. Blocking nocturnal blue light for insomnia: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res* 2018;96:196-202.
113. Alhola P, Polo-Kantola P. Sleep deprivation: impact on cognitive performance. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2007;3:553-67.
114. Gaya AR, Brum R, Brites K et al. Electronic device and social network use and sleep outcomes among adolescents: the EHDLA study. *BMC Public Health* 2023;23:1.
115. Perez Algorta G, Van Meter A, Dubicka B et al. Blue blocking glasses worn at night in first year higher education students with sleep complaints: a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud* 2018;4:1-7.
116. Walsh JJ, Barnes JD, Cameron JD et al. Associations between 24 hour movement behaviours and global cognition in US children: a cross-sectional observational study. *Lancet Child Adolesc Health* 2018;2:783-91.
117. Fung H, Yeo BT, Chen C et al. Adherence to 24-hour movement recommendations and health indicators in early adolescence: cross-sectional and longitudinal associations in the Adolescent Brain Cognitive Development Study. *J Adolesc Health* 2023;72:460-70.
118. Lu Y, Zhao M. Adherence to the 24-h movement guidelines and cognitive difficulties in adolescents. *Complement Ther Clin Pract* 2023;51:101744.
119. Lau PW, Song H, Song D et al. 24-hour movement behaviors and executive functions in preschoolers: a compositional and isotemporal reallocation analysis. *Child Dev* 2024;95:e110-21.
120. Tapia-Serrano MA, Sevil-Serrano J, Sánchez-Miguel PA et al. Prevalence of meeting 24-Hour Movement Guidelines from pre-school to adolescence: a systematic review and meta-analysis including 387,437 participants and 23 countries. *J Sport Health Sci* 2022;11:427-37.
121. Firth J, Solmi M, Wootton RE et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020;19:360-80.
122. Klimova B. Use of the Internet as a prevention tool against cognitive decline in normal aging. *Clin Interv Aging* 2016;11:1231-7.
123. Wesselman LM, Hooghiemstra AM, Schoonmade LJ et al. Web-based multi-domain lifestyle programs for brain health: comprehensive overview and meta-analysis. *JMIR Ment Health* 2019;6:e12104.
124. Althoff T, Jindal P, Leskovec J. Online actions with offline impact: how online social networks influence online and offline user behavior. Presented at the 10th ACM International Conference on WEB Search and Data Mining, Cambridge, February 2017.
125. Hashempour-Sadeghian M, Shavazi MTA. Internet and social isolation: a comparative study of the effect of Internet use on social isolation between young and middle-aged individuals. *Shiraz E-Medical Journal* 2022;23:e114601.
126. Hajek A, König H-H. The association between use of online social networks sites and perceived social isolation among individuals in the second half of life: results based on a nationally representative sample in Germany. *BMC Public Health* 2019;19:1-7.
127. Zhao W, Kelly RM, Rogerson MJ et al. Understanding older adults' participation in online social activities: lessons from the COVID-19 pandemic. *Proc ACM Hum-Comput Interact* 2022;6:470.
128. Anderson EL, Steen E, Stavropoulos V. Internet use and problematic Internet use: a systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *Int J Adolesc Youth* 2017;22:430-54.
129. Kuss DJ, Griffiths MD. Social networking sites and addiction: ten lessons learned. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14:311.
130. Guan S-SA, Hain S, Cabrera J et al. Social media use and empathy: a mini meta-analysis. *Soc Netw* 2019;8:147-57.
131. Vossen HG, Valkenburg PM. Do social media foster or curtail adolescents' empathy? A longitudinal study. *Comput Hum Behav* 2016;63:118-24.
132. Lomanowska AM, Guitton MJ. Online intimacy and well-being in the digital age. *Internet Interv* 2016;4:138-44.
133. Jafar Z, Quick JD, Larson HJ et al. Social media for public health: reaping the benefits, mitigating the harms. *Health Promot Perspect* 2023;13:105.
134. Sharot T, Sunstein CR. How people decide what they want to know. *Nat Hum Behav* 2020;4:14-9.
135. Bode L. Political news in the news feed: learning politics from social media. *Mass Commun Soc* 2016;19:24-48.
136. Wang L, Gunasti K, Shankar R et al. Impact of gamification on perceptions of word-of-mouth contributors and actions of word-of-mouth consumers. *MIS Quarterly* 2020;44:1987-2011.
137. Del Vicario M, Bessi A, Zollo F et al. The spreading of misinformation online. *Proc Natl Acad Sci USA* 2016;113:554-9.
138. Cinelli M, De Francisci Morales G, Galeazzi A et al. The echo chamber effect on social media. *Proc Natl Acad Sci USA* 2021;118:e202301118.
139. Terren L, Borge R. Echo chambers on social media: a systematic review of the literature. *Rev Commun Res* 2021;9:99-118.
140. Centola D. The spread of behavior in an online social network experiment. *Science* 2010;329:1194-7.
141. Zhang J, Centola D. Social networks and health: new developments in diffusion, online and offline. *Annu Rev Sociol* 2019;45:91-109.
142. Kramer AD, Guillory JE, Hancock JT. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014; 111:8788.
143. Centola D. How behavior spreads: the science of complex contagions. Princeton: Princeton University Press, 2018.
144. Firth JA, Albery GF, Beck KB et al. Analysing the social spread of behaviour: integrating complex contagions into network based diffusions. *arXiv* 2012;08925.
145. Guillebeault D, Becker J, Centola D. Complex contagions: a decade in review. In: Lehmann S, Ahn Y (eds). Berlin: Springer Nature, 2018:3-25.
146. Hurel E, Grall-Bronnec M, Bouillard O et al. Systematic review of gaming and neuropsychological assessment of social cognition. *Neuropsychol Rev* 2023; doi: 10.1007/s11065-023-09599-y.
147. Alghamdi D. He and she in video games: impact of gender on video game participation and perspectives. *Int J Adv Comput Sci Appl* 2023;14:202.
148. Hilvert-Bruce Z, Neill JT. I'm just trolling: the role of normative beliefs in aggressive behaviour in online gaming. *Comput Hum Behav* 2020;102:303-11.
149. Adachi PJ, Willoughby T. The effect of video game competition and violence on aggressive behavior: which characteristic has the greatest influence? *Psychol Violence* 2011;1:259.
150. Hollingdale J, Greitemeyer T. The effect of online violent video games on levels of aggression. *PLoS One* 2014;9:e111790.
151. Simon KC, Clemenson GD, Zhang J et al. Sleep facilitates spatial memory but not navigation using the Minecraft Memory and Navigation task. *Proc Natl Acad Sci USA* 2022;119:e2202394119.
152. Yavuz E, Lazar AS, Gahnstrom CJ et al. Shorter reported sleep duration in men is associated with worse virtual spatial navigation performance. *bioRxiv* 2023;10.1101/2023.09.09.556942.
153. McNulty C, Jenny SE, Leis O et al. Physical exercise and performance in esports players: an initial systematic review. *Journal of Electronic Gaming and Esports* 2023; doi: 10.1123/jege.2022-0014.
154. Coutrot A, Manley E, Goodroe S et al. Entropy of city street networks linked to future spatial navigation ability. *Nature* 2022;604:104-10.
155. Toth AJ, Ramsbottom N, Kowal M et al. Converging evidence supporting the cognitive link between exercise and esports performance: a dual systematic review. *Brain Sci* 2020;10:859.
156. Michel J-B, Shen YK, Aiden AP et al. Quantitative analysis of culture using millions of digitized books. *Science* 2011;331:176-82.
157. Correia RA, Ladle R, Jarić I et al. Digital data sources and methods for conservation culturomics. *Conserv Biol* 2021;35:398-411.
158. Lazer D, Hargittai E, Freelon D et al. Meaningful measures of human society in the twenty-first century. *Nature* 2021;595:189-96.

159. Tana JC, Kettunen J, Eirola E et al. Diurnal variations of depression-related health information seeking: case study in Finland using Google Trends data. *JMIR Ment Health* 2018;5:e9152.
160. Golder SA, Macy MW. Diurnal and seasonal mood vary with work, sleep, and daylength across diverse cultures. *Science* 2011;333:1878-81.
161. Jarić I, Roll U, Arlinghaus R et al. Expanding conservation cultur-omics and iEcology from terrestrial to aquatic realms. *PLoS Biol* 2020;18:e3000935.
162. Lorenz-Spreen P, Mønsted BM, Hövel P et al. Accelerating dynamics of collective attention. *Nat Commun* 2019;10:1759.
163. Jarić I, Correia RA, Bonaiuto M et al. Transience of public attention in conservation science. *Front Ecol Environ* 2023;21:333-40.
164. Djerf-Pierre M. The crowding-out effect: issue dynamics and attention to environmental issues in television news reporting over 30 years. *Journal Stud* 2012;13:499-516.
165. Downs A. Up and down with ecology – The “issue-attention cycle”. *Public Interest* 1972;28:38.
166. Riva G, Baños RM, Botella C et al. Transforming experience: the potential of augmented reality and virtual reality for enhancing personal and clinical change. *Front Psychiatry* 2016;7:164.
167. Scavarelli A, Arya A, Teather RJ. Virtual reality and augmented reality in social learning spaces: a literature review. *Virtual Real* 2021;25:257-77.
168. Biswas SS. Role of Chat GPT in public health. *Ann Biomed Eng* 2023;51:868-9.
169. Slater M. Immersion and the illusion of presence in virtual reality. *Br J Psychol* 2018;109:431-3.
170. Freeman D, Reeve S, Robinson A et al. Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychol Med* 2017;47: 2393-400.
171. Merckx C, Nawijn J. Virtual reality tourism experiences: addiction and isolation. *Tour Manag* 2021;87:104394.
172. Usmani SS, Sharath M, Mehendale M. Future of mental health in the metaverse. *Gen Psychiatr* 2022;35:e100825.
173. Cerasa A, Gaggioli A, Marino F et al. The promise of the metaverse in mental health: the new era of MEDverse. *Heliyon* 2022;8:e11762.
174. Zitron E. RIP Metaverse: an obituary for the latest fad to join the tech graveyard. www.businessinsider.com.
175. Horwitz J, Rodriguez S, Bobrowsky M. Company documents show Meta's flag-ship metaverse falling short. www.wsj.com.
176. Wang G, Badal A, Jia X et al. Development of metaverse for intelligent healthcare. *Nat Mach Intell* 2022;4:922-9.
177. Benrimoh D, Chheda FD, Margolese HC. The best predictor of the future – the metaverse, mental health, and lessons learned from current technologies. *JMIR Mental Health* 2022;9:e40410.
178. Falconer CJ, Rovira A, King JA et al. Embodying self-compassion within virtual reality and its effects on patients with depression. *BJPsych Open* 2016;2:74-80.
179. Ratan R, Beyea D, Li BJ et al. Avatar characteristics induce users' behavioral conformity with small-to-medium effect sizes: a meta-analysis of the Proteus effect. *Media Psychol* 2020;23:651-75.
180. Cai L, Huang Z, Feng Q et al. Co-transformation of digital health and esports in metaverse: moderating effects of digital personality on mental health in Multiplayer Online Battle Arena (MOBA). *Int J Environ Res Public Health* 2022;20:760.
181. Barnett I, Torous J. Ethics, transparency, and public health at the intersection of innovation and Facebook's suicide prevention efforts. *Ann Intern Med* 2019;170:565-6.
182. Kaimara P, Oikonomou A, Deliyannis I. Could virtual reality applications pose real risks to children and adolescents? A systematic review of ethical issues and concerns. *Virtual Real* 2022;26:697-735.
183. Henschel A, Hortensius R, Cross ES. Social cognition in the age of human-robot interaction. *Trends Neurosci* 2020;43:373-84.
184. Luxton DD. Artificial intelligence in psychological practice: current and future applications and implications. *Prof Psychol Res Pr* 2014;45:332.
185. Mumm J, Mutlu B. Designing motivational agents: the role of praise, social comparison, and embodiment in computer feedback. *Comput Hum Behav* 2011;27:1643-50.
186. Wei J, Tay Y, Bommasani R et al. Emergent abilities of large language models. *arXiv* 2022;220607682.
187. Gilson A, Safranek CW, Huang T et al. How does ChatGPT perform on the United States medical licensing examination? The implications of large language models for medical education and knowledge assessment. *JMIR Med Educ* 2023;9:e45312.
188. Farhat F. ChatGPT as a complementary mental health resource: a boon or a bane. *Ann Biomed Eng* 2023; doi: 10.1007/s10439-023-03326-7.
189. Singhal K, Azizi S, Tu T et al. Large language models encode clinical knowledge. *Nature* 2023;620:172-80.
190. Emmelkamp PM, Meyerbröker K. Virtual reality therapy in mental health. *Annu Rev Clin Psychol* 2021;17:495-519.
191. King M. Harmful biases in artificial intelligence. *Lancet Psychiatry* 2022;9:e48.
192. Čartolovni A, Malešević A, Poslon L. Critical analysis of the AI impact on the patient-physician relationship: a multi-stakeholder qualitative study. *Digital Health* 2023;9:20552076231220833.
193. Bell IH, Nicholas J, Alvarez-Jimenez M et al. Virtual reality as a clinical tool in mental health research and practice. *Dialogues Clin Neurosci* 2020;22:169-77.
194. Barua PD, Vicnesh J, Gururajan R et al. Artificial intelligence enabled personalised assistive tools to enhance education of children with neurodevelopmental disorders – a review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:1192.
195. Torous J, Myrick K, Aguilera A. The need for a new generation of digital mental health tools to support more accessible, effective and equitable care. *World Psychiatry* 2023;22:1-2.

DOI:10.1002/wps.21188

Пережитый опыт психических расстройств у подростков: обзор «снизу вверх», совместно разработанный, проведенный и написанный экспертами по опыту и учеными

Paolo Fusar-Poli¹⁻⁴, Andrés Estradé¹, Cecilia M. Esposito², René Rosfort⁵, Ilaria Basadonne², Milena Mancini⁶, Giovanni Stanghellini^{7,8}, Jummy Otaiku⁹, Oluwadamilola Olanrele³, Lucas Allen³, Muskan Lamba¹⁰, Catherine Alaso¹¹, Judy Ieri¹¹, Margret Atieno¹¹, Yvonne Oluoch¹¹, Phides Ireri¹¹, Ephraim Tembo^{12,13}, Innocent Z. Phiri¹², Duncan Nkhoma¹², Noah Sichone¹², Candy Siadibbi^{12,14}, Pharidah R.I.O. Sundi¹⁵, Nyathi Ntokozo^{16,17}, Laura Fusar-Poli², Valentina Floris², Martina M. Mensi¹⁸, Renato Borgatti^{2,18}, Stefano Damiani², Umberto Provenzano², Natascia Brondino², Ilaria Bonoldi^{19,20}, Joaquim Radua²¹, Kate Cooper²², Jae Il Shin²³, Samuele Cortese²⁴⁻²⁸, Andrea Danese^{29,30}, Sarah Bendall^{31,32}, Celso Arango³³, Christoph U. Correll³⁴⁻³⁶, Mario Maj³⁷

¹Early Psychosis: Interventions and Clinical-detection (EPIC) Lab, Department of Psychosis Studies, King's College London, London, UK; ²Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy; ³OASIS Service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ⁴Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital, Ludwig-Maximilian-University, Munich, Germany; ⁵S. Kierkegaard Research Centre, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁶Department of Psychological Sciences, Health and Territory, G. D'Annunzio University of Chieti and Pescara, Chieti, Italy; ⁷Department of Health Sciences, University of Florence, Florence, Italy; ⁸Diego Portales University, Santiago, Chile; ⁹Young Person's Mental Health Advisory Group, King's College London, London, UK; ¹⁰Global Mental Health Peer Network, Delhi, India; ¹¹Global Mental Health Peer Network, Nairobi, Kenya; ¹²Global Mental Health Peer Network, Lusaka, Zambia; ¹³University of Zambia, Lusaka, Zambia; ¹⁴Psychology Association of Zambia, Lusaka, Zambia; ¹⁵Lusaka Apex Medical University, Lusaka, Zambia; ¹⁶Global Mental Health Peer Network, Bulawayo, Zimbabwe; ¹⁷Youth Support Network Trust, Bulawayo, Zimbabwe; ¹⁸National Neurological Institute, IRCCS C. Mondino Foundation, Pavia, Italy; ¹⁹South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ²⁰Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ²¹Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ²²Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK; ²³Department of Pediatrics, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea; ²⁴Centre for Innovation in Mental Health, School of Psychology, Faculty of Environmental and Life Sciences, University of Southampton, Southampton, UK; ²⁵Clinical and Experimental Sciences (CNS and Psychiatry), Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton, UK; ²⁶Hassenfeld Children's Hospital at NYU Langone, New York University Child Study Center, New York, NY, USA; ²⁷Solent NHS Trust, Southampton, UK; ²⁸Department of Precision and Regenerative Medicine and Ionic Area, University of Bari, Bari, Italy; ²⁹Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre and Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ³⁰National and Specialist Child and Adolescent Mental Health Service Clinic for Trauma, Anxiety and Depression, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ³¹Orygen, Melbourne, VIC, Australia; ³²Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia; ³³Institute of Psychiatry and Mental Health, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hospital General Universitario G. Marañón, School of Medicine, Universidad Complutense, CIBERSAM, Madrid, Spain; ³⁴Department of Child and Adolescent Psychiatry, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; ³⁵Departments of Psychiatry and Molecular Medicine, Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Hempstead, NY, USA; ³⁶Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Northwell Health, Glen Oaks, NY, USA; ³⁷Department of Psychiatry, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy

Здесь мы представляем первый обзор «снизу вверх» пережитого опыта психических расстройств у подростков, который был совместно разработан, проведен и написан экспертами по опыту и учеными. Мы проанализировали отчеты от первого лица как в сфере медицины, так и за ее пределами и обсудили их на совместных семинарах с участием многочисленных экспертов по опыту, представляющих различные половые, этнические, культурные группы и континенты, а также членов их семей и лиц, осуществляющих уход. Впоследствии материал был дополнен феноменологически обоснованными взглядами и представлен всем участникам. Внутренний субъективный опыт подростков описан для расстройств настроения, психотических расстройств, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, расстройств аутистического спектра, тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения, экстернализирующих расстройств, а также самоповреждающего поведения. Воспоминания о прошлом отдельных лиц также указывают на продромальные (часто транзиторные) признаки, предшествующие постановке психиатрического диагноза. Опыт подростков с психическими расстройствами в широком обществе описывается с учетом их семьи, школы и сверстников, а также социального и культурного контекста. Кроме того, описывается их пережитый опыт получения психиатрической помощи в связи с установлением диагноза психического расстройства, доступом к поддержке психического здоровья, получением психофармакологического лечения, получением психотерапии, поддержкой сверстников и активизмом в области психического здоровья, а также достижением выздоровления. Полученные результаты могут повлиять на клиническую практику, научные исследования и общество в целом. Мы надеемся, что это совместно разработанное, проведенное и написанное исследование поможет нам сохранить нашу приверженность делу защиты хрупкого психического здоровья подростков и поможет им вырасти в здоровых, полноценных и социально активных взрослых.

Ключевые слова: подростки, пережитый опыт, отчеты от первого лица, расстройства настроения, психотические расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности, расстройства аутистического спектра, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения, экстернализирующие расстройства, самоповреждающее поведение, психиатрическая помощь, выздоровление.

Fusar-Poli P, Estradé A, Esposito CM et al. The lived experience of mental disorders in adolescents: a bottom-up review co-designed, co-conducted and co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2024;23:191–208. doi:10.1002/wps.21189.

Недавние метаэпидемиологические данные указывают на то, что дебют первого психического расстройства происходит в возрасте до 14 лет у одной трети, до 18 лет почти у половины и до 25 лет примерно у двух третей людей, с пиковым возрастом начала 14,5 лет для всех психических расстройств¹. Большинство психических расстройств у взрослых берет начало в подростковом возрасте (т. е. между 10 и 19 годами²), когда происходит быстрый рост и развитие головного мозга³. Сообщается, что распространенность

проблем психического здоровья среди подростков растет во всем мире⁴.

Раннее начало является основным фактором высокого личного бремени большинства психических расстройств, усугубляемого частыми сопутствующими заболеваниями^{5,6}, и отражает сложное этиопатологическое взаимодействие генетических и средовых факторов^{7,8}. С этим связан и глобальный кризис системы охраны психического здоровья⁹, которая, как правило, разделяется в зависимости от

достижения пациентом возраста 18¹⁰ лет (на взрослую психиатрическую службу, и на детскую и подростковую), что приводит к отсутствию преемственности в оказании помощи.

Эти факторы приводят к недостаточно оптимальным результатам¹¹ и способствуют сокращению продолжительности жизни (на 10–15 лет), связанному с некоторыми психическими расстройствами^{12–16}. Вышеописанная картина яснее проступила сквозь призму пандемии COVID-19, которая существенно нарушила психическое здоровье молодых людей^{17–20}.

Несмотря на их значительные и долгосрочные последствия на протяжении всей жизни, проблемы психического здоровья подростков обычно игнорируются. В частности, субъективный характер их опыта психических расстройств обычно остается в стороне от академических исследований, в которых отсутствуют данные от первого лица, а в автобиографических отчетах, в свою очередь, отсутствует глубокий анализ.

Чтобы заполнить этот пробел, мы провели первый обзор данных о пережитом опыте психических расстройств у подростков «снизу вверх». Исследование было совместно разработано, проведено и написано младшими экспертами по опыту, представляющими различные половые, этнические, культурные группы и континенты, и учеными, усовершенствовавшими ранее разработанный нашей группой метод изучения пережитого опыта психоза и депрессии^{21–23}.

Для разработки протокола исследования мы создали объединенную основную группу, состоящую из экспертов по опыту (пациентов, членов их семей и лиц, осуществляющих уход) и ученых. На последующих этапах исследование проводилось этими партнерами совместно. Мы выполнили всесторонний систематический поиск литературы в Web of Science, PubMed и EBSCO с момента создания этих баз данных до 1 мая 2023 года. Использовалось следующее поисковое предложение: (adolesc* OR youth) AND (qualitative OR “focus group” OR “grounded theory” OR “content analysis” OR ethnograph* OR phenomenol* OR “lived experience”) AND (“mental health” OR “mental disorder*” OR “mental illness” OR “behavioral disorder” OR “behavioural disorder”).

Мы включали качественные исследования, содержащие отчеты от первого лица, в которых участвовали подростки (возрастной диапазон: 10–19 лет²) с текущим диагнозом по МКБ или DSM из следующих разделов: расстройства настроения, психотические расстройства, нарушения развития нервной системы, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения или экстернализирующие расстройства. Мы не включили умственную отсталость из-за языковых и экспрессивных трудностей, характерных для этого состояния. Мы также добавили дополнительную категорию самоповреждающего поведения.

Исследования, в которых изучались люди, объединенные в группы на основе симптомов, опыта или других самозаявленных характеристик, а не диагноза, не включались. Однако найденные статьи часто содержали воспоминания о прошлой истории людей, таким образом указывая на продромальные (часто трансдиагностические) признаки, предшествующие постановке формального психиатрического диагноза²⁴.

Все включенные статьи были загружены в NVivo, программное обеспечение для анализа качественных данных²⁵. Независимые исследователи провели тематический синтез отобранных источников на основе построчного кодирования текста в разделах «Результаты/выводы» статей и сопоставления предварительного списка описательных тем и подтем, касающихся пережитого опыта психических расстройств у подростков. На данном этапе были также рассмотрены дополнительные источники, такие как веб-сайты, блоги или материалы из социальных сетей, написанные экспертами по опыту, и включались соответствующие элементы.

Затем материалы были распределены внутри основной группы и предварительно классифицированы по трем общим описательным разделам: «Внутренний субъективный опыт психических расстройств у подростков», «Пережитый опыт подростков с психическими расстройствами в

широком обществе» и «Пережитый опыт подростков с психическими расстройствами при получении психиатрической помощи». Каждый раздел включал в себя несколько тем и подтем. Некоторые темы были дополнительно расширены за счет включения в них сведений от родителей и опекунов, если это было применимо.

На последующем этапе мы организовали совместное и итеративное обсуждение и анализ предварительных тем и подтем на трех семинарах. В них приняла участие широкая группа экспертов по опыту из Global Mental Health Peer Network (<https://www.gmhpn.org>), представляющих пережитый опыт молодежи из более чем 40 стран; также из Консультативной группы по психическому здоровью детей и подростков (<https://www.kcl.ac.uk/research/ypmhag>), представляющей мнение молодежи в Великобритании; и клинической службы Outreach and Support in South London (OASIS) (<https://www.meandmymind.nhs.uk>)²⁶, представляющей мнение подростков с начинающимися психическими расстройствами. В целом мы привлекли 18 младших экспертов разного пола, возраста и этнической принадлежности из трех континентов: Европы (Великобритания), Азии (Индия) и Африки (Ботсвана, Кения, Замбия и Зимбабве).

На последнем этапе выбор тем и подтем, связанных с опытом, был дополнен феноменологически обоснованными мнениями^{27–43}, основанными на включенных в исследование статьях, семинарах и академическом опыте. Ученые также были разного возраста, пола и этнического происхождения и представляли разные континенты (Европу, Северную Америку, Южную Америку, Азию и Океанию). Расширенная группа экспертов по опыту и ученых коллективно взаимодействовала при подготовке и рецензировании рукописи через общую платформу Google Drive. Все эксперты по опыту, активно участвовавшие в разработке рукописи, были приглашены в соавторы. Экспертам по опыту было предложено возмещение затраченного времени в соответствии с имеющимися рекомендациями по проведению исследований с участием общественности⁴⁴.

В соответствии с нашими предыдущими публикациями^{21–23}, слова, написанные или сказанные экспертами по опыту, приводятся дословно курсивом. Комментарии участников наших совместных семинаров анонимизированы как личное общение. Как ранее указывалось в публикациях^{21–23}, в данном исследовании представлены наиболее парадигматические проявления психических расстройств у большинства экспертов по опыту в глобальном масштабе. Однако мы не предполагаем, что описанный опыт является исчерпывающим или что он систематически применим ко всем молодым людям или их родителям и опекунам. Напротив, в данной работе мы часто обращаем внимание на высокую феноменологическую гетерогенность пережитого опыта психических расстройств у подростков.

ВНУТРЕННИЙ СУБЪЕКТИВНЫЙ ОПЫТ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

В этом разделе исследуется внутренний субъективный опыт психических расстройств у подростков. Различные подразделы посвящены аффективным расстройствам, психотическим расстройствам, синдрому дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройствам аутистического спектра, тревожным расстройствам, расстройствам пищевого поведения, экстернализирующим расстройствам и самоповреждающему поведению.

Внутренний субъективный опыт расстройств настроения

Переживание изменения собственной идентичности

Подростки, переживающие депрессивный эпизод, часто описывают изменения в субъективном восприятии себя, которые им трудно объяснить: «*Будто ты не чувствуешь себя собой*»⁴⁶. Это чувство варьируется от потери уверенности в себе до стойкого и негативного ощущения утраченной идентичности^{46–49}.

Сравнение между тем, какими они были раньше, и тем, какими они являются сейчас, чрезвычайно болезненно и трагично для всех сфер жизни, особенно их отношения с одноклассниками и друзьями: «Раньше я был очень хорошим другом, а теперь нет»⁴⁷. Некоторые из них чувствуют, что положительные черты их личности были заменены отрицательными: «Со мной что-то не так»⁴⁷.

Ослабленное восприятие себя может привести к ощущению неизбежной личной неудачи: «Я потерплю неудачу во всем»⁴⁷. Может возникнуть чувство отчужденности: «Моя депрессия – это как будто быть другим человеком... как будто это часть моей личности, но она затмевает того, кем я являюсь»⁴⁷.

Маниакальные эпизоды, напротив, характеризуются опытом консолидации личной идентичности и возможностей: «Мне казалось, будто я могу все, что угодно, что я все равно буду лучшим во всем, что бы я ни решил сделать» (личное общение).

Переживание чрезмерно интенсивных эмоций

Подростки часто переживают аффективные эпизоды как хаос интенсивных эмоций. Во время депрессивных фаз они сообщают о душевной боли и гневе («Я нахожу темные стороны в своей жизни: печаль, гнев, отчаяние и боль»⁵⁰), которые могут быть настолько интенсивными, что им кажется, будто они тонут: «Вы просто опускаетесь все ниже и ниже по спирали депрессии»⁴⁹. Печаль описывается как «до самого дна»⁵¹, состояние зачастую переходит в безутешный «плач без причины»⁴⁷.

Во время маниакальных фаз усиление всех эмоций часто воспринимается как путаница: «У меня в голове было столько мыслей и столько эмоций; все они смешивались» (личное общение). Гнев нередко преобладает над эйфорией и энтузиазмом: «Моя безмерная ярость усиливалась одновременно с желанием все сломать, почувствовать, как все падает»⁵². Гнев и раздражительность могут переживаться как переполненная река, «которая всегда присутствовала»⁵³.

Поскольку подростки, как правило, еще не выработали зрелых стратегий совладания с чрезмерной раздражительностью, они могут прибегать к вербальной или физической агрессии по отношению к себе или окружающим («Я чувствую себя очень злым, меня раздражают мелочи... Я буквально выхожу из себя... Я как будто кричу на них, бью или просто говорю то, что на самом деле я даже не имею в виду»⁴⁷) или к буллингу («Я превращался в хулигана, но не хотел превращаться в хулигана»⁴⁷).

При тяжелой депрессии вместо усиления эмоций подростки могут испытывать глубокое опеченение и неспособность испытывать какие-либо эмоции вообще: «Я действительно ничего не чувствовал, не было ни счастья, ни волнения, но не было и грусти. Все было как будто серым»⁴⁶.

Чувство запертости в собственном сознании

Подростки, переживающие депрессивный эпизод, часто рассказывают о том, что чувствуют себя в ловушке: «Эта болезнь похожа на черную дыру. Из нее трудно выбраться, и все вокруг – мрак»⁵⁴. Они также могут сообщать, что чувствуют себя «тонущими» в повторяющихся негативных мыслях, сомнениях в себе и постоянных размышлениях: «Я думаю о все большем и большем, и это как бы наваливается сверху, так что настроение как бы продолжает падать»⁵⁵.

Во время маниакального эпизода может возникать ощущение беспрецедентной доступности окружающего мира, как будто все легкодостижимо и находится в пределах досягаемости: «Весь мир был моей игровой площадкой» (личное общение). Однако ощущение всемогущества часто бывает хаотичным и сопровождается скачками мыслей и импульсов: «Можно сказать, что вы перескакивали с одного действия на другое, не завершали предложения и тому подобное»⁵⁶.

Таким образом, подростки могут испытывать болезненное чувство запертости в собственном сознании как во вре-

мя депрессивных, так и во время маниакальных эпизодов. Это чувство усиливается ненормальным восприятием субъективного времени, которое в депрессии кажется застывшим («Такое ощущение, что жизнь идет по кругу каждый день, все кажется привычным, ничто уже не кажется свежим»⁵⁴) и ускоряется в мании («Казалось, что все не может остановиться», личное общение).

Восприятие окружающего мира как исчезающего

Во время депрессивных эпизодов подростки могут ощущать, что их окружающий мир исчезает: «Я отделен от всех остальных»⁴⁷. Они обычно не разделяют интересы своих сверстников, и это заставляет их чувствовать себя одинокими и изолированными: «Все просто становится труднее пережить и хочется отгородиться»⁴⁹. Изоляция может стать неприятной необходимостью: «Я забываю, что все остальные существуют... Я невидимка, и мне это нравится»⁴⁷.

Чувство изоляции от окружающего мира также может быть связано с измененным восприятием своего тела, которое характеризуется ощущением тяжести, усталости и отсутствия энергии: «Я всегда чувствовал себя очень уставшим, и у меня не было сил что-либо делать»⁴⁷.

Во время маниакальных эпизодов подростки могут сообщать о большей легкости социального взаимодействия («Я всегда был застенчивым, а теперь это прошло», личное общение). Однако это ощущение большей гармонии с окружающим миром лишь кажущееся и преходящее⁵¹. Они не могут сделать паузу и остановиться, чтобы как следует познакомиться с одноклассниками и друзьями, потому что мысли и тело находятся в непрерывном чрезмерном движении.

Таким образом, как в депрессии, так и в мании, подростки в конечном итоге могут испытывать ощущение исчезновения окружающего мира. Все превращается в бессмысленную и безнадежную стагнацию личной цели («В чем смысл? Смысла нет!»⁴⁸) и скуку («Просто пытаюсь делать много разных вещей, думаю, что они мне интересны, потом они надоедают, и я просто попадаю в цикл скуки»⁴⁶) или в бессмысленную гонку без цели («Я чувствовал себя как в видеоигре», личное общение).

Внутренний субъективный опыт психотических расстройств

Переживание всеобъемлющего изменения в восприятии окружающего мира и себя

Подростки, впервые переживающие психоз, часто описывают глубокие изменения в восприятии окружающего мира и себя. Как правило, они испытывают трудности в понимании мира, искаженного психотическими симптомами. Окружающая обстановка теряет свою привычность и становится зловещим местом, полным неизвестных угроз, знаки которых необходимо трактовать заново^{28,39,57}: «Я знал, что что-то не так»⁵⁶. Начинают появляться необычные обманы восприятия («Я делил пространство с едва различимыми голосами и мрачной потерей реальности»⁵²), выраженные галлюцинации («Я начал видеть и слышать что-то, ощущать необычные запахи»⁵⁸) или бредовые идеи («У меня появилось ощущение, что люди пытаются устроить против меня заговор»⁵⁷). Всеобъемлющее изменение в восприятии окружающего мира является коварным и отражается в глубоком изменении самовосприятия, которое трудно объяснить.

Во время первого психотического эпизода подростки могут чувствовать, что мир, в котором они живут, сильно отличается от мира их сверстников: «Психоз для меня – это просто абсолютное исчезновение с планеты, как будто плывешь в космосе, не имея ни малейшего представления о том, что происходит»⁵⁹. Из-за измененного восприятия реальности они чувствуют, что не могут доверять своему разуму, как раньше: «Это как друг, который однажды предал тебя, и ты не знаешь, сможешь ли снова ему доверять» (личное общение).

«Рыба, выброшенная на берег»

Из-за вышеописанных переживаний подростки с психозом могут чувствовать себя крайне некомфортно в общении с другими людьми, «словно рыба, выброшенная на берег» (личное общение). Они могут описывать чувство крайнего страха и утраты привычности при вступлении в социальные контакты, а также значительную отстраненность от себя и мира: «Я был психически неуравновешен, растерян и нездоров, мой разум не был моим собственным»⁶⁰. Эти чувства усиливаются болезненным осознанием того, что они отличаются от своих сверстников и что с ними обращаются как со странными, что провоцирует персекуторное толкование: «Люди смотрят на меня, как будто я другой»⁶¹.

Страх перед социальными взаимодействиями и ощущение своей непохожести на сверстников часто могут зарождаться в детстве: «У меня не было действительно близких друзей»⁶²; «Я хочу иметь друзей, но не знаю, как их завести»⁶³. При раннем начале психоза ощущение своей отличности особенно выражено и может усиливаться в порочном круге из-за снижения успеваемости в школе: «В первом классе я был в лучшей группе по чтению... к третьему классу я был в худшей группе»⁶³. Эти негативные переживания могут привести к тому, что человек бросит школу: «Я ненавидел ходить в школу и придумывал множество отговорок, чтобы остаться дома»⁶⁴.

В других случаях это чувство отличности от других может усиливаться и вызывать ненормальное восприятие того, что весь мир сосредоточен на самом человеке («Если я нахожусь в толпе людей, особенно если я их не знаю, мне кажется, что люди могут говорить обо мне, могут подойти ко мне»⁵⁷), или провоцировать бредовые страхи («Я чувствовал себя небезопасно. Мне казалось, что кто-то собирает меня убить»⁶⁰). Подростки могут предпочитать не делиться этими чувствами с другими из-за страха отвержения: «Я не пытаюсь объяснить это своей семье или друзьям, я просто держу это в себе... они подумают, что ты сходишь с ума»⁶¹.

Распространенным сопутствующим переживанием является воспринимаемая стигматизация («Если я скажу кому-то, что у меня есть риск развития психоза и я ощущаю странные вещи, он будет встревожен и станет относиться ко мне иначе»⁶⁵), усугубляющая социальную отстраненность и изоляцию («После возвращения из больницы я действительно не мог ни с кем найти общий язык... Мне больше всего нравится играть в одиночестве. Я фантазирую и придумываю истории»⁶³).

Внутренний субъективный опыт синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Восприятие своей нейроразличности

Подростки с СДВГ могут воспринимать его как часть своей личности, присущую им с рождения⁶⁶⁻⁶⁸: «Некоторые люди ошибочно считают это состоянием, болезнью или чем-то еще. Это скорее черта, которая делает людей неврологически отличными»⁶⁹. Это может ощущаться как неотъемлемый элемент («Если бы у меня не было СДВГ, не думаю, что я был бы собой»⁶⁷) или как дополнительная, но отдельная часть («Отчасти из-за СДВГ я такой, какой я есть, но помимо этого у меня определенно есть своя личность»⁷⁰).

Некоторые из этих подростков не воспринимают свою нейроразличность как тяжелое состояние («Я просто веду нормальную жизнь»⁶⁷), отмечая такие преимущества, как большой запас энергии, меньшую потребность во сне и большую общительность в социальных взаимодействиях («Мы всегда душа компании... мы классные; мы знаем, как веселиться»⁷¹).

Однако другие могут воспринимать свою нейроразличность как параллельную дисфункциональную версию себя, которую трудно интегрировать и принять («Я злюсь, потому что мой СДВГ начинает проявляться. Если день действительно плохой, вы видите мою злую [сторону]»⁶⁶), что приводит к «вспышкам гнева иногда»⁶⁶. Некоторые

подростки могут скорее концептуализировать СДВГ как расстройство, которое у них возникло⁶⁶⁻⁶⁸, особенно когда они замечают значительные улучшения, связанные с медикаментозным лечением: «[Таблетки] делают меня немного лучше»⁶⁶.

Чувство утраты контроля

Подростки могут ощущать СДВГ как изменчивое состояние^{66,67}, при котором даже незначительные внешние факторы усиливают чувство утраты контроля и нарушают концентрацию и внимание⁶⁶: «Когда я вынужден оставаться неподвижным... это вызывает чувство напряжения в моем животе, и это почти заставляет меня кричать»⁷². Чаще всего их опыт расстройства совершенно непредсказуем, и они сообщают, что находятся «на американских горках»⁷². В результате они часто ощущают отсутствие контроля над «тем, как работает [их] мозг»⁶⁷.

Некоторые подростки могут осознавать свою неспособность контролировать свое расстройство. Поэтому они твердо ощущают, что их дисфункциональное поведение «на самом деле не является их виной»^{66,68}, и сожалеют о том, что другие люди считают их поведение преднамеренным⁷². Учитывая отсутствие контроля и трудности в объяснении этого другим, подростки могут воспринимать ярлык СДВГ как «более легкий способ объяснить» свое состояние другим людям⁷⁰.

Отсутствие контроля может также порождать ощущение отставания: «Я бы хотел, чтобы люди понимали, я не глупый... Я не такой быстрый, как вы»⁷². Более того, типичным опытом подростков с СДВГ является потребность в постоянной помощи в контроле, организации и планировании собственной жизни, а также в том, чтобы «держаться все в порядке»⁷¹.

Внутренний субъективный опыт расстройств аутистического спектра

Чувство нейроразличности в загадочном мире

Подростки с расстройствами аутистического спектра, как правило, чувствуют себя очень отличными от своих сверстников: «Это как... американцы пишут слева направо, а китайцы – сверху вниз»⁷³. Иногда они объясняют свою нейроразличность биологическими терминами: «Просто пути передачи информации в нейротипичном мозге и аутистичном мозге»⁷³. В других случаях для полного понимания своего состояния им может потребоваться обозначить его: «Лучше быть другим и иметь для этого причину, чем не быть другим»⁷⁴.

Однако существуют глубокие межличностные различия⁷⁵. Некоторые из них не принимают свою нейроразличность («Я ненавижу себя за то, что не могу делать что-то так же хорошо, как другие»⁷⁶); другие со временем принимают ее и не хотят меняться, «потому что это причина, по которой я такой, какой я есть»⁷⁴, и им «нравится быть другими»⁷⁴ или они даже «гордятся» этим⁷⁵.

Нейроразличность делает мир, в котором живут подростки с расстройствами аутистического спектра, чрезвычайно сложным местом, особенно когда они сталкиваются с нейротипичным миром («Этот мир все еще остается для меня загадкой, например, как ведут себя люди и каковы правила»⁷³; «Я напрягаю свой мозг больше, чем кто-либо другой»⁷⁶). Они могут чувствовать, что их разум «движется в хаосе, как беспорядочный офис»⁷⁷.

Неспособность понять окружающий мир также может привести к пессимизму и депрессии: «[Аутизм] может вызвать в вашей жизни проблемы, которые вы, возможно, никогда не сможете решить»⁷⁸, когда «негативные моменты перевешивают позитивные»⁷⁸. Их недоумение может усиливаться сенсорными нарушениями, которые могут изменить даже позитивное восприятие окружающего мира («[Солнечный свет] слишком яркий. Когда погода хорошая, это болезненно для меня; я как будто больше не могу ее выносить»⁷⁶) и запускают порочные круги ощущения дискомфорта и отрыва от реальности («Если ребенок силь-

но расстраивает меня своим плачем, я выхожу на улицу и начинаю замечать, что моя одежда меня раздражает. Тогда я начинаю чесаться и царапаться, и это становится очень раздражающим. Потом я начинаю потеть, и это меня раздражает. И это запускает все остальное»⁷⁷).

По этой причине они предпочитают успокаивающий эффект предсказуемого распорядка («Все просто структурировано, просто нормально»⁷⁷) и минимальные изменения («Я просто не люблю спешить... Я живу в своем собственном темпе»⁷⁷).

Тоска по человеческому теплу и дружеским связям

Некоторые подростки с аутизмом считают, что «одиночество само по себе не так уж хорошо»⁷³. Скорее, они жаждут немногочисленных и теплых связей: «Я предпочитаю, чтобы в моем окружении было меньше людей... Я бы предпочел иметь несколько близких друзей, чем просто больше друзей»⁷³. Тем не менее социальные отношения одновременно переживаются как чрезмерные: «Через некоторое время я нахожу людей немного истощающими»⁷⁵ – из-за трудностей с чтением, интерпретацией и пониманием эмоций других людей⁷⁵. Им может быть легче взаимодействовать со сверстниками, страдающими аутизмом: «У них у всех есть... свой особый способ вписываться в реальность, как и у меня»⁷⁷.

В целом они беспокоятся о том, что могут потерять социальные связи, «испортить отношения с людьми»⁷⁷, пережить отторжение и стигматизацию, а также почувствовать себя «униженными или смущенными» в социальных ситуациях⁷⁷. Эти переживания особенно ярко проявляются, когда от них требуется эмоциональная близость или поддержка, которую они не в состоянии оказать: «Если кто-то очень расстроен... и просит меня помочь ему перестать плакать, а я не знаю как, и... я просто говорю: “Извините, я не могу”, а потом мне приходится уйти, и, конечно, я чувствую себя ужасно»⁷⁷.

Внутренний субъективный опыт тревожных расстройств

Переживание цунами тревоги в теле

Некоторые подростки описывают тревогу как переживание физического угнетения, утопления в интенсивных телесных эмоциях. Среди различных используемых метафор некоторые подчеркивают телесное ощущение ноши, например, «тяжелый рюкзак»⁷⁹ или «черная слизь»⁷⁹. Другие вместо этого описывают ощущение удушья («Знаете, как будто вы находитесь под водой, и ваши легкие начинают сдавливаться»⁷⁹; «Вы не можете нормально дышать»⁸¹) или физической боли («Тревога причиняет боль; ну, для меня она причиняет физическую боль»⁸⁰).

Обычно они воспринимают тревогу как «неконтролируемую силу»⁸², «большое страшное чудовище»⁸³ или «зловещие цунами, поглотившее мою душу»⁸². Они могут оказаться во власти этих интенсивных и подавляющих телесных эмоций, не имея выхода: «Вы чувствуете, что не можете выбраться»⁸¹. Во время приступов интенсивной острой тревоги (например, при панических атаках) ощущение удушья часто сопровождается неотвратимой потребностью выбраться из ситуации: «Единственное, о чем ты пытаешься думать, это о том, что нужно выбраться отсюда, нужно бежать... нужно куда-то бежать»⁸¹.

В целом подростки с тревожными расстройствами обычно чувствуют себя застрявшими в своем теле: «Жизнь всех остальных проносится мимо, а ты как бы застреваешь в своем собственном теле»⁸².

Потеря контроля над тревожным разумом

Подростки с тревожными расстройствами часто испытывают недостаток контроля над своим разумом, что иногда описывается как ощущение внутреннего конфликта: «Это похоже на войну с самим собой»⁸³. Например, при генерализованной тревоге все может вызывать интенсивное беспокойство, а принятие решений становится непреодолимым

кошмаром⁷⁹, что приводит к ощущению невозможности жить так, как все остальные: «Ты как бы чувствуешь, что живешь не так, как все вокруг»⁸³.

В случае панической атаки подростки могут описать восприятие тонких или острых телесных ощущений, которые вызывают тревогу в их сознании («Ваш разум переходит в режим... сирен скорой помощи... он оказывается в чрезвычайной ситуации и думает, что есть опасность»⁸¹), а затем распространяются на все тело («Обычно это начинается в кончиках пальцев с покалываний, а затем как будто это начинает распространяться вверх по ногам»⁸¹).

Жизнь в сжимающемся и непредсказуемом пространстве

Подростки, страдающие тревожными расстройствами, могут воспринимать мир как сжимающееся и непредсказуемое пространство. Они обычно описывают общее чувство клаустрофобии и ощущение, что их окружают волнения: «Это как жить в коробке, и с каждым днем коробка становится все меньше и меньше»⁷⁹.

Из-за внезапного характера тревожных состояний они живут в состоянии постоянной готовности, не в силах предсказать, когда тревога возьмет верх. Вследствие этого они могут чувствовать себя отличными от сверстников («как будто немного чужаком»⁸²), и убеждены, что другие не могут понять их переживания («Очевидно, что они не поймут»⁸¹). В то же время внимание окружающих может усиливать их чувство стыда: «Это просто привлекает к тебе внимание, а ты не хочешь внимания»⁸¹.

По этой причине подростки часто скрывают симптомы тревоги от окружающих. Неспособность сделать это может еще больше усилить их чувство утраты контроля: «Пытаюсь справиться с панической атакой, вы также пытаетесь выглядеть так, будто у вас ее нет, потому что не хотите, чтобы люди осуждали вас, и даже после этого вам неловко, потому что все видели, как вы тревожились»⁸¹.

Внутренний субъективный опыт расстройств пищевого поведения

Контроль над едой как способ контроля над собой

Подростки с расстройствами пищевого поведения часто рассказывают о том, что их переполняют интенсивные и волнующие эмоции, которые они пытаются контролировать. Эти переживания охватывают многие аспекты их жизни: «Я чувствую, что разные сферы моей жизни вышли из-под контроля, и я несчастлива в других сферах моей жизни, поэтому я ищу другой способ почувствовать контроль, почувствовать счастье»⁸⁴. Они обычно контролируют потребление пищи и вес, чтобы вернуть себе ощущение контроля над своей жизнью («Один из способов гарантировать контроль – это через еду, вес, упражнения»⁸⁴) и заглушить свои внутренние переживания («Когда я испытываю бурный и неконтролируемый водоворот страха и гнева, я открываю холодильник и поглощаю все, что нахожу... ощущение того, что мой желудок лопается, приносит чувство расслабления», личное общение).

Их дисфункциональный контроль над едой необходим для того, чтобы избежать неизвестных или переполняющих чувств, что приносит в их жизнь чувство безопасности: «Это безопасно, потому что знакомо, я знаю, что я чувствую, нет эмоций, которые мне незнакомы»⁸⁵. Однако контроль над едой часто изолирует подростков от остального мира, вызывая чувство оторванности от реальности: «Ты чувствуешь, что ты не в курсе... да, ты чувствуешь, что упускаешь что-то важное... потому что жизнь идет без тебя»⁸⁶.

В отчаянных поисках идеализированной идентичности

Подростки с расстройствами пищевого поведения часто стремятся к идеализированному образу себя, исходя из глубокого чувства неполноценности. В стремлении к недости-

жимому и нереальному идеалу и в отчаянной попытке восстановить свою идентичность они подвергают тщательному анализу даже мелкие детали: «Я бы хотела иметь ее тело»; «Посмотрите на ее ноги, я бы хотела, чтобы мои были такими же» (личное общение). Чувство неполноценности остро выражается в постоянном поиске признания и потребностях в самоопределении, как будто создание своей идентичности – это бесконечная задача.

Это переживание настолько всеобъемлющее, что они даже могут отождествлять себя со своим расстройством пищевого поведения, чтобы быть кем-то или установить чувство идентичности: «Сначала расстройство пищевого поведения полностью захватило меня, потому что я не осознавала этого»⁸⁷. В других случаях расстройство может восприниматься как внешний или неаутентичный аспект их идентичности, «персонифицированный», в виде внутреннего «голоса»: «Если я ем, то как будто [слышу голос, говорящий]: «Ты действительно должна это делать?» и «Не делай этого, тебе придется вызывать у себя рвоту»⁸⁵.

Отношения между собой и расстройством пищевого поведения динамично меняются с течением времени: «Это неаутентичная часть, потому что это не я... но со временем она становится все более тесно связанной со мной»⁸⁷.

Внутренний субъективный опыт экстернализирующих расстройств

«Бутылка, наполненная яростью»

Подростки с экстернализирующими расстройствами обычно испытывают очень сильный гнев, который они не могут понять и который берет верх над всеми остальными эмоциями: «Когда я злюсь... все происходит быстро... Я был очень неуправляем. Я злился очень быстро и очень сильно»⁸⁸. Их вспышки и отсутствие контроля доминируют в их жизни до такой степени, что они пугаются собственного поведения: «Я схожу с ума. Я пугаю себя. Мое эмоциональное состояние нестабильно»⁸⁸.

Отсутствие саморегуляции часто проявляется в импульсивном поведении, мешающем им учитывать негативные последствия: «Я всегда быстро действую, не задумываясь о последствиях»⁸⁹.

Подростки с экстернализирующими расстройствами могут испытывать трудности с переносимостью фрустрации, что еще больше разжигает их гнев: «Когда все идет не так, как я хочу, я делаю все, что хочу»⁹⁰. Они также могут чувствовать себя уязвимыми к критике и советам, что приводит к частым спорам и конфронтациям: «Когда мой друг посоветовал мне не делать плохих вещей, я не послушал его, и тогда мы начали ссориться»⁹¹.

Ощущение непонимания и отвержения

Подростки с экстернализирующими расстройствами часто чувствуют себя непонятыми и испытывают давление со стороны взрослых. Это усиливает их чувство разочарования и обостряет гнев, который может выражаться в неконтролируемых действиях: «[Моя мать] всегда говорит ужасные вещи, и что во всем виноват я... Мне это не нравится. Они должны понимать, что у тебя есть проблемы»⁹².

Они часто рассказывают о плохих отношениях с родителями, которые могут считать их неспособными, что еще больше провоцирует их вспышки: «Мой отец считает, что я ничего не могу сделать; когда я хотел починить кастрюлю или зажигалку, он хватал их и говорил: «Отдай мне, ты не можешь этого сделать»; и я разбивал их»⁹¹.

Отсутствие понимания со стороны семьи часто воспринимается как непреодолимое отторжение, что порождает слишком сильные и сложные эмоции, с которыми невозможно справиться без вербальных или физических вспышек и девиантного поведения: «У меня стресс. Иногда я не иду домой, а остаюсь у друга, принимая наркотики, чтобы снять стресс. Я переживаю подобное дома, потому что мои родители очень строги и суровы ко мне»⁸⁹.

Внутренний субъективный опыт самоповреждающего поведения

Преобразование психической боли в физическую для контроля

Подростки, проявляющие самоповреждающее поведение, часто описывают стремление сделать психическую боль более терпимой, превратив ее в физическую: «Это отвлекает меня от другого вида боли, например внутренней, от того, что я чувствую. Таким образом, она уходит на второй план, и я как бы забываю о другой боли»⁹³. Это связано с ощущением, что они лучше контролируют аффективные состояния и модулируют их через физическую боль⁹⁴.

В других случаях они чувствуют необходимость преодолеть неопределенное психическое оцепенение и ощутить боль, чтобы почувствовать себя живыми: «Я делаю это, чтобы почувствовать боль, чтобы напомнить себе, что я все еще могу чувствовать боль, потому что в данный момент я ничего не чувствую. Я чувствую онемение, и это мой единственный способ напомнить себе, что я все еще здесь, что я все еще жив, – увидеть кровь»⁹³.

Самоповреждение может восприниматься как средство защиты от более серьезных действий («Я думаю, это способ позаботиться о себе, потому что мне кажется, что самоповреждение в какой-то мере останавливает мысли о самоубийстве»⁹³) или как наведение порядка в неконтролируемом психическом хаосе («Самоповреждение собирает эти чувства. Потом происходит много болезненных вещей, и вы не можете понять... вы просто чувствуете так много всего сразу, это как шторм – гораздо проще собрать все это в одну физическую боль»⁹⁵).

Однако в других случаях самоповреждение может указывать на стремление к самонаказанию: «Мне становится грустно, и я чувствую давление, заставляющее меня причинить себе вред. Я должна это сделать, потому что я плохо себя вела»⁹⁵; «Я говорю себе, что я – разочарование и должна быть наказана за это, так что “за эту ошибку ты должна быть наказана”, и я принимаю это»⁹⁶.

Безмолвный крик о помощи

Самоповреждающее поведение может также представлять собой неявный крик о помощи в контексте экспрессивных и коммуникативных трудностей: «Когда я делал это для привлечения внимания, это было потому, что я не знал, как еще получить помощь»⁹⁷. Такое поведение направлено на получение поддержки: «Люди должны интересоваться тем, что стоит за самоповреждением. Я занимаюсь самоповреждением, чтобы кто-то начал беспокоиться»⁹⁵.

Однако самоповреждение часто совершается втайне из-за страха отвержения или негативного осуждения со стороны окружающих: «Люди, которые занимаются самоповреждением, часто делают все возможное, чтобы скрыть повреждения. Это личное, и они не хотят, чтобы их осуждали за это»⁹⁷. Таким образом, некоторые подростки, занимающиеся самоповреждением, не принимают идею о том, что это может быть стратегией «привлечения внимания», подтверждая подлинный характер своих душевных страданий: «Люди, которые занимаются самоповреждением, выражают глубокую боль! Боль настоящая!»⁹⁷.

ПЕРЕЖИТЫЙ ОПЫТ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ШИРОКОМ ОБЩЕСТВЕ

В этом разделе исследуется пережитый опыт подростков с психическими расстройствами в широком обществе через рассмотрение трех основных тематических направлений, связанных с межличностными сферами: а) опыт в семье, б) опыт в школе и среди сверстников, а также в) опыт в социальном и культурном контексте. В пунктах а) и в) также учитывается взгляд родителей.

Опыт в семье

Страдание от болезненного недостатка понимания

Субъективные страдания подростков усиливаются из-за того, что родители не понимают или не признают их психического расстройства^{98,99}: «Первое, что они [родители] почувствовали, это „это не настоящая болезнь“, „ты не должен рассказывать нам об этом“... Я почувствовал, что меня замели под ковер», (личное общение). Они могут чувствовать, что их не принимают такими, какие они есть, с существующим расстройством, и стараются соответствовать ожиданиям родителей: «Мой отец говорит такие вещи, как „Я растил тебя не для того, чтобы ты грустила, а для того, чтобы ты была сильной, потому что это [грусть] свойственно слабым людям“»⁵¹. Иногда им приходится прибегать к радикальным мерам, чтобы убедить родителей признать и принять их душевные страдания: «Мне буквально пришлось обратиться в психиатрическую больницу, чтобы мама меня выслушала» (личное общение).

Поскольку идентичность подростков особенно хрупка, полное признание их психического расстройства и связанных с ним потребностей со стороны их непосредственных опекунов крайне важно^{36,42,100}: «Наверное, было бы неплохо, если бы они меня утешили, но они сказали только „успокойся“»¹⁰¹. Недооценка тяжести психического расстройства не помогает подросткам осознать свои страдания, усугубляя их замешательство и отчаяние: «Я заплакала и сказала маме, что мне нехорошо и я хочу пойти к психологу. А она сказала, что мне не о чем беспокоиться и что у меня нет депрессии»¹⁰². Это усиливает внутреннее ощущение одиночества, смущения и стыда: «Я рассказывала родителям, что слышу голоса, но они скрывали это от школы» (личное общение).

В некоторых случаях подростки могут парадоксально реагировать на отсутствие понимания, скрывая свои душевные страдания, в отчаянной попытке защитить своих не поддерживающих их родителей: «Я просто не хотел говорить [своим родителям], потому что не хотел, чтобы они волновались, чувствовали себя виноватыми или что-то в этом роде»⁵³.

С другой стороны, родители, признающие наличие и серьезность психического расстройства, но агрессивно настаивающие на терапевтических подходах, могут вызывать чувство дегуманизации: «Мои родители постоянно говорят, что меня нужно „исправить“ или „вылечить“, и я ненавижу это, потому что это заставляет меня чувствовать, что я не человек, что я почти как объект или болезнь»¹⁰³.

Чувство восстановления благодаря эмоционально поддерживающей семье

Для многих подростков семейное окружение может оказаться одной из самых благоприятных сред. Эмоциональная близость в поддерживающей семье способствует формированию жизненно важных и позитивных стратегий преодоления сложностей: «Сейчас мне кажется, что она [мать] начала понимать. Как будто мы можем идти вперед вместе. Я больше не чувствую себя виноватой, и мне легче быть честной, когда мне трудно»¹⁰⁴.

Ощущение поддержки со стороны семьи укрепляет теплое чувство безопасности, которое помогает подросткам справляться с трудностями жизни, с психическим расстройством: «Когда у меня возникают проблемы, они [родители] протягивают мне руку помощи и помогают преуспеть»⁹⁰. В поддерживающей семье они чувствуют себя способными свободно и открыто говорить о своих глубоких переживаниях, что облегчает их тяжелые страдания и возвращает ощущение нормальности: «Я не всегда сдаюсь, я обращаюсь к маме, она – одна из моих самых больших опор в жизни. Мы очень, очень близки... Я иду, сижу с ней и разговариваю, и постепенно все проходит»⁹³.

Взгляд родителей

Родители, как правило, переживают резкие изменения в отношениях с больными детьми: «Куда пропала моя дочь,

ведь это не она»¹⁰⁵. Начало психического расстройства заставляет родителей пересмотреть свое представление о ребенке¹⁰⁶, «оплакивая ребенка, который должен был развиваться нормально»¹⁰⁷.

Родители могут испытывать растущие трудности в установлении связи с внутренним миром ребенка из-за серьезных коммуникативных барьеров: «Он не разговаривает со мной»¹⁰⁸; «Он больше не хочет участвовать в семейных делах»¹⁰⁵. Соответственно, они испытывают выраженное чувство утраты¹⁰⁵.

Родителям необходимо «научиться воспитывать ребенка совершенно по-другому»^{109,110}, часто договариваясь о новом балансе между материнской и отцовской ролями¹⁰⁷ и устанавливая новые родительские правила¹¹¹. Это может включать в себя «разрешение [ребенку] того, что раньше я бы, наверное, не позволил»¹⁰⁸. Это трудный и непредсказуемый процесс проб и ошибок, часто приводящий к разочарованию и чувству беспомощности: «Я изменила подход и попыталась надавить немного больше в определенных областях, но это, похоже, не сработало, и тогда я не знаю, какой способ лучше»¹⁰⁵. Более того, родители могут чувствовать давящую ответственность за сохранение эмоционального равновесия своих детей, насколько это возможно¹⁰⁸.

Опыт в школе и среди сверстников

Восприятие школы как усилителя различий

Подростки с психическими расстройствами часто воспринимают школу как основную, но небезопасную среду. Когда они сравнивают себя с одноклассниками, то чувствуют глубокое отличие: «[Ты] видишь других людей... не таких взволнованных, тревожных или депрессивных, и ты думаешь: «Почему я не могу быть таким же?»»¹¹².

Часто они вынуждены скрывать свои истинные чувства от сверстников: «Я не могла никому показать это, потому что никогда не говорила со своими друзьями о своих чувствах»⁵³. Это отделяет их от окружающей социальной среды, что приводит к глубокому чувству одиночества и непонимания: «Когда ты растешь с такими вещами, то чувствуешь себя совершенно одиноким, потому что нет никого, кто бы это понимал»¹¹².

Жизнерадостность и веселье, которые обычно присущи школьной среде, исчезают, сменяясь чувством отчуждения и поражения: «Потому что подросткам полагается веселиться и проводить время с друзьями на вечеринках, но мне как-то не хочется ничего делать, и я хотел бы получить удовольствие от всего, как раньше»⁹⁰.

Негативные отношения с учителями могут еще больше усугубить глубокое переживание одиночества и своей непохожести на других: «[Учителя] относятся ко мне как к милой кошечке. Они относятся к нам как к нелюдям, как будто мы меньше»⁷⁴. Любые попытки учителей поддерживать человека могут также восприниматься как прямое подтверждение его личной неполноценности по сравнению со сверстниками: «Мы другие, это факт, но они относятся к нам так, будто мы совсем другие. Как будто мы отличаемся от других людей больше, чем есть на самом деле»⁷⁴.

Переживание буллинга со стороны сверстников и учителей

Подростки с психическими расстройствами часто подвергаются серьезной травле¹¹³, что еще больше подрывает их уверенность в себе и доверие к окружающим: «Они получали удовольствие от того, что причиняли мне боль, от того, что видели, как я страдаю»¹¹⁴. Из-за пережитого буллинга они могут испытывать глубокий стыд и смущение в школе: «Мне и некоторым другим детям пришлось спуститься во время обеда, чтобы принять [Риталин], и это было довольно неловко... Люди видели во мне ребенка с СДВГ и считали это плохой чертой»¹¹⁵.

Мир сверстников становится опасным и недружелюбным местом, где нужно быть начеку: «Я довольно подозре-

лен, по крайней мере, больше, чем раньше, всегда немного опасаясь того, кто такие люди, их характеров, что они на самом деле думают»¹¹⁴. Субъективный опыт издевательств может быть настолько драматичным, что они могут почувствовать себя полностью отвергнутыми, потерять чувство принадлежности («Я чувствовал себя отверженным. Я никому не нравился; я не нравился никому из моих учителей»⁹⁰) и в конечном итоге отказаться от дружбы и социального взаимодействия («Боюсь, что мои друзья будут делиться тем, что я им рассказываю, с другими людьми», личное общение).

В то же время они по-прежнему жаждут дружбы и социальной принадлежности. Чтобы выйти из этой ситуации, они могут прибегнуть к пассивному принятию издевательств: «Я бы не хотела перестать с ними дружить, потому что у меня нет друзей, поэтому я просто терпела»¹¹⁵. Иногда переживания, связанные с издевательствами, трансформируются в самобичевание, чтобы придать смысл внутреннему смятению и боли, которые вызывают дисфункциональные отношения: «Я думал, что это моя вина, если со мной плохо обращались друзья»¹⁰⁴; «Я не пытался ни с кем дружить, потому что не верил, что смогу найти хороших друзей»¹¹⁵.

В других случаях подростки с психическими расстройствами могут страдать от непонимания со стороны учителей («Все сводится к непониманию. Мне казалось, что учителя не знают, как реагировать на людей с психическими расстройствами», личное общение) или даже от травли («Однажды он [учитель] просто сказал мне, что я провалюсь, что я большой неудачник и никогда ничего не добьюсь... на глазах у всего класса»¹⁰³).

Восприятие сверстников в качестве жизненно важной поддержки

Для многих подростков с психическими расстройствами сверстники могут представлять собой важный и позитивный ресурс. Чувство принятия со стороны друзей описывается как дестигматизирующее, позволяющее человеку вернуть ощущение нормальности («Я рассказал им, моим близким друзьям. Они просто сказали: «Ну и что?» и смотрели на это как на простуду, а не как на болезнь»¹¹⁶), а также избавиться от чувства стыда и неадекватности («Они не стыдились этого, и я перестал этого стыдиться»¹¹⁶).

В частности, общение с друзьями, так же имеющими психическое расстройство, воспринимается как чрезвычайно полезное для преодоления социальной изоляции¹¹⁷ («Я не единственный, кто проходит через это», личное общение), передачи личного опыта («Мы с друзьями собираемся вместе и рассказываем о своем опыте», личное общение), свободного выражения сложных эмоций («Мы чувствуем себя раскрепощенными, мы выплескиваем всю свою ненависть, весь свой гнев, это приятно»¹¹⁴) и повышения самооценки («У нас много одинаковых чувств по поводу вещей, и я просто могу быть собой»¹¹⁵).

Понимание со стороны сверстников также может облегчить их субъективные страдания: «Когда я чувствую, что начинаю волноваться в школе... тогда я могу сказать другу: «Я сейчас чувствую себя не очень хорошо»»¹⁰⁴.

Опыт в социальном и культурном контексте

Ощущение несоответствия социальным нормам и ценностям

Подростки с психическими расстройствами могут чувствовать себя несоответствующими нормам и ценностям своего социокультурного контекста. Например, они могут чувствовать себя ненормальными и даже опасными из-за убеждений, связанных с психическими расстройствами в обществе: «Как будто если у тебя есть психическое заболевание, ты ненормальный, ты не можешь жить нормальной жизнью... Они думают, что могут заразиться»¹¹⁸.

Другие могут чувствовать себя неполноценными, поскольку воспринимают свое психическое расстройство как

препятствие для достижения социальных стандартов хорошей жизни: «Я много думаю о своем будущем, о том, как справиться в школе, получу ли я хорошую профессию и достигну ли я своей мечты, вместо того, чтобы бросить ее на полпути»⁵⁰. Чтобы соответствовать внешнему давлению и социальным ожиданиям, они могут принять жесткое представление о том, какими они должны быть, и замалчивать свои потребности в отношении психического здоровья: «В подростковом возрасте у вас формируется очень узкий взгляд на себя и на мир, когда успеваемость, построение карьеры и подобные внешние достижения ставятся выше душевного благополучия (личное общение).

Иногда стресс, связанный с успеваемостью в школе и стремлением быть социально успешным, истощает их и без того хрупкий психический резерв: «Я должен быть лучшим в своем классе. Я лучший спортсмен – занимаюсь спортом на самом высоком уровне. Это такое давление и ожидания, и... я должен быть готов пойти на вечеринку и быть вместе со своими друзьями... это слишком!»⁹⁵.

Ощущение стигматизации или поддержки через социальные сети

Большинство подростков с психическими расстройствами отмечают, что регулярно используют социальные сети как способ взаимодействия со своим социальным окружением: «[Социальные сети] позволяют быть в курсе повседневной жизни своих друзей и знаменитостей. И популярных событий, которые происходят»¹¹⁹. Они испытывают как негативное, так и позитивное влияние социальных сетей на свое психическое здоровье.

Например, социальные сети усиливают сравнение их трудной жизни с, казалось бы, счастливыми и успешными жизнями их сверстников, демонстрируемых в аккаунтах социальных сетей^{119,120}: «Одна вещь, которая повлияла на мое психическое здоровье, – это посещение социальных сетей, когда я чувствую себя подавленным, и ты видишь все эти посты людей, живущих своей лучшей жизнью, и понимаешь, что ты не в том месте. Я бы хотела, чтобы моя жизнь была такой» (личное общение).

Еще один негативный опыт – это глубоко стигматизирующие, оскорбительные и бесчувственные высказывания, которые они могут воспринимать в социальных сетях («Они будут называть меня сумасшедшим»⁵¹), особенно если их повседневная жизнь становится достоянием общности: «Социальные сети легкодоступны. Проблема в том, что вы можете видеть их весь день, каждый божий день. Подумайте, сколько плохого опыта и злых комментариев вы увидите, просто прокручивая ленту» (личное общение).

Распространенный негативный опыт, связанный с социальными сетями, заключается в давлении, заставляющем быть постоянно активным в сети из-за страха «пропустить интересное»: «Если бы у меня ее не было [страницы в социальной сети], я бы просто думал обо всем, чего бы я не увидел или не узнал... так много давления, чтобы иметь это, и как только ты это получаешь, ты, по сути, застреваешь... такое ощущение, что ты застрял в ловушке»¹²⁰. Это часто связано с опасениями поделиться личной информацией, потерять конфиденциальность и усилить негативные мысли^{119,120}.

Однако социальные сети могут также восприниматься как поддерживающий ресурс, позволяющий восстановить жизненно важные социальные связи и чувство принадлежности к сообществу: «Существуют сообщества людей с психическими заболеваниями, где люди делятся своим опытом... так что, с моей стороны, это был положительный опыт» (личное общение).

Социальные сети могут стать способом обмена опытом о своей болезни в разных сообществах, тем самым ослабляя чувство изоляции и одиночества: «Мне трудно разговаривать с людьми, и тогда социальные сети просто помогают мне, потому что я могу связаться с определенными людьми, которые, как я знаю, поддержат меня в разных вещах, даже если они могут находиться далеко от меня»¹²¹.

В некоторых случаях социальные сети могут быть единственной позитивной поддержкой: «Большую часть моей системы поддержки составляют социальные сети» (личное общение). Они также могут выступать в качестве мощного средства повышения грамотности, позволяя подросткам получать специализированную информацию и расширять свои возможности: «Я узнал больше о психическом здоровье в Интернете» (личное общение).

Взгляд родителей

Родители могут испытывать значительные страдания из-за стигмы, направленной на их детей: «Мне было больно... когда другие родители говорили своему ребенку «не играй с ним»»¹²². Родители могут чувствовать себя «подавленными» из-за психических страданий своих детей¹⁰⁸, и в то же время ощущать беспомощность^{105,106,108}, поскольку у них нет «правильного оружия», чтобы противостоять психическому расстройству¹²³. Забота о ребенке с психическим расстройством переживается как «психически... и физически изнуряющая»¹⁰⁵. Родители часто ощущают себя «одиночками, поскольку никто не понимает»¹²⁴ и предпочитают «держаться все» в себе^{125,126}.

Иногда родители сообщают, что становятся косвенными жертвами издевательств, которым подвергаются их дети: «Это расстраивает вас как родителя, когда вы знаете, что над вашим ребенком издеваются или критикуют его»¹²². Они могут чувствовать себя особенно расстроенными и виноватыми, поскольку считают, что не могут защитить своих уязвимых детей от травли: «Какая-то часть вас не может выдержать быть с этим ребенком»¹²². В то же время родители могут воспринимать себя как прямую мишень для стигмы, когда их обвиняют в том, что они «непригодные родители»¹²² («Мне всегда кажется, что меня осуждают как родителя... что я поступаю неправильно или воспитываю своего ребенка не так, как надо»²²), или «избегают» их¹²².

Сочетание стигмы и буллинга может негативно сказаться на самооценке родителей и постоянно заставлять их чувствовать себя осуждаемыми как плохие родители¹²². Навешивание ярлыка плохих родителей и стигматизация могут происходить не только в обществе, но и в родной семье: «Близкие говорили мне... что это я создала проблему»¹²².

Независимо от источника, стигма неизбежно воспринимается как тяжелое бремя («Это все усложняло»¹²²), и родители могут сократить число социальных контактов («Меня приглашают... друзья, но я стараюсь избегать этого только потому, что чувствую, что на мне стигма, что они считают меня плохой мамой»¹²²). Они могут чувствовать себя нежеланными гостями в школе и отстраняться от совместных и общественных мероприятий: «У меня есть свое мнение, и я хочу вносить свой вклад в какие-то дела, [но] я чувствую, что не могу участвовать в них, потому что у меня трудный ребенок»¹²².

Под таким сильным давлением родители могут также отчаянно пытаться «просвещать этих людей»¹²² и «исправлять их и их «невежество»»¹²², становясь защитниками нужд своих детей и таким образом чувствуя себя уверенными в том, что они хорошие родители¹²². Более того, многие родители ощущают важную роль поддержки со стороны родной семьи¹⁰⁷ или других семей с такими же проблемами, которые могут помочь «взглянуть на трудности [ребенка] в перспективе»¹⁰⁷.

ПЕРЕЖИТЫЙ ОПЫТ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В этом разделе рассматривается пережитый опыт получения психиатрической помощи подростками с психическими расстройствами. Мы описываем эти субъективные переживания через семь основных тематических направлений: а) опыт диагностирования психического расстройства, б) опыт доступа к психиатрической помощи, в) опыт получения психофармакологического лечения, г) опыт получе-

ния психотерапии, д) опыт поддержки сверстников и активизма в сфере психического здоровья и е) субъективный опыт выздоровления. Что касается пунктов а) и б), то мы также рассматриваем взгляд родителей.

Опыт получения психиатрического диагноза

Переживание угрозы для собственной идентичности: удивление, отрицание, стыд и утаивание

Для подростков получение диагноза психического расстройства — очень деликатный вопрос в период, когда их личность постоянно формируется: «Он [диагноз] стал тем, что определяло меня. Это было единственное, что я видел в себе, и все было связано с этим»¹²⁷. Они часто описывают негативное влияние на свою идентичность; в частности, чувство удивления и неверия: «Я был удивлен, и... думаю, что это заставило меня напрячься, потому что я никогда не думал о чем-то подобном»⁵¹. В некоторых случаях они демонстрируют сильное неприятие и отрицание: «Нет, я не могу быть биполярным. Это просто не про меня. Я не хочу таким быть»¹¹⁶.

Отрицание часто сопровождается желанием быть похожим на «нормальных» сверстников: «Я не хочу быть биполярным. Я хочу быть нормальным... Мне грустно. Почему я такой? Почему это должно было случиться со мной?»¹¹⁶. Часто возникает сильное чувство стыда: «Мне было стыдно, потому что я не хочу быть биполярным. А кто хочет?»¹²⁸. Интенсивность стыда усиливает некомфортное ощущение отличия от других: «У меня было что-то [диагноз психического расстройства], как будто со мной что-то не так. Я был не такой, как все. Я был изгоем»¹²⁸. Стыд, в свою очередь, может заставить подростков скрывать свое уязвимое состояние: «Я не хочу, чтобы другие знали об этом. Потому что это как бы не их дело, я просто не хочу, чтобы они об этом знали»¹¹⁶.

Иногда отрицание диагноза приводит к каскаду решений и поступков, которые задерживают получение психиатрической помощи. В этом контексте роль медицинских работников в адекватном и деликатном информировании о диагнозе имеет жизненно важное значение, поскольку в противном случае это может привести к путанице и непониманию. Например, многие молодые люди сообщают об отсутствии четкой информации и разъяснений о последствиях их диагноза: «Мне сказали, что у меня шизофрения... но я не знал, что такое шизофрения; я не знал этой болезни»¹⁰⁶.

Поиск резервуара для личных страданий

В ряде случаев диагнозу психического расстройства предшествует длительный период трудностей и личных страданий, часто уходящий корнями в раннее детство. Таким образом, диагноз может быть воспринят как значимое объяснение существующих проблем («Я воспринял его хорошо, потому что всегда знал, что со мной что-то не так», личное общение) или как способ облегчить страдания («[Получение диагноза] было своего рода утешением»¹²⁷).

Принятию диагноза способствует правильная и всесторонняя коммуникация с медицинскими работниками: «Диагноз мне поставил психиатр. Он дал мне достаточно информации для понимания... и это изменило мою жизнь. Это была новая информация, но он изложил ее так, что мне было понятно» (личное общение).

Взгляд родителей

Родители часто воспринимают диагноз психического расстройства у своего ребенка как «шок»¹⁰⁶, «землетрясение»¹⁰⁶ или «как удар кулаком в живот»¹²⁹. Признаки трудностей их детей могут проявляться в виде «маленьких странностей», которые трудно заметить⁵⁶. Иногда чужие люди (например, работники школы) первыми обращают внимание родителей на эти ранние проблемы¹⁰⁸. В других случаях родители «даже не подозревали, что это клиническое заболевание»⁵⁶, объясняя ранние аномалии поведени-

ем подростка¹⁰⁸: «это продолжение его личности, просто немного преувеличенное»⁵⁶.

В некоторых случаях родители признают наличие проблем и чувствуют себя «готовыми к... диагнозу»¹²⁹, но долго ждут, прежде чем обратиться к специалистам: «Вы долго терпите, а потом наступает момент, когда вы ломаетесь... когда вы обращаетесь в службу психического здоровья; вы ждали до последней минуты»¹³⁰. Диагноз может восприниматься как облегчение¹²⁹, позволяющее родителям разобраться в происходящем и «найти причину для всего»¹⁰⁹. Родителей может успокоить тот факт, что понимание специалистами их ребенка «совпадает с тем, что они видели» дома¹²⁹, и они чувствуют, что информация, полученная вместе с диагнозом, «помогла объяснить это остальным членам семьи, потому что пытаются выразить это словами самому и заставить их понять... это самое трудное»¹²⁹.

Родители могут отчаянно искать внешние факторы, лежащие в основе диагноза: «диктат современного общества»¹²³, «социальный контекст»¹²³, «наша система образования»¹⁰⁵, средства массовой информации («Телевидение... социальные сети... заставляют их видеть себя не такими, как все»¹²³). В качестве альтернативы родители могут искать внутренние причины, органические или психологические: «химический дисбаланс»¹²³, гормональный подростковый период¹²³, «характер»¹²³, «потеря уверенности в себе»¹⁰⁵.

Учитывая неопределенность причинно-следственных связей большинства психических расстройств, родителям обычно трудно выявить установленную причину, и в итоге они могут обвинить себя, считая расстройство генетическим^{123,131} или следствием воздействия их поведения^{105,108}: «Это что-то, что я сделала... когда была беременна или в юные годы?»; «Что я могла сделать, чтобы предотвратить это?»¹²². Чувство вины часто сопровождается размышлениями родителей о диагнозе («Я всегда буду винить себя за это»¹²²), заставляя их сомневаться в своих родительских навыках^{122,132} («Может быть, потому что мы не понимали, как правильно воспитывать ребенка»¹²⁵).

Из-за этих опасений родители могут скрывать или уменьшать диагноз психического расстройства у своих детей: «Он может получить доступ к услугам... и люди... могут сделать для него исключения, но... будут ли к нему относиться по-другому?»⁷⁴. Они могут решить скрыть это, потому что «слово «психический» в нашем обществе очень неприемлемо»¹³¹, и чтобы их детей не «заклеймили» в школе⁷⁴, или даже не зачислили в специальные классы для инвалидов^{107,133}.

Опыт получения психиатрической помощи

Преодоление эмоциональных барьеров

Трудность принятия диагноза психического расстройства часто является первым барьером на пути к получению помощи: «Я не принимал того, что у меня было, и не хотел никаких лекарств»¹²⁸. Кроме того, многие подростки, осознав свою психическую уязвимость, описывают целый ряд эмоциональных барьеров, препятствующих началу процесса лечения.

Основная трудность при обращении за помощью связана со смущением и стыдом: «Иногда мне неловко говорить с кем-то другим»⁵⁴. Для некоторых подростков поделиться своими страданиями – все равно что усугубить их, поскольку это усиливает их ощущение уязвимости: «Делиться... трудно, потому что я чувствую себя уязвимым и... как бы гольм... чувствую себя глупо и смущенно»⁹⁵.

Некоторые молодые люди сообщают о целом ряде страхов, включая страх нарушения конфиденциальности («Если люди что-то слышат и видят, то они обсудят это с кем-то, и в конечном итоге это распространится»¹³⁴), страх быть непонятым («Я не хочу, чтобы люди думали: «О, она хочет внимания»»¹³⁵) или страх быть осужденным («Я боялся рассказать о своих чувствах... потому что думал, что они будут меня осуждать»¹³⁵).

Преодоление структурных барьеров

Подростки также могут воспринимать доступ к психиатрической помощи как полосу препятствий из-за медленной системы с длинными списками ожидания («Я чувствовал, что нужно что-то сделать, чтобы попасть сюда довольно быстро, потому что спрос на эти услуги очень высок. В противном случае – шесть месяцев ожидания»¹¹⁸), или слишком сложный путь получения помощи, в котором трудно ориентироваться («Не знаю, какие услуги существуют для определенных вещей. Просто идешь в одно место, а там – «о нет, мы это не рассматриваем, идите в другое место»»¹³⁴).

Кроме того, во многих неблагополучных районах доступ к психиатрической помощи получить подросткам не так легко: «В Кении доступ к услугам психиатрической помощи довольно дорогой, поэтому возникла проблема «найду ли я деньги, смогу ли я обратиться к психиатру?»» (личное общение).

Ощущение принятия, поддержки и того, что тебя выслушали

Для многих других подростков получение психиатрической помощи – это исключительно положительный опыт: «Я думаю, здесь все замечательно. Это, наверное, лучшая помощь, которую я получал с тех пор, как у меня началась болезнь. Если у меня возникает проблема, я просто звоню им и говорю, и они мгновенно приходят на помощь. Это великолепно»¹³⁶. Они чувствуют себя желанными гостями и знают, что у них есть точка опоры. Это позволяет им лучше справляться с негативными эмоциями и симптомами.

Легкий доступ к психиатрической помощи играет важную роль в формировании у пациентов чувства собственной значимости и избавления от ощущения обременительности: «Кто-то заботится обо мне... Может быть, я все-таки важен»⁵³. В этом контексте отношения с медицинскими работниками могут помочь им почувствовать, что их не осуждают («С ним легко говорить, он не из тех осуждающих людей, которые мне не нравятся»¹³⁴), что их слушают («В тот раз доктор не сдался, а продолжал встречаться со мной каждый день недели, чтобы найти решение. Чтобы понять меня. Он не просто следовал протоколу моего лечения»¹³⁷) и что их поддерживают («Приятно, когда кто-то говорит, что ты хорошо справляешься, это заставляет тебя чувствовать себя немного счастливее»¹²⁹).

Чувство потерянности и страха при переходе из подросткового возраста во взрослую жизнь

Подростки, переходящие во взрослую жизнь, часто чувствуют себя потерянными и одинокими из-за двухуровневого разделения систем психического здоровья детей и взрослых. Постоянно ощущается недостаток информации. Многие не знают, что делать, и чувствуют себя потерянными и напуганными: «Я бы хотела, чтобы кто-нибудь рассказал мне гораздо раньше, заранее, о том, что произойдет... вместо того, чтобы оставаться в неведении до этого момента»¹³⁸.

Отсутствие информации может вызвать неуверенность и страх перед будущим: «Я чувствую себя намного лучше, но что будет через несколько месяцев, если мне станет хуже? Что я смогу сделать? Потому что я не знаю, что мне делать сейчас, если мне кто-то понадобится»¹³⁸; «О Боже, что будет дальше?»³⁹.

В других случаях подростки могут испытывать глубокие амбивалентные чувства по отношению к здравоохранению: «Я не уверен в своих чувствах. Я не знаю о [направлении на лечение] достаточно, чтобы много думать об этом»¹³⁸. Более того, отсутствие преемственности в уходе может препятствовать развитию близких и доверительных отношений со специалистами: «Вы не хотите заново переживать... Переживание каждый раз возвращает боль... Тот факт, что об этом знает не один человек, еще страшнее... А если за несколько лет у вас сменится два или три консультанта, это может разрушить вас»¹³⁴.

Взгляд родителей

Родители также могут сообщать об эмоциональных или структурных барьерах и негативном опыте при доступе к психиатрической помощи. Они часто считают, что их опасения отвергаются без должной оценки: «*[Психиатр считал, что наша дочь] просто злится и бунтует дома и не представляет серьезной угрозы для себя*»¹⁴⁰. Они могут бояться критики в адрес своих родительских навыков и выражать опасения, что у них могут отобрать детей: «*Я боялась, что они вызовут психиатрическую службу и [докажут, что]... я не в состоянии заботиться о своем сыне*»¹⁴⁰. Они могут чувствовать себя непринятыми: «*Казалось, что врач просто не слышит, что я говорю*»¹⁰⁸. Они могут ощущать нехватку информации и поддержки: «*Мы были так расстроены... большинство из них говорили, что нужно просто обратиться в отделение неотложной помощи... это так травмирует*»¹⁴¹.

Эти негативные переживания могут усиливаться структурными барьерами, препятствующими доступу к услугам психиатрической помощи: «*Списки ожидания такие длинные, потому что не хватает персонала, а персонал ограничен из-за финансирования*»¹²⁶. Сложные пути получения медицинской помощи также могут восприниматься как существенные препятствия: «*Много бумажной работы, много всего, что человек должен [сделать]... это было не просто*»¹²⁶.

Однако есть и положительный опыт обращения за психиатрической помощью. Некоторые родители чувствуют себя желанными гостями и получают полную поддержку: «*Было приятно, что кто-то увидел его проблемы и отнесся к ним серьезно*»¹³⁰.

Они также могут сообщить о значительном снижении уровня изоляции в результате положительного и обнадеживающего опыта обращения за психиатрической помощью: «*[Врач] сказал, что все в порядке, мы это уже видели раньше, вы не одни, есть помощь. Это было очень обнадеживающе*»¹³⁰.

ОПЫТ ПОЛУЧЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Переживание стыда и страха быть заклеянным или отличным от других

Опыт получения медикаментозного лечения у подростков с психическими расстройствами весьма разнообразен. Может возникнуть целый ряд эмоций и чувств, препятствующих приему лекарств, вплоть до прямого отказа от них: «*Я вообще не хочу их принимать*»¹⁴². Стыд – это эмоция, которая в наибольшей степени способствует отказу и низкой приверженности терапии: «*Я имею в виду, это действительно трудно... Это может полностью смутить вас, если вам придется принимать их в присутствии других людей*»¹¹⁶. Помимо стыда существует страх быть осужденным и заклеянным, а также то, что могут сказать другие: «*Сумасшедший. Псих. Чокнутый. Потому что именно это я слышал от всех остальных*»¹¹⁶.

Эти негативные эмоции усиливаются восприятием своего отличия от других, когда назначается фармакологическое лечение: «*Принимая лекарства, я перестала чувствовать себя нормальным человеком. Я не чувствую себя нормальным человеком*»¹¹⁶. Чувство непохожести на других усиливает ощущение уязвимости и социальной изоляции, в то время как они хотят быть «нормальными», как все^{116,128,143}.

Улучшение социальных отношений и восстановление эмоций

С другой стороны, подростки могут описывать и положительный опыт, связанный с психофармакологическим лечением. Принимая лекарства, они могут заметить их положительное влияние на отношения с семьей и друзьями: «*Я стал счастливее. Раньше я все время проводил в своей комнате, а теперь я чаще бываю с семьей наверху. Я провожу с ними больше времени*»¹⁴⁴. Психофармакологиче-

ские средства также могут оказаться необходимыми для восстановления социальной активности в школе: «*Раньше... я не мог оставаться в классе. Я даже не мог посещать дистанционные занятия. Я не хотел, чтобы там появлялось мое имя, и очень волновался. Лекарство мне очень помогло*»¹⁴³.

Также может возникать ощущение, что лекарства улучшают эмоциональные реакции: «*Я начала принимать лекарство и увидела совершенно другого человека, когда принимала лекарство. Я имею в виду, что я не была такой злой, могла хорошо проводить время, смеяться и просто веселиться*»¹⁴⁴. Подростки также могут сообщать, что антипсихотики помогают им восстановить чувство реальности и нормальности: «*Это хорошо, потому что это определенно приглушает любые странности*»¹⁴⁵.

Опыт получения психотерапии

Переживание негативного отношения и ощущение непонимания

Впечатления подростков от психотерапии во многом определяются их отношениями с терапевтом. Некоторые из них сообщают о негативном опыте, связанном с тем, что их не понимают: «*Они [врачи] не копаются в проблемах, в том, что с вами на самом деле происходит, они вообще этого не делают... Это ужасно, не так ли? Я просто чувствовал, что они не пытаются понять*»¹³⁶. В некоторых случаях страдания переживаются как преуменьшаемые со стороны терапевтов: «*[Врач] считает, что моя болезнь – это ребячество и просто способ привлечь к себе внимание, поэтому он обращается со мной как с ребенком*»¹³⁶.

Иногда подростки не чувствуют себя поощряемыми говорить о своих проблемах и трудностях и ощущают, что их просто пичкают лекарствами: «*[Врачи] просто постоянно дают тебе лекарства, когда ты плохо себя чувствуешь... они не пытаются заставить тебя говорить*»¹³⁶.

Ощущение близости и безопасности

С другой стороны, подростки могут описывать и позитивные переживания, связанные с чувством близости и безопасности с терапевтом: «*Она была ласковой, ей можно было доверять, я мог рассказать ей что-то, и я был уверен, что она никому не расскажет*»¹⁴⁶. Эти переживания особенно связаны с теми случаями, когда психотерапия воспринимается как персонализированная: «*То, что он [психотерапевт] сделал, было мне необходимо, это удивило меня, я думала, что он будет просто слушать... Но на самом деле он предложил мне альтернативы, вещи, которые мне бы не пришли в голову*»¹⁴⁶.

Подростки могут особенно ценить психотерапию, когда она направлена не только на устранение симптомов, но и на достижение других результатов, возвращая им глубокое чувство человечности («*Иногда ты боишься своих чувств... Однако, когда кто-то другой сидит и рассказывает тебе, почему он разозлился бы, если бы пережил такую же ситуацию... Приятно знать, что я всего лишь человек*»¹⁰⁴) и чувство собственной ценности («*Психолог относится ко мне как к человеку*»¹³⁶).

Опыт поддержки сверстников и активизма в сфере психического здоровья

Исцеление через исцеление

Подростки считают, что обмен опытом – это способ помочь друг другу и придать новое значение своему хрупкому состоянию, преодолевая стигму. Многие из них рассказывают, что помощь другим людям, пережившим аналогичный опыт, помогает им чувствовать себя лучше и способствует развитию чувства принадлежности, уменьшая ощущение одиночества и покинутости: «*Поддержка сверстников помогает молодым людям почувствовать свою принадлежность, выразить себя и улучшить навыки самопомощи*» (личное общение). Этот совместный опыт несет

пользу в обе стороны, что воспринимается как вознаграждение: «В настоящее время я являюсь волонтером в исследовании психического здоровья. Это очень помогло мне в общении с разными молодыми людьми, сталкивающимися с различными проблемами психического здоровья, и я рад, что могу поделиться своим опытом» (личное общение).

Волонтерская работа рассматривается как крайне позитивный опыт. Помощь другим позволяет подросткам чувствовать себя полезными и ценными. Проводя время в служении другим, они могут внести структуру в свою жизнь и повседневную рутину: «Это помогает встать с постели и сделать что-то продуктивное, так что это помогает справиться с депрессией и прочим, потому что ты действительно что-то делаешь и видишь других людей»¹⁴⁷. Это также возможность найти мотивацию для дальнейших действий и подтолкнуть себя к чему-то новому: «Я не из тех людей, которые просто заведут с вами разговор... Мне пришлось говорить, когда я стал волонтером. Мне пришлось выходить из зоны комфорта»¹⁴⁷.

Субъективный опыт достижения выздоровления

Дрейф между принятием себя и угрозой рецидива

Выздоровление может иметь разное значение для подростков с психическими расстройствами. Многие из них описывают его как процесс обучения принятию себя: «Для меня выздоровление означало принятие; принятие всего, через что я прошел, что это не моя вина, возможность продолжать жить и быть продуктивным, возможность видеть солнечный свет. Быть уверенным в себе и снова улыбаться» (личное общение); «Выздоровление – это принятие того, что я не могу изменить, и изменение того, что я могу» (личное общение).

Выздоровление может также означать отделение своей личности от диагностического ярлыка: «[Диагноз] больше не определяет меня, и у меня есть навыки, которые я могу использовать, чтобы быть лучшей версией себя»¹²⁷. Оно также может описываться как восстановление автономии и ведение более полноценной жизни («Выздоровление для меня означает возможность жить продуктивной и полноценной жизнью... в социальном плане, возможность общаться с друзьями, возможность приходить на работу», личное общение) и восстановление чувства социальной связанности («Я восстановила другую социальную сеть, и в эмоциональном плане у меня все было хорошо»¹²⁷).

С другой стороны, опыт выздоровления может колебаться, включая негативные эмоции, особенно надвигающуюся тень и страх рецидива: «Я боюсь, что вернусь к исходной точке»¹⁴⁸; «[Я боюсь], что ситуация ухудшится и я снова окажусь здесь. Я бы расценил это как поражение, потому что вы долго боролись за то, чтобы выбраться, а потом просто вернулись назад; вы как будто начинаете все с начала»¹⁴⁸.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данное исследование описывает пережитый опыт подростков с психическими расстройствами, охватывая как их субъективные страдания, так и положительные аспекты. Подход, основанный на совместном проектировании, проведении и написании исследования, уже подробно описывался в предыдущих публикациях^{21,22}. Этот подход позволяет выявить личный опыт психических расстройств, сводя к минимуму исключение и искажение точек зрения пострадавших¹⁴⁹. В данном исследовании мы также включили взгляд родителей и опекунов там, где это было применимо.

В исследовании не рассматривается какая-либо конкретная исследовательская гипотеза или вопрос о том, адекватно ли описанный опыт представляет соответствующие психические расстройства. Мы лишь выделяем основные (парадигматические) пути, которыми подростки переживают свое расстройство субъективно и в социальном контексте, а также их опыт получения психиатрической помощи. Мы

выделяем общие темы и подтемы, которые имеют ряд значений на клиническом, исследовательском и общественном уровнях.

Первая группа тяжелых психических расстройств, то есть аффективные и психотические расстройства, часто характеризуется переживанием изменения своей личной идентичности, чрезмерно интенсивными эмоциями и искаженным восприятием мира. Подросткам обычно трудно сообщать об этих переживаниях, и они, вместо того чтобы обратиться за помощью, склонны скрывать их, что приводит к запоздалому выявлению проблем. Существуют убедительные данные о том, что несвоевременное распознавание трудностей с психическим здоровьем у молодых людей с начинающимися аффективными и психотическими расстройствами является ключевым фактором упущенных возможностей раннего вмешательства и, следовательно, плохих результатов в их взрослом возрасте^{150–153}. Мы надеемся, что подростки узнают свои переживания аффективных и психотических расстройств в словах наших экспертов по опыту и, таким образом, будут более склонны обращаться за помощью и тем самым способствовать раннему распознаванию. Помимо поведения, направленного на поиск помощи, раннее распознавание начинающих аффективных и психотических расстройств у подростков также ограничивается использованием недостаточно оптимальных оценочных средств, которые могут чрезмерно патологизировать потенциально временные и клинически незначимые переживания^{154,155}. Таким образом, основные переживания, связанные с аффективными и психотическими расстройствами, выявленные в данном исследовании, могут представлять собой инновационный исследовательский материал, способствующий разработке следующего поколения инструментов оценки формирующихся психических расстройств у подростков.

Вторая группа расстройств у подростков (включая СДВГ и расстройства аутистического спектра) в значительной степени характеризуется переживаниями, связанными с нейроразнообразием человека. Это может восприниматься и решаться различными способами¹⁵⁶, которые до сих пор исследовались крайне редко. Мы считаем, что предоставление права голоса молодым людям, чей разум работает иначе, чем у других, исправляет эпистемическую несправедливость¹⁴⁹, и в то же время открывает новое направление исследований, которое потенциально может расширить наши представления об их состоянии. Действительно, нейротипичные молодые люди часто несправедливо страдают как социальное меньшинство¹⁵⁷: их история часто обесценивается, замалчивается, игнорируется, искажается или неверно представляется¹⁵⁸.

Третья группа психических расстройств у подростков включает в себя, в различных проявлениях, чувства недостатка самоконтроля и высокой импульсивности, описываемые как переживание цунами тревоги в теле, потеря контроля над своим тревожным разумом и жизнь в сжимающемся и непредсказуемом пространстве (тревожные расстройства); контроль над едой как способ контроля над собой и отчаянный поиск идеализированной идентичности (расстройства пищевого поведения); ощущение себя «бутылкой, наполненной яростью», и чувство непонимания и отвержения (экстернализирующие расстройства). Эти переживания характеризуются динамическим противоречием между стремлением подростков к возрастающей автономии и их уязвимостью к импульсивному и неконтролируемому поведению¹⁵⁹. Этот контраст нейробиологически связан с изменениями в мозговых сетях вознаграждения и саморегуляции, которые становятся несбалансированными в результате полового созревания. В то время как половые гормоны повышают чувствительность системы вознаграждения мозга, побуждая подростка к более рискованному поведению, способность мозга к саморегуляции и тормозному контролю созревает более постепенно в течение раннего взрослого возраста¹⁶⁰. Этот нейробиологический дисбаланс может также объяснять частые случаи самоповреждения, которые часто описываются как потребность трансформировать психическую боль в физическую, чтобы контролировать ее, или безмолвный крик о помощи.

Последний призыв о помощи подчеркивает важность изучения пережитого опыта подростков с психическими расстройствами в широком обществе, что до сих пор является еще одной обделенной вниманием областью исследования. Наши подростки рассказали о таких переживаниях, как болезненное отсутствие понимания в семье; восприятие школы как усилителя различий, буллинг со стороны сверстников и учителей; ощущение несоответствия социальным нормам и ценностям и стигматизация в социальных сетях. Однако они также сообщали о том, что чувствовали эмоциональное восстановление и поддержку со стороны семьи, воспринимали сверстников как жизненно важную поддержку и чувствовали поддержку со стороны социальных сетей, что свидетельствует о многогранности и сложности каждого пути.

Дисфункциональное взаимодействие между родителями и детьми, наряду с генетической предрасположенностью, исторически считается ключевым механизмом семейной передачи психических расстройств¹⁶¹, подчеркивая, что психическое здоровье подростков в значительной степени является «семейным делом»^{161,162}. С другой стороны, буллинг со стороны сверстников и учителей является ключевым фактором виктимизации и воспринимаемой стигмы^{163,164}, что, по словам наших экспертов, «имеет более серьезные последствия, чем сами психические расстройства»¹⁶⁵. В целом, ранний травматический опыт в подростковом возрасте оказывается наиболее надежным транздиagnostическим фактором риска развития психических расстройств в зрелом возрасте^{7,166}. Мы надеемся, что наши результаты могут стать основой для образовательных подходов, направленных на обучение родителей или учителей и повышение их грамотности с целью улучшения психического здоровья молодежи^{167,168}, или на мероприятия по борьбе с буллингом в школах¹¹³.

Пережитый опыт получения психиатрической помощи подростками также был весьма разнообразным. Получение диагноза психического расстройства воспринималось либо как угроза их идентичности – с чувствами удивления, отрицания, стыда и утайвания, – либо как полезный резервуар для их личных страданий. Получение помощи в области психического здоровья было связано с преодолением эмоциональных и структурных барьеров, а также с частыми ощущениями потерянности и страха, особенно в период перехода из подросткового возраста в молодую взрослую жизнь. Мы надеемся, что этот опыт может побудить заинтересованные стороны и политических деятелей уделить первоочередное внимание созданию служб психического здоровья, ориентированных на молодежь^{169–171}. Такие службы могут предотвратить попадание многих подростков в пробелы двухуровневой системы здравоохранения⁹.

Что касается опыта получения конкретных видов лечения, подростки по-разному описывали чувства стыда и страха быть заклеяменными или отличными от других, либо улучшение социальных отношений и восстановление эмоций (при получении психофармакологического лечения), а также страдания от негативного отношения и чувства непонимания, либо чувство близости и безопасности (при получении психотерапии). Характер этих переживаний во многом зависел от коммуникативных навыков и отношения медицинских работников. Поддержка сверстников и активизм в сфере психического здоровья были более устойчиво связаны с позитивным опытом выздоровления через исцеление, восстановление связей и обретение смысла. Путь подростков через психические расстройства был в целом очень вариативным, а их конечный опыт выздоровления характеризовался непредсказуемым дрейфом между самопринятием и угрозой рецидива.

Очевидно, что не существует единого опыта переживания различных психических расстройств у подростков, а скорее множество индивидуальных переживаний. В данном исследовании показана вариативность, взаимодополняемость и даже контрастность этих переживаний. Мы рассматривали широкие диагностические группы, поскольку разделение пережитого опыта по конкретным диагностическим категориям сделало бы аналитическую задачу невыполнимой. Будущие исследования могли бы лучше сфоку-

сироваться на конкретных субдиагностических конструктах, например, изучая дифференцированный пережитый опыт, связанный с конкретными расстройствами аутистического спектра, такими как синдром Аспергера.

Рассмотренные здесь данные были критически отобраны (хотя мы начали с определенного поискового предложения, как указано выше). В соответствии с нашим протоколом и предыдущими публикациями в этой серии^{21–23} мы не планировали представлять какие-либо количественные данные.

В заключение следует отметить, что данное исследование представляет собой дистилляцию субъективного опыта подростков из самых разных социальных и культурных слоев, объединенную с мнением ведущих ученых в области психического здоровья молодежи. Мы надеемся, что эта работа поможет привлечь внимание заинтересованных сторон и граждан к проблеме общественного психического здоровья молодежи, поскольку «пренебрежение психическим здоровьем молодежи – это форма самоповреждения, которое общество наносит себе»^{172,173}.

Понимание пережитого опыта подростков с плохим психическим здоровьем может помочь нам справиться с его основными последствиями в виде снижения уровня образования, увеличения затрат на здравоохранение, злоупотребления психоактивными веществами, насилия, самоповреждения и самоубийств¹⁵². Голоса молодых экспертов по опыту, представленные в данном исследовании, могут стать катализатором разработки и внедрения новой системы охраны психического здоровья молодежи для максимального раскрытия потенциала подрастающих поколений во всем мире^{174,175}.

Мы также надеемся, что темы и подтемы, подробно описанные в данном исследовании, могут быть использованы для обучения медицинских работников и повышения уровня грамотности в области психического здоровья членов семьи и лиц, осуществляющих уход, что позволит снизить стигму, связанную с обращением за помощью.

Мы надеемся, что подростки с проблемами психического здоровья во всем мире смогут ознакомиться с этим исследованием и почувствовать себя менее одинокими, изолированными или стигматизированными, узнав свои собственные страдания в словах их сверстников. В конечном итоге мы надеемся, что это совместно разработанное, проведенное и написанное исследование поможет нам сохранить нашу приверженность защите хрупкого психического здоровья подростков и поможет им начать здоровую, полноценную и социально активную взрослую жизнь.

БЛАГОДАРНОСТИ

A. Estrade, C. Esposito, R. Rosfort, I. Basadonne, M. Mancini и G. Stanghellini внесли равный вклад в эту работу.

Перевод: Занкишиева Карина Азновровна, г. Нальчик
Редактура: Бейбалаева Тангюль Загировна, г. Казань

Библиография

1. Solmi M, Radua J, Olivola M et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022;27:281–95.
2. World Health Organization. Adolescent health. www.who.int.
3. World Health Organization. Improving the mental and brain health of children and adolescents. www.who.int.
4. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S et al. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007–2009 to 2019–2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 2023;22:275–85.
5. Fusar-Poli P, Nelson B, Valmaggia L et al. Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophr Bull* 2014;40:120–31.
6. Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of cognitive impairment in first-episode bipolar disorder: comparison with first-episode schizophrenia and healthy controls. *Schizophr Bull* 2015;41:1095–104.

7. Arango C, Dragioti E, Solmi M et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry* 2021;20: 417–36.
8. Uher R, Zwickler A. Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World Psychiatry* 2017;16:121–9.
9. Arango C, Buitelaar JK, Correll CU et al. The transition from adolescence to adulthood in patients with schizophrenia: challenges, opportunities and recommendations. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022;59:45–55.
10. Fusar-Poli P. Integrated mental health services for the developmental period (0 to 25 years): a critical review of the evidence. *Front Psychiatry* 2019;10:355.
11. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017;16:251–65.
12. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52–77.
13. Opel N, Redlich R, Grotegerd D et al. Obesity and major depression: body-mass index (BMI) is associated with a severe course of disease and specific neurostructural alterations. *Psychoneuroendocrinology* 2015;51:219–26.
14. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153–60.
15. Correll CU, Solmi M, Croatto G et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry* 2022;21:248–71.
16. Chan JKN, Correll CU, Wong CSM et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2023;65:102294.
17. Power E, Hughes S, Cotter D et al. Youth mental health in the time of COVID-19. *Ir J Psychol Med* 2020;37:301–5.
18. Liang L, Ren H, Cao R et al. The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatr Q* 2020;91:841–52.
19. Rosen ML, Rodman AM, Kasparek SW et al. Promoting youth mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *PLoS One* 2021;16: e0255294.
20. Hoffmann JA, Duffy SJ. Supporting youth mental health during the COVID-19 pandemic. *Acad Emerg Med* 2021;28:1485–7.
21. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2022;21:168–88.
22. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2023;22:352–65.
23. Estrade A, Onwumere J, Venables J et al. The lived experiences of family members and carers of people with psychosis: a bottom-up review co-written By experts by experience and academics. *Psychopathology* 2023;56:371–82.
24. Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N et al. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry* 2019;18:192–207.
25. Lumivero. NVivo. <https://lumiv.ero.com/produ cts/nvivo>.
26. Fusar-Poli P, Spencer T, De Micheli A et al. Outreach and support in South-London (OASIS) 2001–2020: twenty years of early detection, prognosis and preventive care for young people at risk of psychosis. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020;39:111–22.
27. Bin K. *Ecrits de psychopathologie phenomenologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1992.
28. Conrad K. Beginning schizophrenia: attempt for a Gestalt-analysis of delusion. In: Broome MR, Harland R, Owen GS et al (eds). *The Maudsley reader in phenomenological psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012:176–93.
29. Kraus A. *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Eine existenzund rollenanalytische Untersuchung*. Stuttgart: Enke, 1977.
30. Schulte V. Nichttraurigkeitseinkunnen im Kern melancholischen Erlebens. *Nervenarzt* 30. 1961;32:23–4.
31. Binswanger L. *Melancholie und Manie: Ph nomenologische Studien*. Pfullingen: Neske, 1960.
32. Stanghellini G, Ballerini M, Presenza S et al. Abnormal time experiences in major depression: an empirical qualitative study. *Psychopathology* 2017;50:125–40.
33. Stanghellini G, Mancini M. *The therapeutic interview in mental health. A values-based and person-centered approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.
34. Stanghellini G, Ballerini M, Fernandez AV et al. Abnormal body phenomena in persons with major depressive disorder. *Psychopathology* 2021;54:203–13.
35. Fuchs T. Melancholia as a desynchronization: towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology* 2001;34:179–86.
36. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *J Phenomenol Psychol* 2002;33:223–43.
37. Fuchs T. Temporality and psychopathology. *Phenom Cogn Sci* 2013;12:75–104.
38. Minkowski E. *Lived time: phenomenological and psychopathological studies*. Evanston: Northwestern University Press, 2019.
39. Mishara AL. Klaus Conrad (1905–1961): delusional mood, psychosis, and beginning schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36:9–13.
40. Mishara AL, Fusar-Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion formation during psychosis onset: Jaspers, Truman symptoms, and aberrant salience. *Schizophr Bull* 2013;39:278–86.
41. Tatossian A. *Ph nom nologie des psychoses*. Paris: Masson, 1979.
42. Ricoeur P. *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
43. Hagen F. *Studien auf dem gebiete der drztlichen seelenheilkunde*. Erlangen: Besold, 1861.
44. National Institute for Health and Care Research. Payment guidance for researchers and professionals. Version 1.3. www.nihr.ac.uk.
45. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
46. Watson R, Harvey K, McCabe C et al. Understanding anhedonia: a qualitative study exploring loss of interest and pleasure in adolescent depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29:489–99.
47. Midgley N, Parkinson S, Holmes J et al. Beyond a diagnosis: the experience of depression among clinically-referred adolescents. *J Adolesc* 2015;44:269–79.
48. Woodgate RL. Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *J Adv Nurs* 2006;56:261–9.
49. McCann TV, Lubman DI, Clark E. The experience of young people with depression: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012;19:334–40.
50. Anttila K, Anttila M, Kurki M et al. Concerns and hopes among adolescents attending adolescent psychiatric outpatient clinics. *Child Adolesc Ment Health* 2015;20:81–8.
51. Viduani A, Benetti S, Petresco S et al. The experience of receiving a diagnosis of depression in adolescence: a pilot qualitative study in Brazil. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2022;27:598–612.
52. Sancho Ruiz AM (ed). *Piensa: gu a para adolescentes y familiares que quieren entender y afrontar la psicosis*. Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red, 2015.
53. Weitkamp K, Klein E, Midgley N. The experience of depression: a qualitative study of adolescents with depression entering psychotherapy. *Glob Qual Nurs Res* 2016;3:1–12.
54. Brooks H, Windfuhr K, Irmansyah et al. Children and young people's beliefs about mental health and illness in Indonesia: a qualitative study informed by the common sense model of self-regulation. *PLoS One* 2022;17:e0263232.
55. Oliver J, Smith P, Leigh E. 'All these negative thoughts come flooding in': how young people with depression describe their experience of rumination. *Cogn Behav Ther* 2015;8:e15.
56. Cadario E, Stanton J, Nicholls P et al. A qualitative investigation of first-episode psychosis in adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012;17:81–102.
57. Bird JC, Freeman D, Waite F. The journey of adolescent paranoia: a qualitative study with patients attending child and adolescent mental health services. *Psychol Psychother* 2022;95:508–24.
58. Brew B, Shannon C, Storey L et al. A qualitative phenomenological analysis of the subjective experience and understanding of the at risk mental state. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2017;12:1342504.
59. Braehler C, Schwannauer M. Recovering an emerging self: exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis. *Psychol Psychother* 2012;85:48–67.
60. Magula L, Lachman A, Roomaney R. Lived experiences of adolescents admitted for first-episode psychosis in South Africa. *S Afr J Psychiatr* 2023;29:1960.

61. Byrne R, Morrison AP. Young people at risk of psychosis: a user-led exploration of interpersonal relationships and communication of psychological difficulties. *Early Interv Psychiatry* 2010;4: 162–8.
62. Mackrell L, Lavender T. Peer relationships in adolescents experiencing a first episode of psychosis. *J Ment Health* 2004;13:467–79.
63. Anonymous. First person account: Schizophrenia with childhood onset. *Schizophr Bull* 1994;20:587–90.
64. Herrig E. First person account: A personal experience. *Schizophr Bull* 1995; 21:339–42.
65. Uttinger M, Koranyi S, Pappmeyer M et al. Early detection of psychosis: helpful or stigmatizing experience? A qualitative study. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:66–73.
66. Bradley J. Children and teacher's perceptions of ADHD and medication. Southampton: University of Southampton, 2009.
67. Charach A, Yeung E, Volpe T et al. Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry* 2014;14:110.
68. Hemming GL. Understanding the experiences of students and teachers of students diagnosed with ADHD: an interpretative phenomenological analysis of the ADHD label in schools. Birmingham: University of Birmingham, 2017.
69. Rosetti CW, Henderson SJ. Lived experiences of adolescents with learning disabilities. *Qual Rep* 2015;18:1.
70. Mansfield E. Adolescent females with ADHD: an interpretive phenomenological analysis of school experience. Birmingham: University of Birmingham, 2022.
71. Walker-Noack L, Corkum P, Elik N et al. Youth perceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder and barriers to treatment. *Can J School Psychol* 2013; 28:193–218.
72. Botha W, van der Westhuizen D. Illness-perception in adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder: a qualitative study. *S Afr J Psychiatr* 2023;29: 2015.
73. Tesfaye R, Courchesne V, Mirenda P et al. Autism voices: perspectives of the needs, challenges, and hopes for the future of autistic youth. *Autism* 2023;27:1142–56.
74. Mesa S, Hamilton LG. “We are different, that’s a fact, but they treat us like we’re different-er”: understandings of autism and adolescent identity development. *Adv Autism* 2022;8:217–31.
75. Trew S. Family relationships and autism spectrum disorder: lived experiences of young people with autism and their families. Sydney: Australian Catholic University, 2021.
76. Hanai F, Narama M, Tamakoshi K. The self of adolescents with autism spectrum disorder or attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative study. *J Autism Dev Disord* 2021;51:1668–77.
77. Acker L, Knight M, Knott F. ‘Are they just gonna reject me?’ Male adolescents with autism making sense of anxiety: an interpretative phenomenological analysis. *Res Autism Spectr Disord* 2018;56: 9–20.
78. Rhodes SM, Eaton CB, Oldridge J et al. Lived experiences of depression in autistic children and adolescents: a qualitative study on child and parent perspectives. *Res Dev Disabil* 2023;138:104516.
79. Woodgate RL, Tennent P, Legras N. Understanding youth’s lived experience of anxiety through metaphors: a qualitative, arts-based study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:4315.
80. Woodgate RL, Tennent P, Barriage S et al. The lived experience of anxiety and the many facets of pain: a qualitative, arts-based approach. *Can J Pain* 2020;4:6–18.
81. Baker HJ, Hollywood A, Waite P. Adolescents’ lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Psychol* 2022;10:143.
82. Hewitt OM, Tomlin A, Waite P. The experience of panic attacks in adolescents: an interpretative phenomenological analysis study. *Emot Behav Difficult* 2021;26:240–53.
83. Woodgate RL, Tailor K, Tennent P et al. The experience of the self in Canadian youth living with anxiety: a qualitative study. *PLoS One* 2020;15:e0228193.
84. Tan JO, Hope T, Stewart A et al. Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the views of patients and parents. *Int J Law Psychiatry* 2003;26:627–45.
85. Fox AP, Larkin M, Leung N. The personal meaning of eating disorder symptoms: an interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol* 2011;16:116–25.
86. Patel K, Tchanturia K, Harrison A. An exploration of social functioning in young people with eating disorders: a qualitative study. *PLoS One* 2016;11:e0159910.
87. Voswinkel MM, Rijkers C, van Delden JJM et al. Externalizing your eating disorder: a qualitative interview study. *J Eat Disord* 2021;9:128.
88. Papamichail A, Bates EA. “I want my mum to know that I am a good guy...”: a thematic analysis of the accounts of adolescents who exhibit child-to-Parent violence in the United Kingdom. *J Interpers Violence* 2022;37:NP6135–58.
89. Mary HT, Makondo D, Bhebhe S. Lived experiences of adolescent boys with conduct disorder in Manzini secondary schools, Kingdom of Eswatini. *Educ Q Rev* 2018;1:206–23.
90. Chavez L, Mir K, Canino G. Starting from scratch: the development of the Adolescent Quality of Life-Mental Health Scale (AQOL-MHS). *Cult Med Psychiatry* 2012;36:465–79.
91. Salmanian M, Ghobari-Bonab B, Alavi SS et al. Exploring the relationship difficulties of Iranian adolescents with conduct disorder: a qualitative content analysis. *Int J Adolesc Med Health* 2016;29:20150092.
92. Swerts C, De Maeyer J, Lombardi M et al. “You shouldn’t look at us strangely”: an exploratory study on personal perspectives on quality of life of adolescents with emotional and behavioral disorders in residential youth care. *Appl Res Qual Life* 2019;14:867–89.
93. Miller M, Redley M, Wilkinson PO. A qualitative study of understanding reasons for self-harm in adolescent girls. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18: 3361.
94. McAndrew S, Warne T. Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. *Int J Ment Health Nurs* 2014;23:570–9.
95. Stjnicke LI. The punished self, the unknown self, and the harmed self-toward a more nuanced understanding of self-harm among adolescent girls. *Front Psychol* 2021;12:543303.
96. Čuš A, Edbrooke-Childs J, Ohmann S et al. “Smartphone apps are cool, but do they help me?”: a qualitative interview study of adolescents’ perspectives on using smartphone interventions to manage non-suicidal self-injury. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:3289.
97. Chandler A. Seeking secrecy: a qualitative study of younger adolescents’ accounts of self-harm. *Young* 2018;26:313–31.
98. Rochat P. Social origins of self-consciousness. Cambridge: Cambridge University, 2009.
99. Zahavi D. Self and other: exploring subjectivity, empathy, and shame. Oxford: Oxford University Press, 2014.
100. Karlsson G, Sjuberg LG. The experiences of guilt and shame: a phenomenological-psychological study. *Human Studies* 2009;32:335–55.
101. Limsuwan N, Lantomrattana A, Prachason T et al. The qualitative study of intentional self-harm in Thailand: focusing on predisposing child-rearing Environments and self-harm cessation. *Front Psychol* 2023;14:957477.
102. Schneidtinger C, Haslinger-Baumann E. The lived experience of adolescent users of mental health services in Vienna, Austria: a qualitative study of personal recovery. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2019;32:112–21.
103. Woodgate RL, Comaskey B, Tennent P et al. The wicked problem of stigma for youth living with anxiety. *Qual Health Res* 2020;30:1491–502.
104. Bratt A, Gralberg IM, Svensson I et al. Gaining the courage to see and accept oneself: group-based compassion-focussed therapy as experienced by adolescent girls. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2020;25:909–21.
105. Armitage S, Parkinson M, Halligan S et al. Mothers’ experiences of having an adolescent child with depression: an interpretative phenomenological analysis. *J Child Fam Stud* 2020;29:1617–29.
106. Abarzua M, Venegas F, Hidalgo X. Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome* 2016;19:189.
107. Brien-Birard M, Des Rivieres-Pigeon C. Coping strategies and the marital relationship among parents raising children with ASD. *J Child Fam Stud* 2023; 32: 908–25.
108. Stapley E, Midgley N, Target M. The experience of being the parent of an adolescent with a diagnosis of depression. *J Child Fam Stud* 2016;25:618–30.
109. O’Connor C, McNicholas F. Lived experiences of diagnostic shifts in child and adolescent mental health contexts: a qualitative interview

- study with young people and parents. *J Abnorm Child Psychol* 2020;48:979–93.
110. Zhang Y, Huang C, Yang M. Family resilience progress from the perspective of parents of adolescents with depression: an interpretative phenomenological analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:2564.
 111. Sporer K. Aggressive children with mental illness: a conceptual model of family-level outcomes. *J Interpers Violence* 2019;34:447–74.
 112. Simonds LM, Pons RA, Stone NJ et al. Adolescents with anxiety and depression: is social recovery relevant? *Clin Psychol Psychother* 2014;21:289–98.
 113. Fraguas D, Dhaz-Caneja CM, Ayora M et al. Assessment of school anti-bullying interventions: a meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Pediatr* 2021;175:44–55.
 114. Roques M, Spiers S, El Hussein M et al. The experience of bullying among adolescents receiving mental health care: an interpretative phenomenological analysis. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2022;16:69.
 115. Maya Beristain C, Wiener J. Finding true friendships: the friendship experiences of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Can J School Psychol* 2020;35:280–98.
 116. Kranke D, Floersch J, Townsend L et al. Stigma experience among adolescents taking psychiatric medication. *Child Youth Serv Rev* 2010;32:496–505.
 117. Brady G. Children and ADHD: seeking control within the constraints of diagnosis. *Child Soc* 2014;28:218–30.
 118. Aisbett DL, Boyd CP, Francis KJ et al. Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural Remote Health* 2007;7:624.
 119. Radovic A, Gmelin T, Stein BD et al. Depressed adolescents' positive and negative use of social media. *J Adolesc* 2017;55:5–15.
 120. Calancie O, Ewing L, Narducci LD. Exploring how social networking sites impact youth with anxiety: a qualitative study of Facebook stressors among adolescents with an anxiety disorder diagnosis. *Cyberpsychology* 2017;11:2.
 121. van Schalkwyk GI, Klingensmith K, McLaughlin P et al. The use of social networking sites by adolescents with psychiatric illnesses: a qualitative study. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol* 2015;3:108–14.
 122. Eaton K, Ohan JL, Stritzke WG et al. Failing to meet the good parent ideal: self-stigma in parents of children with mental health disorders. *J Child Fam Stud* 2016;25:3109–23.
 123. Carpinelli L, Watzlawik M. Anorexia nervosa in adolescence: parental narratives explore causes and responsibilities. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:4075.
 124. Bravender T, Elkus H, Lange H. Inpatient medical stabilization for adolescents with eating disorders: patient and parent perspectives. *Eat Weight Disord* 2017;22:483–9.
 125. Brooks H, Prawira B, Windfuhr K et al. Mental health literacy amongst children with common mental health problems and their parents in Java, Indonesia: a qualitative study. *Glob Ment Health* 2022;9:72–83.
 126. Doig JL, McLennan JD, Urchuk L. 'Jumping through hoops': parents' experiences with seeking respite care for children with special needs. *Child Care Health Dev* 2009;35:234–42.
 127. Arbour S, Chiu M, Paul S et al. Exploring the recovery phenomenon from adolescents' perspective: a qualitative study. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* 2023;10:15–24.
 128. Kranke DA, Floersch J, Kranke BO et al. A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. *Psychiatr Serv* 2011; 62:893–9.
 129. Abbott M, Bernard P, Forge J. Communicating a diagnosis of autism spectrum disorder – a qualitative study of parents' experiences. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2013;18:370–82.
 130. Crouch L, Reardon T, Farrington A et al. "Just keep pushing": parents' experiences of accessing child and adolescent mental health services for child anxiety problems. *Child Care Health Dev* 2019;45:491–9.
 131. Bradby H, Varyani M, Oglethorpe R et. British Asian families and the use of child and adolescent mental health services: a qualitative study of a hard to reach group. *Soc Sci Med* 2007;65:2413–24.
 132. Hlungwani EN, Ntshingila N, Poggenpoel M et al. Experiences of parents with an adolescent abusing substances admitted to a mental health institution in Giyani, South Africa. *Curationis* 2020;43:e1–9.
 133. Chavira DA, Bantados B, Rapp A et al. Parent-reported stigma and child anxiety: a mixed methods research study. *Child Youth Serv Rev* 2017;76:237–42.
 134. Orlowski S, Lawn S, Antezana G. A rural youth consumer perspective of technology to enhance face-to-face mental health services. *J Child Fam Stud* 2016; 25: 3066–75.
 135. Radez J, Reardon T, Creswell C et al. Adolescents' perceived barriers and facilitators to seeking and accessing professional help for anxiety and depressive disorders: a qualitative interview study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022; 31:891–907.
 136. Buston K. Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *J Adolesc* 2002;25:231–42.
 137. Wallström R, Lindgren E, Gabrielsson S. 'Don't abandon me': young people's experiences of child and adolescent psychiatric inpatient care supporting recovery described in blogs. *Int J Ment Health Nurs* 2021;30:117–25.
 138. Cleverley K, Lenters L, McCann E. "Objectively terrifying": a qualitative study of youth's experiences of transitions out of child and adolescent mental health services at age 18. *BMC Psychiatry* 2020;20:147.
 139. Dimitropoulos G, Herschman J, Toulany A et al. A qualitative study on the challenges associated with accepting familial support from the perspective of transition-age youth with eating disorders. *Eat Disord* 2016;24:255–70.
 140. Herbell K, Banks AJ. "Fighting tooth and nail": barriers to accessing adolescent mental health treatment from mothers perspectives. *Adm Policy Ment Health* 2020;47:935–45.
 141. Walter AW, Yuan Y, Moroch C. Facilitators and barriers to family engagement and retention of young children in mental health care: a qualitative study of caregivers' perspectives. *Soc Work Ment Health* 2019;17:173–96.
 142. Floersch J, Townsend L, Longhofer J et al. Adolescent experience of psychotropic treatment. *Transcult Psychiatry* 2009;46:157–79.
 143. Dikec G, Kardelen C, Pilz Gonz6lez L et al. Perceptions and experiences of adolescents with mental disorders and their parents about psychotropic medications in Turkey: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19: 9589.
 144. Kranke D, Jackson SE, Taylor DA et al. 'I'm loving life': adolescents' empowering experiences of living with a mental illness. *Qual Soc Work* 2015;14:102–18.
 145. Murphy AL, Gardner DM, Kisely S et al. A qualitative study of antipsychotic medication experiences of youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;24: 61–9.
 146. Fernández OM, Fernández S, Krause M. Comprensión del cambio psicoterapéutico en adolescentes: voces de pacientes y terapeutas. *CES Psicol* 2020;13:107–23.
 147. Ballard PJ, Daniel SS, Anderson G et al. An exploratory feasibility study of incorporating volunteering into treatment for adolescent depression and anxiety. *Front Psychol* 2022;13:840881.
 148. Gill F, Butler S, Pistrang N. The experience of adolescent inpatient care and the anticipated transition to the community: young people's perspectives. *J Adolesc* 2016;46:57–65.
 149. Kidd IJ, Medina J, Pohlhaus G. *The Routledge handbook of epistemic injustice*. New York: Routledge, 2017.
 150. Catalan A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo Serrano J et al. Annual research review: Prevention of psychosis in adolescents-systematic review and meta-analysis of advances in detection, prognosis and intervention. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62:657–73.
 151. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry* 2021;20:200–21.
 152. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369:1302–13.
 153. Mei C, Fitzsimons J, Allen N et al. Global research priorities for youth mental health. *Early Interv Psychiatry* 2020;14:3–13.
 154. Schultze-Lutter F, Kindler J, Ambarini TK et al. Positive psychotic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychol* 2022;45:101287.
 155. Schimmelmann BG, Walger P, Schultze-Lutter F. The significance of at-risk symptoms for psychosis in children and adolescents. *Can J Psychiatry* 2013; 58:32–40.

156. Kapp SK, Gillespie-Lynch K, Sherman LE et al. Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Dev Psychol* 2013;49:59–71.
157. Chapman R, Carel H. Neurodiversity, epistemic injustice, and the good human life. *J Soc Philos* 2022;53:614–31.
158. Russell G, Wilkinson S. Co-opting the “neuro” in neurodiversity and the complexities of epistemic injustice. *Cortex* 2023;169:1–4.
159. Kobak R, Abbott C, Zisk A. Adapting to the changing needs of adolescents: parenting practices and challenges to sensitive attunement. *Curr Opin Psychol* 2017;15:137–42.
160. Shulman EP, Smith AR, Silva K et al. The dual systems model: review, reappraisal, and reaffirmation. *Dev Cogn Neurosci* 2016;17:103–17.
161. Stracke M, Heinzl M, Müller AD et al. Mental health is a family affair—systematic review and meta-analysis on the associations between mental health problems in parents and children during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:4485.
162. Uher R, Pavlova B, Radua J et al. Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry* 2023;22:433–48.
163. Fung HW, Cong CW, Tan CS et al. Is teacher violence a form of betrayal trauma? Relationship with mental health problems among young adults. *Child Abuse Negl* 2023;145:106436.
164. Thornberg R, Halldin K, Bolmsjö N et al. Victimising of school bullying: a grounded theory. *Res Pap Educ* 2013;28:309–29.
165. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma update: a review of consequences. *Adv Ment Health* 2014;12:202–15.
166. Dragioti E, Radua J, Solmi M et al. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella Systematic review. *Mol Psychiatry* 2022;27:3510–9.
167. Doffer DPA, Dekkers TJ, Hornstra R et al. Sustained improvements by behavioural parent training for children with attention-deficit / hyperactivity disorder: a meta-analytic review of longer-term child and parental outcomes. *JCPP Adv* 2023;3:e12196.
168. Granada-Lypez JM, Ramyn-Arбуñs E, Echóniz-Serrano E et al. Mental health knowledge and classroom experiences of school teachers in Aragon, Spain. *Front Public Health* 2023;11:1171994.
169. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:61–76.
170. Malla A, Boksa P, Joobar R. Meeting the challenges of the new frontier of youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:78–9.
171. Hickie IB. Implementing 21st century “end-to-end” and technology enhanced care for young people. *World Psychiatry* 2022;21:79–80.
172. Killackey E, Hodges C, Browne V et al. A global framework for youth mental health: investing in future mental capital for individuals, communities and economies. Geneva: World Economic Forum, 2020.
173. Gunn J. Foreword. In: Bailey S, Dolan M (eds). *Adolescent forensic psychiatry*. London: Arnold, 2004:xi.
174. Tylee A, Haller DM, Graham T et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007;369:1565–73.
175. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016;387:2423–78.

DOI:10.1002/wps.21189

Что скрывается за термином? Психические расстройства, нарушения психического здоровья и психосоциальная инвалидность.

Reed GM. What's in a name? Mental disorders, mental health conditions and psychosocial disability. *World Psychiatry*. 2024;23(2):209-210. doi:10.1002/wps.21190.

Устав, принятый при основании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 1948 году и ныне являющийся частью ее договора с 194 государствами-членами, определяет здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»¹. Очевидно, что основатели ВОЗ намеревались включить психическое здоровье в понятие здоровья, хотя они и не дали ему точного определения.

ВОЗ представила более широкое определение психического здоровья в Докладе о психическом здоровье в мире в 2022 году: «Состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества»². Это определение подразумевает, что данное понятие не только включает в себя отсутствие психических расстройств, но и частично зависит от наличия возможностей для реализации личного потенциала.

Эти позитивные стороны психического здоровья – как для отдельных людей, так и для населения в целом – рассматриваются как часть миссии ВОЗ, которая основывается на первоначальном определении здоровья, представленном более 75 лет назад. Укрепление здоровья населения, защита уязвимых групп и смягчение социальных и других факторов, приводящих к появлению неравенства в отношении здоровья, являются основополагающими элементами глобального подхода к поддержанию психического здоровья. Однако в Докладе о психическом здоровье в мире признается, что ответственность за некоторые ключевые шаги, имеющие решающее значение для улучшения психического здоровья, лежит за пределами системы здравоохранения.

Согласно уставу ВОЗ, две из двадцати двух основных целей, для реализации которых была создана организация, заключаются в следующем: «Устанавливать и по мере надобности пересматривать международную номенклатуру болезней, причин смерти и практики общественного здравоохранения» и «стандартизировать, где это необходимо, диагностические процедуры»³. Наиболее важным воплощением этих двух уставных функций на протяжении всей истории ВОЗ стала Международная классификация болезней (МКБ). Одиннадцатый пересмотр МКБ (МКБ-11) был одобрен в мае 2019 года на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, в состав которой входили министры здравоохранения всех 194 государств-членов ВОЗ. Одобрение Ассамблеи является необходимым, поскольку МКБ накладывает обязательства на государства – члены ВОЗ. Оно также подчеркивает и усиливает силу и значимость МКБ как важного элемента глобальной политики в области здравоохранения.

МКБ-11 определяет психические расстройства как «синдромы, которые характеризуются клинически значимым расстройством познавательной функции, эмоционального саморегулирования или поведения человека, отражающим дисфункцию в психологических, биологических процессах или процессах развития, лежащих в основе психического и поведенческого функционирования. Эти расстройства или нарушения обычно связаны с дистрессом или ухудшением в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или иной важной области функционирования»³.

Тем не менее за исключением случаев, когда речь идет об эпидемиологических данных, в Докладе о психическом здоровье в мире используется термин «нарушения психического здоровья», описываемый как «собирательное понятие,

охватывающее психические расстройства, различные виды психосоциальной инвалидности и прочие психические патологические состояния, сопряженные со значительным дистрессом, функциональными нарушениями или риском самоповреждения»². Таким образом, нарушения психического здоровья включают симптомы и переживания, связанные с психологическим дистрессом или функциональным нарушением, независимо от того, соответствуют ли они диагностическим требованиям для конкретных психических расстройств. Например, к ним относятся острые стрессовые реакции, личностные трудности, употребление опасных веществ и выгорание. Эти состояния не классифицируются в МКБ-11 как психические расстройства, а рассматриваются как «факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения». В рамках дименсиональной концепции психического здоровья термин «нарушение психического здоровья» охватывает ту часть населения, которая с большей вероятностью извлекает пользу от государственной политики в области здравоохранения и комплексной помощи, включая мероприятия по укреплению здоровья и глобальные профилактические меры, нежели от лечения конкретных психических расстройств.

Для специалистов в области психического здоровья и организаторов здравоохранения понятие «нарушение психического здоровья» может оказаться теоретически и практически более полезным для повышения обращаемости за необходимой помощью, которую до сих пор многие не получают. Было показано, что некоторые субклинические нарушения могут оказывать такое же негативное влияние на функционирование, как и соответствующие клинически выраженные психические расстройства⁴, и что при возникновении стойкого и прогрессирующего расстройства ранняя диагностика может способствовать более эффективному лечению⁵. С другой стороны, имеющиеся данные указывают на то, что вероятность предсказания развития клинически выраженных расстройств при наличии субклинических нарушений в общей популяции довольно низка и существенно варьируется в зависимости от конкретного расстройства⁶. Использование термина «нарушение психического здоровья» также может вызвать вопросы финансовой целесообразности лечения легких и субклинических нарушений, которые более распространены, чем психические расстройства, но неточно и недостаточно полно определены. Это может усложнить обсуждение вопросов страхового покрытия и возмещения расходов, а также привести к возобновлению обсуждения аргументов, которые исторически выдвигались против равного страхового покрытия для психических и соматических заболеваний.

В Докладе о психическом здоровье в мире уточняется, что термин «нарушение психического здоровья» использовался в попытке объединить как можно более широкую группу заинтересованных сторон, некоторые из которых считали термин «психическое расстройство» стигматизирующим. Однако стигма может перемещаться от одного термина к другому почти сразу, как только новый термин становится популярным. Кроме того, учитывая, что эти термины предназначены для применения в глобальном контексте, семантические различия между ними могут не иметь значения в языках, отличных от английского. Перевод может быть одинаковым для обоих терминов, или их коннотации могут различаться в зависимости от языка. Например, слово «*condición*» в испанском языке часто обозначает внутренние и стабильные характеристики, тогда как «*trastorno*» (аналогичный термин для слова «расстрой-

ство») ближе к понятию нарушения или потрясения, которые могут быть временными. Так, в некоторых языках «нарушение психического здоровья» может восприниматься как более стигматизирующее, чем «психическое расстройство».

Второй компонент определения «нарушение психического здоровья» в Докладе о психическом здоровье в мире – это понятие «психосоциальной инвалидности», которая «возникает, когда человек с длительным психическим нарушением сталкивается с различными барьерами, которые могут препятствовать его полноценному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими»². Это определение согласуется с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности здоровья (МКФ) ВОЗ⁷, которая описывает инвалидность как результат взаимодействия людей, имеющих нарушение здоровья, с окружающей средой, на которое влияют характер и тяжесть состояния здоровья, характеристики личности, а также физические и социальные характеристики окружающей среды.

Хотя в Докладе о психическом здоровье в мире используется термин «психосоциальная инвалидность», на самом деле нарушения, ограничения активности и возможностей участия, с которыми сталкиваются люди с психическими расстройствами, не ограничиваются только психосоциальной сферой. В Докладе этот термин связывается с Конвенцией Организации Объединенных Наций о правах инвалидов⁸, которая стала мощным инструментом для ликвидации дискриминационных установок, действий и законов, приводящих к нарушениям прав человека среди людей с психическими расстройствами, а также для устранения физических, поведенческих, коммуникационных, социальных и правовых барьеров, мешающих их полной самореализации и участию в жизни общества. Однако некоторые защитники прав инвалидов идут значительно дальше, утверждая, что понятие «психосоциальной инвалидности» должно заменить трактование психических расстройств как проблем, подлежащих сугубо клинической диагностике и лечению. Эта точка зрения подчеркивает важность принятия и предоставления поддержки и помощи и может даже рассматривать «медицинскую модель» как источник нарушений прав человека⁹. Тем не менее использование этого термина ВОЗ не является одобрением антипсихиатрической позиции.

В контексте обсуждаемой выше терминологии и представленных тенденций психиатры и другие специалисты в области психического здоровья, вероятно, продолжат фокусироваться в первую очередь на выявлении и лечении психических расстройств. Их также будут все чаще призывать к сотрудничеству, обучению и супервизии других спе-

циалистов, участвующих в преодолении негативных последствий нарушений психического здоровья, посредством мер по укреплению здоровья, защите и профилактике на уровне населения, а также посредством делегирования менее интенсивных и менее сложных вмешательств (например, посредством инициатив по «перераспределению задач»).

Мы можем более полно соответствовать глобальному подходу к охране психического здоровья населения, расширяя и углубляя наше внимание к влиянию вмешательств на функциональный статус, особенно в том, что касается самоопределения и социального участия, а также к смягчению социальных детерминант здоровья, чтобы уменьшить неравенство в области здравоохранения в наших сообществах и во всем мире.

Geoffrey M. Reed

Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA.

Автор благодарит К. Revankar за его помощь в подготовке рукописи.

Перевод: Якуба Анастасия Станиславовна, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd>.
2. World Health Organization. World mental health report. Geneva: World Health Organization, 2022.
3. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD 11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization, 2024.
4. Wesselhoeft R, Sørensen MJ, Heiervang ER et al. J Affect Disord 2013;151:722.
5. Skinner A, Occhipinti JA, Song YJC et al. Sci Rep 2023;13:19982.
6. Schreuder MJ, Wigman JTW, Groen RN et al. Sci Rep 2021;11:23306.
7. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2007.
9. United States Mission to the United Nations. Joint explanation of position at the adoption of a GA Resolution; “Mental Health and psychosocial support for sustainable development and peace”. <https://usun.usmission.gov/DOI:10.1002/wps.21190>

DOI: 10.1002/wps.21190

Преимущества и недостатки самоопросников в клинической практике и эпидемиологических исследованиях

Zimmerman M. The value and limitations of self-administered questionnaires in clinical practice and epidemiological studies. *World Psychiatry*. 2024;23(2):210-212. doi:10.1002/wps.21191.

За последние несколько десятилетий появилось множество самоопросников, предназначенных для помощи клиницистам в выявлении различных психических расстройств, а исследователям – в оценке их распространенности в рамках эпидемиологических исследований. Большинство из этих опросников предназначены для оценки конкретного расстройства, например, большого депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства или генерализованного тревожного расстройства. Лишь немногие из них оценивают широкий спектр наиболее распространенных расстройств, встречающихся в амбулаторной психиатрической практике.

Самоопросники не заменяют диагностической оценки, проводимой интервьюером. Самоопросники – это инстру-

менты для скрининга, а их использование представляет собой первый этап развернутого двухэтапного диагностического процесса. Цель скринингового теста – охватить наибольшую аудиторию, чтобы выявить большинство пациентов с определенным расстройством. Таким образом, скрининговый тест направлен на сокращение числа упущенных диагнозов. После проведения скрининга предполагается проведение более тщательной диагностической оценки, которая обычно является более дорогостоящей и/или инвазивной, чем процедура скрининга. В психиатрии скрининговый опросник предполагает последующее диагностическое интервью. В исследованиях, оценивающих эффективность скрининговых опросников, полу-

структурированное интервью обычно считается «золотым стандартом».

Два наиболее часто используемых статистических показателя при описании эффективности скринингового инструмента – это чувствительность и специфичность. Чувствительность показывает, насколько хорошо тест выявляет людей с определенным расстройством, а специфичность – насколько хорошо он исключает людей без этого расстройства. Также важны показатели положительной и отрицательной прогностической ценности. Положительная прогностическая ценность относится к вероятности того, что человек, получивший положительный результат теста, страдает этим расстройством. Отрицательная прогностическая ценность отражает вероятность отсутствия расстройства у человека с отрицательным результатом теста. Однако эти показатели реже используются для оценки скрининговых тестов, так как они зависят от распространенности расстройства в выборке.

С клинической точки зрения важно, чтобы скрининговый инструмент имел высокую чувствительность и соответствующую высокую отрицательную прогностическую ценность. Высокая отрицательная прогностическая ценность позволяет клиницисту быть уверенным в том, что если тест не выявляет расстройства, в дальнейшем его наличие можно не проверять. Ложноположительные результаты (когда тест указывает на расстройство, которого на самом деле нет) менее критичны, так как их стоимость – это лишь время, которое клиницист тратит на подтверждение отсутствия расстройства. Это время все равно было бы потрачено в рамках полного диагностического интервью.

С эпидемиологической точки зрения важно, чтобы самоопросник точно оценивал распространенность определенного состояния. Однако при использовании таких опросников следует говорить о распространенности симптомов, а не самого расстройства (например, «распространенность симптомов депрессии», а не «распространенность депрессии»). Диагноз расстройства должен устанавливаться на основании последующего диагностического интервью.

Самоопросники для выявления психических расстройств дают непрерывное распределение баллов, и разработчики таких инструментов обычно рекомендуют пороговые значения для выявления положительных случаев. Основной проблемой исследований, использующих самоопросники, является то, что многие разработчики шкал выбирают подход «поиска случаев», а не скрининговый подход при определении порогового значения, указывающего на положительный результат. То есть исследователи выбирают пороговое значение, которое максимально согласуется с диагностическим стандартом (например, полуструктурированным интервью). С точки зрения скрининга более подходящим является выбор порогового значения, который отдает приоритет чувствительности шкалы, чтобы минимизировать пропущенные диагнозы. Например, обзор 68 исследований, посвященных скрининговым шкалам для биполярного аффективного расстройства, показал, что только 11 исследований (16,2%) рекомендовали пороговое значение, отдающее приоритет чувствительности¹.

Неспособность различать подходы «поиска случаев» и «скрининга» привела к неверным выводам в исследованиях, где скрининговые инструменты использовались в качестве диагностических. Например, в исследовании о влиянии пограничного расстройства личности (ПРЛ) на эффективность электросудорожной терапии (ЭСТ)² у пациентов с депрессией использовалась шкала для «диагностики» расстройства личности McLean Screening Inventory for BPD (MSI-BPD). Обзор эффективности MSI-BPD показал, что в различных исследованиях чувствительность шкалы составляла 80%, а специфичность – 66% при пороговом значении, рекомендованном разработчиками шкалы³. С учетом этого и распространенности ПРЛ в выборке, анализ исследования продемонстрировал, что большинство пациентов, которых авторы отнесли к группе с ПРЛ, не получили бы этот диагноз при проведении диагностического интервью. Иными словами, положительная прогностическая ценность шкалы оказалась значительно ниже 50%. Поэтому нельзя сделать обоснованные выводы об эффективности ЭСТ у пациентов

с депрессией и сопутствующим ПРЛ, если для «диагностики» использовался только скрининговый инструмент.

Некоторые исследования, основанные на выборках из общей популяции, использовали скрининговые опросники для оценки распространенности биполярного аффективного расстройства, связанной с ним психосоциальной отягощенности, частоты гиподиагностики, а также недостаточного лечения нормотимиками и чрезмерного лечения антидепрессантами^{4,5}. Однако ни одно из этих исследований не обсуждает ограниченную положительную прогностическую ценность скрининговых шкал для биполярного аффективного расстройства в общей популяции⁶. В них также не отмечается, что большинство людей, которые получили положительный результат скринингового теста на биполярное аффективное расстройство, не получили бы этот диагноз при проведении диагностического интервью (поскольку положительная прогностическая ценность составляет менее 50%). Таким образом, поднимаемые в обсуждениях этих исследований проблемы общественного здравоохранения основываются на неправильном понимании скрининговых инструментов как диагностических средств.

В последнее время онлайн-опросы, основанные на самоопросниках, начали использоваться для оценки психологического влияния пандемии COVID-19 и связанных с ней ограничений, введенных для сдерживания распространения инфекции. Поиск в PubMed по запросу «COVID-19» и «депрессия» 24 ноября 2023 года выдал 16 026 публикаций. Почти во всех этих исследованиях депрессия оценивалась с помощью самоопросников. Объем литературы по этой теме оказался достаточным для проведения метаанализов распространенности депрессии во время пандемии в определенных группах, таких как медицинские работники, беременные женщины и студенты. Аналогичным образом были проведены метаанализы распространенности депрессии в различных регионах мира с изучением влияющих факторов. Результаты этих исследований использовались для обсуждения вопросов финансирования психиатрической помощи. Однако скрининговые опросники для депрессии, такие как Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), наиболее часто используемый самоопросник в таких исследованиях, значительно завышают данные о распространенности депрессии по сравнению с диагностическим интервью⁷. При этом проблема заключается не в самих опросниках, предназначенных для выявления людей с возможным расстройством, так как их использование предполагает последующее диагностическое интервью с целью отличия истинных случаев от ложноположительных. Проблема кроется в интерпретации результатов, основанных на скрининговых инструментах.

Когда наша клиническая исследовательская группа разрабатывала Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ), мы задумывали его как диагностический инструмент, предназначенный для использования в клинической практике с целью уменьшения гиподиагностики расстройств, коморбидных основному заболеванию, а также для повышения эффективности работы врачей при проведении начальной диагностической оценки⁸. В связи с этим мы рекомендовали использовать пороговое значение, обеспечивающее чувствительность в 90% случаев, вместо порогового значения, которое оптимизирует соответствие диагностическому стандарту.

В конечном итоге самоопросники с высокой чувствительностью и высокой отрицательной прогностической ценностью могут стать ценным инструментом в клинической практике, направляя врача к более глубокому изучению расстройств, в отношении которых пациент получил положительный результат (снижая вероятность гиподиагностики), и позволяя определить маловероятные расстройства, таким образом минимизируя необходимость их дополнительного изучения (экономию время врача). Если пороговое значение выбрано верно, скрининговые инструменты могут предоставить точную оценку распространенности в эпидемиологических исследованиях, однако результаты следует рассматривать как оценку распространенности симптомов расстройства, а не самого расстройства. Использование таких выражений, как «распространенность депрессии» или «распро-

странность тревоги» (вместо «распространенность депрессивных симптомов» или «распространенность симптомов тревоги»), может привести к заблуждению, в частности, к переоценке клинических и общественно значимых последствий полученных результатов.

Mark Zimmerman

Department of Psychiatry and Human Behavior, Brown University School of Medicine, South County Psychiatry, Cranston, RI, USA

Перевод: Барканова Валерия, г. Москва

Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Zimmerman M, Guzman Holst C. *Psychiatry Res* 2018;270:1068-73.
2. Yip AG, Ressler KJ, Rodriguez-Villa F et al. *J Clin Psychiatry* 2021;82:19m13202.
3. Zimmerman M, Balling C. *J Pers Disord* 2019;33:451-62.
4. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M. *J Clin Psychiatry* 2003;64:425-32.
5. Humpston CS, Bebbington P, Marwaha S. *J Affect Disord* 2021;282:426-33.
6. Zimmerman M. *Bipolar Disord* 2012;14:127-34.
7. Levis B, Benedetti A, Ioannidis JPA et al. *J Clin Epidemiol* 2020;122:115-28.
8. Zimmerman M, Mattia JJ. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:787-94.

DOI:10.1002/wps.21191

Нарушения речи при шизофрении: траектория математических и вычислительных анализов

Corcoran CM, Cecchi GA. *Anomalies of language in schizophrenia: a trajectory of mathematical and computational analyses. World Psychiatry. 2024;23(2):212-213. doi:10.1002/wps.21192.*

Нарушения речи являются ключевой особенностью шизофрении, признанной уже более века, начиная с описаний Крепелина и Блейлера, которые отмечали нарушение связности речи, характеризующееся аморфностью и ослаблением ассоциаций и относительной бедностью речи. На протяжении многих десятилетий изучение речи при шизофрении оставалось преимущественно описательным, достигнув кульминации в работах Andreasen, который в 1970-х годах выделил позитивные (нарушения связности) и негативные (нарушения сложности) расстройства мышления.

В 1980-х годах Hoffman применил математический подход для описания неправильного использования правил при построении предложений и формирования рассуждений, наблюдаемого у людей с шизофренией, делая акцент на семантических связях как между смежными, так и несмежными предложениями. Он разработал формальные критерии «жесткой иерархии» предложений, нарушения которых указывали бы на снижение связности речи, весьма распространенные у пациентов с шизофренией¹. Позже он подтвердил эти результаты, показав, что при шизофрении используются ограниченные или дефицитарные иерархические структуры, тогда как при мании, наоборот, наблюдаются частые переходы между более сложными и сохраняемыми иерархическими структурами.

Искусственный интеллект был впервые использован для моделирования нарушений связности речи в 1990-х годах. Garfield и Rapp² показали, что нарушения определенных правил в искусственных семантических сетях могут воспроизводить нарушения устной речи, характерные для шизофрении. Hoffman моделировал симптомы шизофрении, уменьшив связь в искусственных нейронных сетях, симулирующих параллельные и распределенные системы обработки данных. Обнаружив, что дефицит оповещения об ошибке прогнозирования лучше всего соответствует характеру нарушений, обнаруженных в связности повествования, он создал вычислительную модель расстройства³.

В XXI веке растет использование больших языковых моделей для количественной оценки связности речи при шизофрении. Mota et al.⁴ проявили творческий подход к применению речевых графов в расшифровке устной речи, подтвердив выводы Hoffman о дефиците, характерном для шизофрении, и отличающемся от нарушения речи при мании⁴.

За последнее десятилетие использование автоматизированной обработки естественного языка (natural language processing, NLP) для анализа нарушений устной речи при шизофрении значительно возросло, особенно в целях прогнозирования развития психоза. Анализ речи с использованием автоматизированной обработки естественного языка был включен в программу «Развитие партнерства в области лечения

шизофрении» (Accelerating Medicines Partnership in Schizophrenia, AMP SCZ) – крупный международный коллаборативный проект, направленный на разработку мультимодальных методов прогнозирования развития психоза у лиц с высоким риском, говорящих на разных языках⁵.

Инициатива «Речевая коммуникация при психозах» (DISCOURSE in Psychosis) – еще один международный проект, запущенный в 2020 году. Его цель – содействие международному сотрудничеству в изучении речевых нарушений при психозах у пациентов разной культурной и языковой принадлежности. Проект предусматривает унификацию методов сбора устной речи с целью создания больших многоязыковых наборов данных для анализа (<https://discourseinpsychosis.org>).

Данные, собранные этими консорциумами, могут быть использованы для решения ключевых вопросов, связанных с применением NLP для изучения языковых нарушений при шизофрении и состояниях высокого риска в разных языках и культурах.

Первый вопрос является методологическим, то есть: «Каков оптимальный способ сбора речи?» Мы используем интервью с открытыми вопросами, чтобы обеспечить достаточный поток речи для наблюдения снижения связности и создания экологически валидного контекста диадического социального взаимодействия. Такой подход также позволяет изучать другие коммуникативные модальности, включая акустические особенности, паузы, мимику и жесты, причем данные от обоих участников диады являются информативными.

Еще один ключевой вопрос касается обобщаемости результатов, полученных на разных языках и в разных культурах, а также того, насколько особенности конкретного языка могут быть информативными. Например, в крупном мультилингвальном исследовании пациентов с шизофренией (и контрольной группы), говорящих на датском, немецком и китайском языках, только нарушения связности второго порядка (то есть сходство между фразами, разделенными другой промежуточной фразой) были ассоциированы с шизофренией во всех этих языках. Другие показатели связности такого эффекта не показали, по причинам, которые требуют дальнейшего изучения⁶. В другом исследовании пациентов из группы риска в Шанхае методы NLP как на китайском (мандаринский диалект), так и на английском языке выявили коррелирующее снижение языковой связности (и использования прилагательных), но только NLP на основе китайского языка зафиксировала повышенное использование «локализаторов» (например, *gongzuo-shang*, «во время работы»; или *liangge-ren-zhijian*, «между двумя людьми») у пациентов в группе высокого риска⁷. Кроме того, несмотря

на то, что неверное использование фраз с референтными существительными характерно при шизофрении в разных языках, это удалось задокументировать только в исследовании, проведенном среди турецкоязычных пациентов⁸. И *AMP SCZ*, и *DISCOURSE in Psychosis* предоставляют возможность для дальнейших межъязыковых исследований, включающих другие европейские и азиатские языки.

Эти и другие наборы данных также позволяют исследовать феноменологию нарушений речи при шизофрении и при ее высоком риске за пределами понятий связности и сложности. Например, анализ тональности может быть использован для оценки потенциальной сочетаемости языковых элементов и эмоциональной окраски текста. Используя задание на описание изображения (положительного, отрицательного, нейтрального) для последующего повествовательного и речевого анализа графов, было обнаружено, что связанность речи среди лиц с первым психотическим эпизодом напрямую коррелирует с использованием положительных эмоциональных слов. В другом исследовании анализ тональности позволил определить эмоциональный тон устной речи в интервью с открытыми вопросами у лиц из группы риска, показав большую семантическую близость к «гневу» у пациентов с суицидальными мыслями⁶.

Помимо структуры языка у пациентов с шизофренией можно оценивать акустические характеристики устной речи, включая нарушения потока речи, тембр/качество, энергичность/громкость и паузы, а также мимику и жесты в процессе интервью⁶. Это позволяет получить богатые мультимодальные временные ряды данных, которые можно использовать для оценки несоответствия между различными модальностями (неуместный аффект) и согласованности между собеседниками в языке и выражении лица, что свидетельствует не только о психическом расстройстве, но и о качестве терапевтического альянса.

Мы находимся в новой эре генеративных больших языковых моделей (generative large language models, GLM), которые имеют важное значение в изучении языка (и поведенческой коммуникации) при шизофрении. Мы использовали большие языковые модели для анализа NLP на протяжении пятнадцати лет, и они были «молчаливы», но теперь они могут «говорить». Развитие генеративного искусственного интеллекта, особенно чат-ботов, поднимает вопрос о языке как фундаментально интерактивном, межсубъектном и культурном явлении. Можно ли использовать GLM не только для измерения или количественной оценки характеристик языка, но и для моделирования нарушений, а затем для вмешательства и их коррекции? В обновленной версии вычислительного подхода Hoffman GLM использовались для моделирования языковых нарушений при шизофрении. В недавнем⁸ исследовании было смоделировано нарушение мышления в повествованиях с помощью GLM за счет увеличения стохастичности выбора слов и ограничения объема памяти модели, при этом оба нарушения снижали связность предложений.

Наконец, поскольку самовосприятие и поведение формируются через язык, языковые нарушения могут представлять собой основополагающий аспект шизофрении, а их коррекция может использоваться для более всестороннего лечения этого расстройства. В 1993 году Hoffman выдвинул гипотезу о том, что нарушение планирования речевой деятельности при шизофрении приводит как к снижению связности речи, так и к увеличению частоты произвольной внутренней речи. При этом он также отметил, что у некоторых людей, слышавших голоса, отмечалась связная речь, хотя и относительно простая, и заученная. Он предположил, что такие люди могут компенсировать нарушение планирования речи, сокращая объем и сложность своей речевой продукции. Он разработал «языковую терапию» для таких «контрпримеров», которая оказалась успешной как в улучшении планирования языковой деятельности, так и в снижении галлюцинаций⁹. Это интересное, но небольшое исследование, попытки воспроизвести которое пока не предпринимались.

Мы считаем, что использование GLM может открыть новые пути для изучения природы речевых нарушений при шизофрении, их значения как основополагающего аспекта расстройства, а также для разработки возможных вмешательств, направленных на коррекцию этих нарушений, что, в свою очередь, может повлиять на более всестороннее лечение шизофрении.

Cheryl M. Corcoran¹, Guillermo A. Cecchi²

¹Icahn School of Medicine in Mount Sinai, New York, NY, USA;

²IBM Watson Research Center, Yorktown Heights, NY, USA

Перевод: Барканова Валерия, г. Москва

Редактура: Леонова Алёна Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. Hoffman RE, KIRSTEIN L, STOPEK S et al. *Brain Lang* 1982;15:207-33.
2. Garfield DA, RAPP C. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:205-11.
3. Hoffman RE, GRASEMANN U, GUEORGUEVA R et al. *Biol Psychiatry* 2011;69:997-1005.
4. Mota NB, Vasconcelos NA, Lemos N et al. *PLoS One* 2012;7:e34928.
5. Brady LS, Larrauri CA, AMP SCZ Steering Committee. *World Psychiatry* 2023; 22:42-3.
6. Cecchi GA, Corcoran CM. *Schizophr Res* 2023; doi: 10.1016/j.schres.2023.07.030.
7. Agurto C, Norel R, Wen B et al. *World Psychiatry* 2023;22:157-8.
8. Çokal D, Palominos-Flores C, Yalınçetin B et al. *Schizophr Res* 2023;259:104-10.
9. Hoffman RE, Satel SL. *Br J Psychiatry* 1993;162:755-8.

DOI:10.1002/wps.21192

Изменение подхода к оказанию психиатрической помощи лесбиянкам, геем, бисексуалам, транссексуалам и квир-людям в психиатрических учреждениях: взгляд клинициста

Drescher J. Improving the approach to LGBTQ persons in mental health care settings: a clinician's perspective. *World Psychiatry*. 2024;23(2):213-214. doi:10.1002/wps.21193.

В 1974 году Американская психиатрическая ассоциация (АПА) исключила диагноз гомосексуальности из DSM-II (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам). За ней последовала Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), убрав диагноз «гомосексуализм» из МКБ-10 (Международная классификация бо-

лезней) в 1990 году. В 2019 году следующим шагом ВОЗ стало перемещение диагноза «транссексуализм» из главы по психическим расстройствам в МКБ-11 и замена его на «гендерное несоответствие». Перенос диагноза «гендерное несоответствие» в самостоятельную главу «Нарушения, связанные с сексуальным здоровьем» был направлен на де-

стигматизацию трансгендерных лиц в XXI веке, как в свое время сделала АПА по отношению к гомосексуальным людям в XX веке.

Такая депатологизация, отражающая изменение культурных убеждений и ценностей в сфере сексуальной ориентации и гендерной идентичности, позволила изменить клинический подход в работе с гомосексуальными, бисексуальными, трансгендерными и квир-людьми. До вступления изменений в силу во время сеансов терапии психиатры и другие специалисты психического здоровья пытались выяснить причину гомосексуальности или гендерного несоответствия для «излечения» своих пациентов. Однако два собеседника, находясь в кабинете, никогда не смогут узнать «причину» чьей-либо сексуальной ориентации или гендерной идентичности. На сегодняшний день специалисты признают, что определяющие факторы любой сексуальной ориентации (гомо-, би- или гетеро-) или гендерной идентичности (транс- или цисгендерности) остаются неизвестными.

Впоследствии практикующие специалисты вместо того, чтобы искать ответ на вопрос, «почему» лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы и квир-люди стали таковыми в попытках их изменить, сосредоточились на том, «как» помочь этим людям и сделать их жизнь более открытой и адаптированной.

Такие изменения клинического подхода были упомянуты в отчете «Здоровье лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендерных лиц» (The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People), проведенном Институтом медицины США (US Institute of Medicine). Отчет показал необходимость провести большее количество исследований, в том числе влияния, оказываемого социальной средой на лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и квир-людей, и неравенства в предоставлении медицинской помощи. Несмотря на уже имеющиеся данные исследований, проведенных в прошлом веке, их все еще недостаточно для дальнейшего изучения вопроса. В ожидании новых результатов исследований, практикующие специалисты могут использовать некоторые рекомендации по улучшению оказания психиатрической помощи лесбиянкам, геям, бисексуалам, транссексуалам и квир-людям в свою практику.

Прежде всего многие представители сексуальных меньшинств рассказывают об осуждении, дискриминации и жестоком обращении со стороны медицинского персонала, в связи с чем могут отказываться от необходимой помощи, если имеют такую возможность. Если отказ от нее невозможен, такие лица могут скрывать от лечащего врача свою ориентацию или гендерную идентичность из-за сомнений в отсутствии осуждения со стороны специалиста.

Во время клинической оценки специалист должен избегать непроизвольного предположения о гетеросексуальности или цисгендерности отдельного человека, пары или членов семьи. При опросе пациента о его личных отношениях предпочтительнее задавать открытые вопросы без предположений о гендере партнера пациента, поскольку во многих западных странах и других частях мира не все браки являются гетеросексуальными. Анкеты для пациентов должны включать варианты ответов, учитывающие различные сексуальные ориентации, гендерные идентичности и составы семей.

Признание существования иных видов отношений и составов семей особенно важно при психиатрической оценке лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и квир-людей в отделениях неотложной помощи и стационарных учреждениях, занимающихся лечением острых заболеваний. Для пациентов из обществ и культур, принимающих их идентичность, связаться с системой социальной поддержки лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и квир-людей не является затруднительным. Однако в странах и культурах, где гомосексуальные и трансгендерные люди представлены в значительно меньшей степени, признание со стороны лечащего врача может оказаться проблематичным.

Наиболее информированный о психическом состоянии пациента близкий человек или люди могут находиться в отношениях, которые с точки зрения государства считаются нелегальными. Этот фактор должен учитываться лечащим врачом для получения необходимой информации о потен-

циальных источниках проблем пациента. В работе с лесбиянками, геями, бисексуалами, транссексуалами и квир-людьми при выборе контактного лица предпочтительно отдавать приоритет благополучию пациента.

В некоторых странах и обществах лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы и квир-люди нередко обращаются к медицинским специалистам, открыто заявляющим о своей принадлежности к сексуальным меньшинствам. Со времен Фрейда психиатров предостерегали от разглашения личной информации в разговоре с пациентами, однако количество открытых лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и квир-людей среди специалистов значительно возросло во многих странах. На сегодняшний день психиатры, принадлежащие к сексуальным меньшинствам, имеют возможность бороться за улучшение медицинской помощи для своих пациентов.

Насилие по отношению к лесбиянкам, геям, бисексуалам, транссексуалам и квир-людям является частым явлением в некоторых культурах и повышает риск развития посттравматического стрессового расстройства, депрессии и других психических заболеваний. Насилие по отношению к сексуальным меньшинствам может осуществляться со стороны окружающих, членов семьи, коллег и представителей органов власти.

Пострадавшие от сексуального, бытового или другого вида насилия лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы и квир-люди могут не сообщать о произошедшем и не обращаться за помощью из-за страха осуждения и оскорбления со стороны полиции или социальных работников, что усугубляет проблему. Они также сталкиваются с большим количеством бюрократических процедур. Специалисты, желающие помочь, могут открыто выступать за справедливое отношение к пациентам, являющимся представителями сексуальных меньшинств.

Даже при отсутствии фактора насилия лечащему психиатру стоит помнить о переживаниях пациента, связанных со стигматизацией лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и квир-людей. Такие переживания также называют «стрессом меньшинств», и минимизация или отрицание влияния данного аспекта на жизнь со стороны лечащего специалиста может заставить пациента чувствовать себя непонятым.

Явные проявления настроений, направленных против лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и квир-людей, могут привести к повышению суицидального риска среди населения, принадлежащего к сексуальным меньшинствам. К группе наиболее высокого риска относятся люди молодого возраста, еще не определившиеся со своей сексуальной или гендерной идентичностью. Такие лица часто скрывают свои переживания от родителей и не готовы обращаться к ним за поддержкой в вопросах сексуальной или гендерной идентичности. Проблема еще более усугублена в некоторых консервативно настроенных штатах Америки, где попытки выявить психологические запросы лесбиянок, геев, бисексуалов, транссексуалов и квир-людей подросткового возраста трактуются как «заманивание» или «груминг». При лечении таких лиц специалисты должны учитывать социокультурные условия, усугубляющие психологический дистресс их пациентов.

Лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы и квир-люди нередко сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией в своих семьях, обществе и в мире, что приводит к серьезным психическим последствиям. Психиатр, доказывая словами и действиями отсутствие осуждения и дискриминации в клинических условиях, может тем самым снизить уровень стресса своего пациента. Эта задача может и должна выполняться любым психиатром, следующим принципам этики.

Jack Drescher

Columbia University, New York, NY, USA

Перевод: Бурлакова Ольга Алексеевна, г. Лион (Франция)

Редактура: Радионов Дмитрий Сергеевич, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. New York: Basic Books, 1981.
2. Wakefield JC. World Psychiatry 2024;23:285-6.
3. Drescher J. Arch Sex Behav 2010;39:427-60.
4. Drescher J. Int Rev Psychiatry 2015;27:386-95.
5. Reed GM, Drescher J, Krueger RB et al. World Psychiatry 2016;15:205-21.
6. Drescher J. Annu Psychoanal 2002;30:57-68.
7. US Institute of Medicine Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people: building a foundation for better understanding. Washington: National Academies Press, 2011.
8. Levounis P, Drescher J, Barber ME (eds). The LGBT casebook. Washington: National Academies Press, 2012.
9. Meyer IH. J Health Soc Behav 1995;36:38-56.

DOI:10.1002/wps.21193

Философия психиатрии: теоретические достижения и клиническое применение

Dan J. Stein¹, Kris Nielsen², Anna Hartford¹, Anne-Marie Gagné-Julien³, Shane Glackin⁴, Karl Friston⁵, Mario Maj⁶, Peter Zachar⁷, Awais Aftab⁸

¹South African Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, Department of Psychiatry and Neuroscience Institute, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ²School of Psychology, Te Herenga Waka-Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand; ³Centre for Research in Ethics, Canada Research Chair in Epistemic Injustice and Agency, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada; ⁴Department of Sociology, Philosophy and Anthropology, University of Exeter, Exeter, UK; ⁵Wellcome Trust Centre for Neuroimaging, Institute of Neurology, University College London, London, UK; ⁶Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples, Italy; ⁷Department of Psychology, Auburn University Montgomery, Montgomery, AL, USA; ⁸Department of Psychiatry, School of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA

Работа на пересечении психиатрии и философии имеет обширную и влиятельную историю, а в последнее время привлекает все большее внимание. Эта работа привела к появлению соответствующих профессиональных ассоциаций и специальной литературы. В этой статье мы провели обзор ключевых достижений в области философии психиатрии, а также осветили их клиническую значимость. Во-первых, в понимании и категоризации психического расстройства теперь учитываются и натуралистский, и нормативистский взгляды, в результате чего формулирование психиатрических конструктов требует рассмотрения как фактов, так и ценностей. На концептуальном уровне этот интегративный подход подталкивает к уходу от строгого сциентизма в сторону мягкого натурализма, а для клинической практики он способствует сочетанию научно обоснованной и ценностно ориентированной психиатрической помощи. Во-вторых, при изучении природы психиатрической науки все больший акцент направлен на плюралистский подход, включающий онтологический, плюрализм объяснений и ценностей. Концептуально плюралистский подход учитывает многоуровневые причинно-следственные связи, что углубляет понимание психопатологии, а клинически он подчеркивает важность широкого спектра вносящих изменения факторов, а также важность «пережитого опыта» и в науке, и в практике. В-третьих, при обсуждении вопросов о мозге и разуме, о взаимодействии соматических факторов в развитии и поддержании психических расстройств, подход воплощенного познания становится все более значим и в концептуальных, и в практических разработках. Рассмотрение мозга и разума как воплощенных, встроенных и энактивных предлагает концептуальный подход к психофизиологической проблеме, способствующий интеграции в клиническую практику достижений как когнитивно-аффективной нейронауки, так и феноменологической психопатологии.

Ключевые слова: Философия психиатрии, натурализм, нормативизм, сциентизм, редукционизм, основанная на ценностях помощь, плюрализм, психофизиологическая проблема, воплощенное познание, энактивизм.

Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications. *World Psychiatry*. 2024;23:215–232. doi:10.1002/wps.21194.

Работа на пересечении философии и медицины вносит важный вклад, вынося на обсуждение ключевые метафизические проблемы (например, «Какова природа болезни?»), эпистемологические вопросы (например, «Как определить валидность диагностических концепций?») и этические темы (например, «Как болезнь влияет на индивидуальность?»). Аналогичные вопросы возникают и при пересечении философии и психиатрии. С древних времен имплицитные и эксплицитные ответы на эти вопросы приводили к глубоким переменам в клинической практике. Например, западная философия в лице Аристотеля отвечала на них через призму «золотой середины», в то время как в восточной был разработан подход, подчеркивающий сосуществование концептов *Инь* и *Янь*. Эти же парадигмы использовались для понимания болезни и отклонений в поведении, что оказывало влияние и на клиницистов^{1,2}.

Развитие науки времен Просвещения привело к появлению новых концептуальных вопросов о медицине и психиатрии. К. Ясперс, по сути, является основоположником философии психиатрии, ведь он не только стал автором ключевого учебника по клинической психиатрии («Общая психопатология»), но и внедрил передовые идеи для улучшения концептуализации и повышения качества изучения психических расстройств³. Его подход имел принципиальное влияние на клинические представления и практику в течение многих последующих лет³. Рост внимания к таким вопросам в последние десятилетия привел к зарождению профессиональных сообществ и конференций, а также журналов, учебников и книжных серий, посвященных философии психиатрии⁵⁻⁹.

Во влиятельной литературе подчеркивается, что медицинский специалист должен обладать целым рядом компетенций¹⁰. В более новых источниках в них также включается «концептуальная компетентность». В медицине концептуальная компетентность подразумевает «гибкое внимание к тому, какими путями фоновые концептуальные предположения клинициста, пациента и общества влияют и преобразуют различные аспекты медицинской помощи»⁷. Эти допущения могут относиться к широкому кругу проблем,

включающих концепцию болезни, профессиональные ценности, представления о причинности и психофизиологическую проблему. В данной статье нашей целью было обратить внимание и подчеркнуть важность концептуальной компетентности в психиатрии.

В науках о здоровье востребован доказательный подход, и от обзоров высочайшего качества ожидается строгий подход к синтезу данных литературы¹¹. В философии же продолжают споры не только о признаках «хорошей» философии, но также о том, развивается ли она вообще с течением времени^{12,13}. В нашей работе мы сконцентрировались на трех областях, где философия пересекается с психиатрией, иллюстрируя эти области широким спектром концептуальных рассуждений, напрямую относящихся к клиницистам, которые подтверждают, что прогресс действительно присутствует и концептуальные проблемы, если и не решены, то как минимум ясно обозначены.

Начнем мы с поиска ответов на ключевой вопрос о природе и границах психопатологии, ведь это проблема, представляющая собой ядро философии психиатрии. Далее мы перейдем к прояснению вопросов о природе психиатрических конструктов и их объяснений в целом, а также о том, каким именно образом лучше рассуждать непосредственно о взаимоотношениях тела и разума. Описывая существующие достижения и их прикладную значимость, мы утверждаем, что в данном направлении акцент сместился в сторону концепций мягкого натурализма, плюрализма объяснений и воплощенного познания, которые мы и осветим более детально.

ПРИРОДА «РАССТРОЙСТВА» И ПЕРЕПЛЕТЕНИЕ ФАКТОВ И ЦЕНОСТЕЙ

В конце XX века группа мыслителей, которых зачастую называют неокрепелинистами, считали своими целями покончить с доминированием психоанализа, противодействовать антипсихиатрической критике и встроить психиатрию в общую медицинскую традицию¹⁴. Для достижения этих целей они обращались к европейской психиатрии конца XIX

века, которая находилась в согласии с остальной медициной, после того как Э. Крепелин предложил свою классификацию психических расстройств, реализованную в традиции естественной науки и основанную на строгом подходе к описанию клиники. Схожим образом неокрепелинисты утверждали, что точное определение диагностических критериев может помочь в поиске конкретных биологических причин психиатрических синдромов и в утверждении психиатрии в качестве полноценной ветви медицины^{15,16}.

Хотя отдельные идеи R. Spitzer, проектировавшего DSM-III, отличались от взглядов неокрепелинистов, этот подход повлиял на принципы разработки диагностического руководства^{17,18}. Более того, достижения психофармакологии 1960-х годов послужили в качестве аргумента в пользу того, что психиатрические расстройства существенно различаются друг от друга, имеют собственные специфические патофизиологические механизмы и поэтому по-разному поддаются терапии. В частности, D. Klein, психофармаколог, чья работа повлияла на разработку DSM-III, выдвинул понятие «фармакологической диссекции». Он утверждал, что ответ на конкретный препарат зависит не только от психического расстройства, но и от отдельного его подтипа. Например, атипичная депрессия лучше поддается лечению ингибиторами моноаминоксидазы^{19,20}.

Однако в XXI веке взаимоотношения биологической психиатрии и DSM изменились, а биологически ориентированные психиатры стали заметными критиками руководства. T. Insel, будучи директором US National Institute of Mental Health (NIMH, Национальный институт психического здоровья США), являлся олицетворением этих изменений. Он настаивал, что психиатрические расстройства – это расстройства нейронных сетей мозга, а описательная диагностика на основании симптомов, а не лабораторных анализов не соотносится с принципами других областей медицины²¹. Кроме того, он утверждал, что из-за небиологического подхода к категоризации в DSM, использование этих категорий в исследованиях скорее препятствует, чем способствует выявлению причинных механизмов психопатологии. В связи с этим Insel поддержал разработку NIMH критериев Research Domain Criteria (RDoC), которые должны были заменить критерии Research Diagnostic Criteria (RDC), служивших основой для разработки DSM²², тем самым утвердив трансляционные нейронауки в качестве фундамента для психиатрии²¹.

В самом деле, может показаться, что на протяжении всей истории психиатрия металась от модели к модели, в рамках которых концепции психических расстройств различались коренным образом. Примечательно, что в США, прежде чем нейробиологическая перспектива вышла на первый план, многие десятилетия заметно преобладал психоаналитический подход²⁴. Не умолкали и тяжелые споры о природе и классификации психических расстройств, что, вероятно, нашло свое яркое отражение в решении исключить гомосексуальность из списка расстройств в DSM^{25,26}. Представление о научных парадигмах Т.С. Куна имело колоссальное влияние на философию науки, так что и в психиатрии многие предлагали различные смены парадигм²⁸.

Конфликт различных психиатрических моделей вывел на первый план концептуальные дилеммы. Например, понятие о психических расстройствах как о расстройствах мозга, поддерживаемое как неокрепелинистами, так и приверженцами трансляционной нейронауки, поднимает ряд взаимосвязанных вековых философских проблем, включающих валидность диагностических концепций, взаимосвязь между различными трактовками причин развития психических болезней, а также психофизиологическую проблему^{29,30}. Каждая из этих концептуальных проблем имеет важное значение как для клиники, так и для науки, что выражалось в громогласных спорах и между приверженцами психоаналитического и биологического подходов в психиатрии, и между сторонниками внутренней и социальной обусловленности психических болезней, и между теми, кто поддерживает RDoC, и ее критиками. Необходимость решения этих проблем постоянно усиливается с учетом все большей осведомленности о бремени психических расстройств, а также потребности в лучших лечебных вмешательствах.

В данном разделе мы обсуждаем природу психических расстройств, создавая основу, опираясь на которую, мы сможем перейти к остальным ключевым концептуальным рассуждениям далее в статье. Разговор о природе психических расстройств, в свою очередь, поднимает ряд вопросов, каждого из которых мы коснемся. Что является обоснованием того, что конкретный биологический или поведенческий феномен является расстройством? Отражают ли психиатрические классификации природу психопатологии или они отражают наши клинические и общественные интересы? Универсальны ли психические расстройства в своих проявлениях для всех людей или состояние каждого из людей уникально? Каким образом психиатрический диагноз влияет на субъектность человека?

Статус расстройства: натурализм и нормативизм

Если рассматривать этот спор как прямолинейное столкновение двух концепций, натурализм и нормативизм прямо противопоставлены друг другу и отражают диаметрально противоположные взгляды (табл. 1). При изучении аргументов сторон в голову приходит фраза «войны расстройств»³¹.

На одной чаше весов находится *строгий натурализм*: концепция, отражающая взгляд, что «расстройство» может быть описано сугубо языком фактов без привязки к ценностным характеристикам и должно изучаться с помощью методологии, общей для всех естественных наук, как например, в химии или генетике. Многие биологически ориентированные психиатры в конце XX века придерживались этой концепции, утверждая, что психические расстройства вызваны нейробиологической дисфункцией, и воспринимали отличную от нормальной психологию как результат объективного отклонения в функционировании мозга^{15,16}.

В философии медицины понятие расстройства как состояния отличного от здоровья наиболее ясно было сформулировано С. Boorse. В его интерпретации здоровье – это состояние нормального биологического функционирования, то есть состояния, в котором функции обеспечивают выживание и размножение в характерном для конкретного биологического вида ключе³². Boorse был примечательным образом последователен в своих взглядах. Спустя двадцать лет после публикации первых работ он выпустил объемный ответ на критику, а спустя еще почти два десятилетия, на симпозиуме, посвященном его работам, вновь оппонировал своим критикам³⁴. И впрямь, утверждалось, что после Boorse философы медицины должны либо придерживаться его теории, либо объяснить, почему они несогласны³⁵.

На другой чаше весов находится *строгий нормативизм*, в рамках которого утверждается, что не существует какого-либо естественного, объективного набора биологических процессов, которые мы могли бы охарактеризовать как «дисфункциональные», в связи с чем определения расстройств целиком и полностью произрастают из ценностных характеристик. Тем не менее нормативисты расходятся во мнении относительно предполагаемой природы этих ценностных суждений.

K.W.M. Fulford считал, что расстройство по своей сути нормативно, так как является результатом переживания пациентом «состояния болезни», опыта того, что что-то пошло не так, а это зависит от социально или культурно обусловленного понимания отклонения от нормы³⁶. Для Fulford ценностная нагрузка болезненного опыта не только объединяет психиатрию с остальной медициной, но также гуманизует обе области.

Известный критик психиатрии T. Szasz имел иную точку зрения. Он считал, что суждения о расстройствах в психиатрии основаны исключительно на представлении об отклонении от социокультурной нормы и никак не обоснованы с точки зрения биологии. По его мнению, валидные представления о расстройствах могут основываться на строгих натуралистских представлениях о физической болезни в сочетании со строгим нормативистским представлением о психической болезни. Болезнь следует описывать в терминах объективных патологических изменений, а так как состояния, называемые «психическими расстройства-

Таблица 1. Вопросы, обсуждаемые в контексте противопоставления нормативизма и натурализма, и возможные ответы на них

Существует ли биологическое и поведенческое состояние, которое может быть названо дисфункциональным или нарушенным, на основании объективных оценок, независимых от человеческих интересов?

Да, дисфункция может быть описана сугубо в терминах, не связанных с ценностями. Дисфункция не может быть эксплицитно описана с помощью ценностной терминологии, однако оценочный компонент и человеческие интересы играют роль при использовании данного концепта в определенном контексте. Нет. Биологические и поведенческие процессы имеют место, однако их оценка как «дисфункциональных» не является объективным фактом, независимым от человеческих интересов.

Есть ли некая общая сущность у всех дисфункций?

Да. Нарушения группируются на основании общей сущности (например, все они являются поломкой механизма, который должен был осуществлять функцию, выработанную эволюционно). Нет. Дисфункция отражает семейство связанных концепций, то есть не может быть описана единственно верным способом, как не может быть какой-либо общей характеристики присущей всем. Некоторые из этих способов включают ценностный компонент, некоторые – нет. Да. Общность этих явлений заключается в конкретном социально или культурно-обусловленном психологическом суждении о ненормальности.

Необходимо ли наличие «дисфункции» для того, чтобы говорить о расстройстве?

Да. Необходимо и достаточно. Необходимо, но недостаточно – наличие компонента вреда или затрагивания интересов человека также необходимо. Нет. Расстройство может быть легитимно установлено при отсутствии явного суждения о «дисфункции» (например, на основании биологических или поведенческих закономерностей, «кластерах механистических свойств», и вреда).

Каковы релевантные человеческие интересы?

Различные соображения вреда (например, дистресс, инвалидизация, риск). Различные клинические и научные интересы, которые возникают в различных контекстах. Различные интересы заинтересованных лиц и их ценности. Социокультурные нормы (и отклонение от них). Функциональные нормы самообеспечения и адаптации.

ми», основаны лишь на ценностных суждениях и не несут в себе самого факта наличия объективных патологических изменений, представление о них как о расстройстве или болезни является ошибкой категоризации, мифом. Szasz был убежден, что в связи с тем, что психиатрия основана на подобных ценностных предпосылках, ее легитимность как медицинской дисциплины встает под вопрос.

Тем не менее важно отметить, что те, кто придерживался позиции о ценностном характере концепций расстройств, необязательно отрицают реальность биологического субстрата недуга. Натуралисты и нормативисты могли соглашаться относительно существования физиологических и поведенческих явлений, не соглашаясь при этом в вопросе о характеристике этих состояний как здоровье или расстройство³⁷. В философской традиции R. Cooper иллюстрировал это метафорой о маргаритках и сорняках: все мы можем соглашаться, что маргаритка – это отдельный вид, однако не соглашаться, что она является сорняком³⁸. Также и исследователи могут соглашаться, что предметное дисфорическое расстройство обусловлено биологическими механизмами, однако спорить о том, является ли оно психическим расстройством^{39,40}.

С точки зрения натуралистов, медицина, в своем теоретическом основании, является такой же научной дисциплиной, как и другие естественные науки, в связи с чем также является субъектом взаимодействия естественных фактов и человеческих интересов³³. Нормативисты же считают, что концепции расстройств не являются фундаментально научными, а скорее представляют собой клинические и практические концепции. Они основаны на переживании дистресса, бессилия и разрушения привычной жизни, это интерпретируется как то, что что-то пошло не так, и это уже, в свою очередь, приводит к поиску пациентом профес-

сиональной помощи. С точки зрения нормативистов, медицина, по своей сути, – это прикладная деятельность, направленная на уменьшение человеческих страданий и улучшение благополучия^{36,41,42}.

Спор натуралистов и нормативистов обладает практической значимостью для психиатрии, ведь то, как представители антипсихиатрии, такие как Szasz, используют ценностную основу суждений, ставят под сомнение само определение психического заболевания. Современные критические движения идут еще дальше, изучая, как социальные и культуральные ценности влияют на представление о норме и патологии. В исследованиях нейроразнообразия, например, утверждается, что когнитивные профили, такие как наблюдаются при аутизме, могут приводить к социальной «инвалидизации», однако не являются патологией в своей сущности^{43,44}. Так, проект «Mad studies» направлен на сопротивление патологизации разнообразия и заостряет внимание на социальных факторах как причинах дистресса^{45,46}.

Дихотомические позиции прямолинейны, и в этом является их преимущество. Тем не менее их недостаток в том, что зачастую они воспринимаются через взаимную оппозицию, их различия подчеркиваются, таким образом каждая из позиций определяется через отрицание постулатов другой. Кроме того, важным развитием философии науки было признание роли ценностей в науке, с одной стороны, а с другой – то, что понятие науки вне ценностного подхода не только несостоятельно, но и нежелательно⁴⁷. Например, ценностная оценка влияет на выбор приоритетных научных проблем, способы изучения, как подходят к неопределенности, какой объем доказательств можно считать достаточным, как используются научные данные для обоснования принятия решений в практике. Внедрение ценностей и человеческих интересов в более широкое представление о научной объективности обогатило наше понимание естественных наук.

Строгий натурализм рискует стать сциентизмом, то есть впасть в чрезмерную зависимость от актуального восприятия фактов^{48,49}, в то время как строгий нормативизм рискует стать релятивизмом, в рамках которого любое состояние, имеющее низкую социокультурную оценку, потенциально может считаться расстройством. В философии то, что было названо «мягким натурализмом», предполагает отказ и от сциентизма, и от релятивизма в пользу признания важности и фактов, и ценностей в науке⁵⁰. В философии психиатрии также был выдвинут ряд предположений о том, как лучше инкорпорировать рассуждения натуралистов и нормативистов в концептуализацию психических расстройств⁵¹.

Особенно влиятельным интегративным направлением является анализ вредоносной дисфункции (harmful dysfunction analysis) J. Wakefield, гибридное направление, в котором комбинируются натурализм и нормативизм в примерно равных пропорциях^{52,53}. Первый компонент расстройства – «дисфункция» определяется через внеценностные, эволюционные понятия. Дисфункция обозначает нарушение биологических или психологических механизмов, которое мешает выполнению тех функций, для которых эти механизмы эволюционно развились. Второй компонент – наличие вреда от этой дисфункции для человека. Вредоносность – нормативное понятие и, по мнению Wakefield, в значительной степени обусловлено социальными стандартами. Wakefield применил анализ вредоносной дисфункции к широкому спектру психических расстройств и, как и Boorse, активно участвовал в критическом обсуждении в течение нескольких десятилетий⁵⁴.

По Wakefield, например, развитие депрессии как ответа на стрессоры, такие как потеря, – это эволюционно выработанная адаптивная реакция на несчастье, а не дисфункция. Таким образом, в DSM депрессивная реакция ошибочно классифицирована как расстройство. И лишь в случаях, когда наблюдается депрессия, возникшая без видимых причин или не разрешающаяся после исчезновения стрессора, или сопровождающаяся специфическими особенностями (такими как суицидальные мысли, психоз или психомоторная заторможенность), можно обоснованно говорить о том, что механизм, выработанный для регуляции печали, отвечающий на утрату или несчастье, нарушился^{55,56}.

Одной из новых альтернатив анализу Wakefield является гибридный учет (hybrid account), предложенный J. Tsou. Он определяет психические расстройства как биологические виды (внеценностный компонент) с вредоносными эффектами (нормативный компонент), таким образом минуя рассуждения о том, какие психологические функции нормальны и являются результатом естественного отбора⁵⁷. Вместо этого, опираясь на работы R. Boyd о кластерах характеристик в природе, он утверждает, что истинными биологическими видами («biological kind») являются те, чьи постоянные характеристики являются продуктом взаимодействия четко определенного и стабильного набора биологических механизмов. Это позволяет нам делать выводы и высказывать предположения о диагностических категориях. Эта возможность у нас возникает благодаря тому, что свойства, которые определяют валидные с научной точки зрения виды, возникают вследствие одинакового набора причинных механизмов.

Так, по мнению Tsou, шизофрения – это расстройство, так как предполагает общие причинные механизмы, которые проявляются определяемым кластером свойств с предсказуемой постоянностью (то есть это биологический вид), а также потому что оно снижает возможность человека адекватно функционировать в соответствии с социокультурными стандартами (то есть вредоносна). Тем не менее Tsou причислил бы к расстройствам и нормальную психологическую реакцию на стресс, такую как кратковременная депрессивная реакция, которая характеризуется биологическими механизмами, не выходящими за пределы нормального функционирования. Таким образом, натуралистский критерий принадлежности к биологическому виду достаточно широк, чтобы охватить целый спектр состояний, которые лечат специалисты в области психического здоровья.

Существуют и другие способы преодоления натуралистско-нормативистского раскола^{59–64}. Например, Gagné-Julien утверждает, что суждения относительно дисфункции оценочны, но при соблюдении необходимых процедур могут быть социально объективными⁶⁴. Nielsen и Ward утверждают, что ключевым нормативным нарушением при возникновении расстройства является слом тех норм, которые поддерживают личностное функционирование внутри его/ее социального контекста⁶². Они предпринимают попытку «натурализировать нормативность», утверждая, что в контексте психиатрии расстройства влекут за собой мыслительные процессы и поведение, которые противоречат потребностям личности в самообслуживании и адаптации. То есть статус расстройства в большей степени основан на потребностях личности, а не на общественных нормах.

Смягчение строгого натурализма может быть достигнуто признанием того, что ценности и интересы человека играют важную роль в клиническом и научном контекстах. Многие согласятся, что сама концепция расстройства отсылает к таким оценочным понятиям, как беспомощность, вред и страдание^{65–67}. L. Reznick, D. Murphy и R. Cooreg считают расстройства естественными процессами, которые объединяются исходя из их соответствия человеческим интересам, сродни таким категориям, как «сорняк» или «паразит»^{38,68,69}. Подобное смягчение натуралистских концепций расстройства можно считать примерами мягкого натурализма, что подчеркивает сложность и текучесть мира, а также потребность в учете как механизмов обуславливающих болезней, так и опыт болезни⁷⁰.

Взгляд на науку как на явление, подверженное влиянию ценностного фактора, может также внести нюансы в концепцию строгого нормативизма. Так, признание того, что описание расстройства зачастую требует согласования конкурирующих ценностей и что они могут обсуждаться и критиковаться для достижения консенсуса относительно тех ценностей, которые предпочтительны в психиатрии (например, ценности, направленные на процветание человека, благополучие и снижение вреда, а не на его угнетение, как, например, расизм и сексизм)^{71,72}, может смягчить строгий нормативизм. Примечательно, что Spitzer был открыт к обсуждению ценностей, лежащих в основе DSM-III⁷³. Более того, некоторые авторы отстаивали необходимость

учета при принятии решений мнения самих пациентов по вопросу «Что же такое психическое расстройство?», чтобы таким образом интересы пациентов учитывались в психиатрических концепциях и классификациях^{39,74–81}.

Строгий нормативизм может быть смягчен, если принять во внимание то, что широкое научное согласие может быть достигнуто относительно сосуществования и ковариации признаков и симптомов, которые характеризуют психиатрические состояния, рассматриваемые в качестве расстройств. Например, наличие или отсутствие у человека симптомов нервной анорексии может быть выявлено сугубо эмпирически, а нарушение функционирования, ассоциированное с этими расстройствами, может быть замечено любым наблюдателем, независимо от ценностной природы стандартов, которыми оценивается функционирование. Более того, научное согласие может быть достигнуто относительно вовлечения конкретных нейробиологических процессов в конкретных психиатрических состояниях⁸², даже если эти процессы нельзя охарактеризовать как «дисфункциональные» лишь исходя из позиции нейронауки⁶³.

Все большую роль в концептуализации психических расстройств играют прагматические соображения. Тем не менее при прагматичном подходе чаще фокус смещается в сторону клинических и научных целей, а не в сторону социокультурных норм и ценностей. Например, формулируя понятие практического вида («practical kind»), P. Zachar утверждает, что создание концепций расстройств в DSM и в МКБ можно рассматривать как попытку привести концепции к соответствию множественным целям, таким как повышение надежности, укрепление этиопатогенетической валидности, улучшение коммуникации, выбор подхода к лечению, снижение стигматизации и содействие исследованиям⁸³.

Преодоление натуралистско-нормативистского раскола позволяет клиницистам сделать важнейшие выводы. В частности, оно предоставляет основу для дополнения доказательного подхода к оказанию помощи подходом, основанным на ценностях. Доказательный подход направлен преимущественно на синтез существующей медицинской литературы, в то время как ценностный берет во внимание важность анализа и учета ценностей пациента. Ценностный подход соответствует модели пациентоцентричной практики, в которой ценности конкретного пациента являются центральным фактором при принятии научно обоснованных клинических решений. Модель Fulford подчеркивает, что ценностно ориентированный подход требует обладания навыками, наиболее важные из которых: внимательность (к ценностям), осведомленность и знание (о ценностях), а также навыки коммуникации⁸⁴. Каждый из этих навыков имеет философское происхождение, но тем не менее является неотъемлемой частью качественной психиатрической практики.

Психиатрическая классификация: борьба с эссенциализмом

Когда мы прямо или косвенно определили класс психических расстройств, набор психопатологических состояний или комплекс психиатрических состояний/психических проблем, мы можем задать следующие вопросы: «Как нам разметить территорию психопатологии?»; «Как нам различать состояния, входящие в класс психических расстройств?»; «Где нам провести черту между расстройством и нормой?».

Философия психиатрии помогла прояснить метафизические и методологические допущения, которые направляют поиск ответов на эти вопросы. Первое метафизическое допущение, распространенное в психиатрических классификациях, – *эссенциализм*. Это представление, что любая категория имеет в своей основе четкую сущность, которой обладают все входящие в нее объекты и которая отличает их от остальных объектов, не входящих в данную категорию. Виды, имеющие сущность, были названы «естественными видами» («natural kinds»), подразумеваемая, что они отражают структуру реального мира. В контексте психопатологии эссенциалистский взгляд подразумевает, что

суть психических заболеваний познаваема путем научных изысканий, аналогично инфекционным заболеваниям в общей медицине, то есть валидная психиатрическая классификация «режет природу по швам», как выразился Платон^{85,86}.

Философия биологии и психологии в наше время сфокусировалась на вопросе о том, что за процессы и механизмы являются причиной наблюдаемых феноменов^{87–89}. Когда эти процессы и механизмы хорошо изучены, профессионалы зачастую могут использовать их в качестве основы для классификации. Это применимо, например, к классификации инфекционных заболеваний, основанной на выявленном патогене. Тем не менее, когда процессы и механизмы заболевания являются сложными, дименсиональными или мультифакторными, понимание этиологии самой по себе необязательно позволяет создать оптимальную классификацию. В таких случаях, определяя границы и устанавливая пороговые значения, мы опираемся на дополнительные соображения, на то, какого результата мы хотим достичь с этой классификацией. Такой подход применяется во многих областях медицины, однако в психиатрии он наиболее всепроникающий и заметный^{90,91}.

С несколько упрощенной метафизической точки зрения, можно воспринимать классификацию как нечто, разделяющее естественные виды, практические виды или социальные виды. И если бы психиатрические классификации, такие как DSM и МКБ, выделяли естественные виды, мы бы ожидали, что каждый диагноз является отдельным явлением, которое существует в структуре самого мира, независимо от интересов человека^{85,86}. Э. Крепелин, например, был убежден в естественной природе феномена психических заболеваний и кроме этого придерживался взгляда, что патологическая анатомия, этиология и клиническая картина, включая динамику заболевания, в случае такой природы явлений должны соответствовать друг другу⁹².

Предположение, что существует естественная природа психических заболеваний, также было использовано неокрепелинистами и явно направляло разработку DSM-III^{93,94}. Более того, крепелинистское понимание конвергенции валидирующих данных было принято и Robins с Guze⁹⁵, которые предполагали, что предложенные ими валидирующие данные из клинических описаний, лабораторных находок, динамики заболеваний и семейных исследований будут указывать на общую природу болезненных явлений. Это определило набор направлений для исследовательских программ, направленных на валидацию диагностических конструкций DSM, на следующие несколько десятилетий.

К 1990-м годам стало ясно, что различные данные не всегда согласуются и не позволяют предложить единую идеальную классификацию, которая бы стала психиатрической версией периодической системы химических элементов⁹⁶. Наоборот, данные различной модальности дают возможность по-разному размечать пространство психопатологии⁹⁷. Например, при исследовании шизофрении, семейная отягощенность предполагает «широкую разметку» (шизофренический спектр), в то время как тяжесть исхода – более «узкую разметку» (шизофрения). При таком сценарии эмпирические факты сами по себе не определяют, на основе каких данных строить классификацию. Их выбор зависит также от используемых допущений и целей, которые могут различаться от специалиста к специалисту и от контекста к контексту.

В противовес подходу с использованием понятия естественного вида существует скептический подход, предполагающий, что категории в психиатрических классификациях – социальный вид, практически полностью опирающийся на социальные процессы (то есть строгий социальный конструкционизм). Такая точка зрения разделяется многими критиками психиатрии, которые указывают на очевидное влияние социокультурных факторов на внешнее представление психиатрических состояний, а также на невозможность психиатрических исследований выявить валидные диагностические биомаркеры. Подход с позиции социального вида также подтверждается такими примерами, как «истерия» и «расстройство множественной личности», чья популярность среди клиницистов на разных этапах ис-

тории была похожа на взлеты и падения моды. Также расценивается несостоятельной, так как не учитывает, что в исследованиях были установлены взаимосвязи между нейробиологическими процессами и кластерами психиатрических симптомов, хотя эти взаимосвязи не всегда согласуются с отдельными категориями DSM и МКБ. Например, в психиатрических исследованиях были выявлены сотни генетических вариантов, ассоциированных с различными психическими расстройствами, в связи с чем влияние генетики на психопатологию зачастую пересекает диагностические границы DSM^{99,100}. Это означает, что связь между генетическими вариантами и психопатологией сложна и трансдиагностична, но не хаотична или вовсе отсутствующая¹⁰¹.

Понятие практических видов предлагает отличную от эссенциалистской точку зрения на естественные виды и согласуется с подходом мягкого натурализма, в котором психиатрическая наука одновременно и научная дисциплина, и социальный процесс. Возможно, никаких «естественных швов» в психопатологии и не существует, однако есть четкие паттерны симптомов и их взаимодействие, что является научным фактом, определяющим рамки для научного подхода к нозологической классификации¹⁰². Внутри этих рамок диагностические границы, которые мы устанавливаем, зачастую отражают наши практические цели, а пороговые критерии зависят, таким образом, как от научных фактов, так и от ценностей. Практические виды являются удобной эвристической конструкцией, которая позволяет категоризировать нейробиологическое и психологическое пространство теми способами, которые позволяют достичь наши научные и клинические цели. Прагматическая природа психиатрической классификации также является следствием истории психиатрической нозологии, которая отражает условный характер современных диагностических конструкций, а также, что классификации могли бы выглядеть совсем иначе, если бы некоторых исторических фигур в психиатрии не существовало или если бы они приняли иные решения^{103,104}.

Дистанцирование от эссенциалистских допущений о естественных видах в психопатологии позволяет нам в должной степени учесть сложность психических расстройств и дать возможность разметить и смоделировать психиатрические феномены, используя другие подходы. Например, идиографический подход сфокусирован на уникальности каждого психиатрического пациента: как его/ее нарушение психического здоровья возникло из сочетания предрасполагающих факторов, истории развития, жизненного опыта, механизмов психологической защиты и адаптации. Такой подход учитывает широкий круг принципов психобиологического функционирования для формулирования специфического для данного конкретного пациента нарратива. Целью классификации в таком случае является концептуализация состояния.

Невозможность выявить этиологически обоснованные категории для заболеваний повлекла за собой попытки создания психометрической модели психопатологии. Психометрический анализ позволяет заглянуть глубже за внешние проявления, которые возможно измерить или наблюдать, и математически смоделировать латентные или скрытые переменные, которые невозможно увидеть напрямую, но можно найти с помощью статистического анализа. Примером такой исследовательской программы, основанной на количественной статистике, является консорциум Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)¹⁰⁵. Консорциум предпринял попытку скомбинировать психопатологические признаки и симптомы в гомогенные характеристики, которые путем объединения образуют эмпирически разделяемые синдромы, группирующиеся в спектр (например, «интернализированные» или «экстернализированные»)¹⁰⁶.

Психометрический подход HiTOP стал причиной серьезных споров^{107–109}. Во-первых, в клинической практике представляется реальным существование дискретных состояний, которые отвечают на конкретное лечение. Нарколепсия, например, может быть диагностирована с помощью выявления точного биомаркера и эффективно лечится с помощью конкретных препаратов. Во-вторых, дименсиональность и категориальность необязательно должны быть взаимоисключающими. Например, в дименсии экстраверсии возможно установить конкретную точку, с которой начинается тип личности, который можно назвать экстравертом^{110,111}. В-третьих, психометрический подход опирается на описательные характеристики, опуская таким образом этиологию, что особенно релевантно с позиции важности общих причинных механизмов для классификации⁶¹.

Другая ветвь философского исследования сфокусирована на использовании операциональных определений, использованных в DSM. В попытке повысить согласованность и упростить психиатрические исследования в DSM начиная с 3-го издания предлагались операциональные критерии для каждого расстройства, включавшие такие детали, как список (относительно специфичных) симптомов, количество имеющихся симптомов, а также промежуток времени, в который они должны сохраняться. Как должна концептуализироваться связь между критериями и самим расстройством? Недостаток прозрачности в этой области приводит к заблуждению, что операционные критерии определяют само расстройство.

Операциональные определения лишь частично описывают изучаемый феномен, не включая все его детали¹¹². В них присутствует некоторая недосказанность, которая становится заметной, когда новые научные вопросы заставляют формулировать концепции с большей точностью. В DSM из операциональных критериев исключены неспецифические симптомы (такие как тревога в структуре депрессии), но эти симптомы – все еще часть описываемого синдрома (например, депрессии). Более того, политегическая природа DSM позволяет многим различным конфигурациям симптомов соответствовать пороговым критериям расстройства, притом что они вряд ли составляют различные расстройства. Наоборот, их следует воспринимать как различные образы, в которых может представать расстройство.

K.S. Kendler описал различия между индексными диагностическими критериями и конститутивными¹¹³. Когда диагностические критерии определяются как индексные, они считаются подверженными ошибкам вариантами для выявления расстройства. Когда они определяются как конститутивные, симптомы, используемые в качестве критериев, *и есть* расстройство. По Kendler критерии DSM индексные и воспринимать их конститутивными – концептуальная ошибка. Таким образом, например, существует 227 вариантов соответствия критериям DSM для большого депрессивного расстройства, но это лишь различные способы указания на это расстройство, а не 227 его типов¹¹⁴. Не существует единственного и универсального верного способа операционализации, скорее наоборот, различные операциональные определения могут быть уточнены и оптимизированы для различных целей.

Обобщая, можно сказать, что современный взгляд на психиатрическую таксономию включает дименсиональность психопатологии (существует несколько отдельных сущностей), концепции из теории сложных динамических систем (относительно стабильные паттерны симптомов могут меняться, неконтролируемо взаимодействуя со множеством факторов), а также аспект воплощенного познания (причинные механизмы на пересечении мозга, тела и окружающей среды). Такой подход к психопатологии не утверждает, что такие категориальные диагностические системы, как DSM или МКБ, не годны или не нужны, а лишь подталкивает нас отпустить эссенциалистские ошибки, которые привели нас к их овеществлению, приписыванию им соответствия объективной реальности, которым они не обладают^{115,116}.

Каким образом этот взгляд на таксономию относится к клинической практике? Клиницистам следует, учитывая

весь объем проделанной работы и значимость нашей нозологии, помнить об их ориентировочной природе и значимых ограничениях¹¹⁷. В частности, несмотря на то, что DSM, безусловно, полезна в клинической практике, оно часто критикуется за упрощение психиатрического осмотра и оценки состояния до «галочного» подхода. Клиницисты должны учитывать, что важные особенности психических расстройств могут быть широко описаны в психиатрической литературе, но не перечислены в DSM¹¹⁸. Более того, в то время как диагноз может основываться на DSM или МКБ, всеобъемлющее описание требует оценки многих областей, таких как клинические подтипы, тяжесть симптомов и стадийность, когнитивные схемы, средовые факторы риска и защитные факторы¹¹⁹. В конце концов, клиническая концептуализация должна подпитывать наше растущее знание о характеристиках психиатрических расстройств с идиографическим пониманием индивидуальности каждого пациента¹²⁰.

Психиатрический диагноз и личная агентность

Споры относительно психиатрической таксономии могут в значительной степени влиять на самоидентификацию и самовосприятие¹²¹. Как было отмечено, критерии DSM не следует воспринимать буквально, считая, что они полностью определяют расстройства, но нередко их воспринимают именно так, и таким образом DSM влияет на восприятие психических расстройств. Существует обеспокоенность чрезмерным объемом этого влияния, особенно учитывая неизбежное игнорирование личностных и контекстуальных факторов в диагностических критериях¹²¹.

В более широком смысле споры о природе и классификации расстройств также влияют на попытки пациентов понять границы между собственной личностью и расстройством. Учитывая, что и психиатрические состояния, и психиатрическое лечение может глубоко влиять на самовосприятие (например, ощущения, желания и чувства), неоднозначность и неопределенность может возникать в отношении границ, где «я» начинается и заканчивается, а также как «я» меняется под влиянием болезни и лечения^{122,123}. Ощущение неопределенности на феноменологическом уровне может усугубляться, когда пациенты сталкиваются с расплывчатостью и неопределенностью, связанной с вопросом «А что же такое психическое расстройство?»¹²³.

Вопросы, затрагивающие пересечение агентности и психического расстройства, также имеют центральное место в обсуждении роли расстройств при оценке моральной ответственности. В то время как в литературе по моральной ответственности часто расстройство трактуется в парадигме освобождения или смягчения ответственности, в последнее время возникает все большее смещение в сторону более тонкой оценки и детального рассмотрения каждого отдельного случая¹²⁴. Эти тренды отражают большее понимание роли личностных и ситуационных факторов, которые влияют на манифестацию психопатологии у конкретного человека. Во многих случаях соответствующие способности к агентности снижены или глубоко нарушены, но тем не менее присутствуют. Например, при зависимости зачастую неправомерно говорить о полной невменяемости, учитывая, что аспект собственного и сознательного выбора в определенной степени присутствует. В ряде философских работ изучался вопрос ответственности в контексте психического расстройства^{125–127}.

В более широком смысле возникает вопрос о том, как различные способы концептуализации психических расстройств влияют на наше отношение к людям с ними. В то время как предполагалось, что более «биологические» концепции расстройств были направлены на уменьшение стигматизирующих представлений в целом, эмпирические данные указывают на намного более сложные взаимодействия¹²⁸. Эти результаты соответствуют теоретическим представлениям о межличностном и социальном ущербе, который возникает в связи с представлением о снижении агентности, что в некоторых случаях приводит к снижению ощущения ответственности, но может одновременно вызывать другие формы неприятия. В действительности эмпири-

ческие исследования продемонстрировали, что в некоторых контекстах биологические концепции могут приводить к намного большей стигматизации в отношении людей с расстройствами¹²⁹.

Внимание к влиянию психиатрических диагнозов на самоидентификацию и самовосприятие людей с диагностированными расстройствами отражает представление о том, что люди, пережившие этот опыт, могут внести ценный вклад в разработку психиатрических классификаций. Они смогут лучше оценить возможное влияние смены диагностических критериев на доступ к помощи или на риск стигмы в связи с отдельными проблемами с номенклатурой или смогут лучше выявлять несоответствия между диагностическими критериями и субъективным опытом^{39,74–81}.

Клиническое применение различных концептуальных подходов к личной агентности и моральной ответственности обсуждалось философами, но эта область требует дальнейшего внимания и изучения^{125,126}.

ПЛЮРАЛИЗМ В ПСИХИАТРИИ

В философии науки огромное влияние имеют понятия Куна о доминирующих научных парадигмах, которые несоизмеримы, и о революционных сдвигах в этих парадигмах²⁷. Вероятно, психиатрия представляет хороший пример того, как различные парадигмы доминируют в различные периоды. Ведь многие критики психиатрии утверждают, что замены одной психиатрической парадигмы другой могут не повлечь за собой ни научного, ни клинического прогресса^{130,131}.

В то же время Куна критиковали за релятивизм¹³². Кроме того, научные модели вполне сравнимы, и весомые основания для замены одной модели на другую вполне могут существовать. В психиатрии, несмотря на то что важные изменения в теоретических подходах конечно же были, можно утверждать, что современные клинические исследования и практика несут в себе как аспекты психодинамического и нейробиологического подходов, так и концепции из широкого круга других моделей психопатологии. Различные модели могут эффективно комбинироваться, что отражается в появлении нейропсихосоциального анализа и в работах, посвященных нейровизуализационным эффектам психотерапии. Вероятно, именно постепенная интеграция широкого круга валидных моделей привела к развитию психиатрии.

Психопатология, вероятно, обусловлена множеством причин, и похоже, что разные психиатрические модели проливают свет на разные причины. Философы, со времен Аристотеля, обращают внимание на важность множественной причинности и в биологии, и в патологии^{1,133}. Ученые-бихевиористы также подчеркивали необходимость выявлять различные причины поведения и психопатологии^{134,135}. Ясперс, философ-психиатр, известен за разделение между знанием причинно-следственных объяснений и пониманием значимых связей³, что можно рассматривать как методологический плюрализм, и этот плюрализм повлиял на многих последующих авторов в философии психиатрии¹³⁶.

В современной философии науки продолжались споры о возможности и способе объединения разрозненных объяснений¹³⁷. В 1970-е американский терапевт G. Engel, имевший большой опыт работы с психосоматическими расстройствами, утверждал, что доминирующей моделью болезни является биомедицинская, игнорирующая, таким образом, психологические и социальные компоненты болезни¹³⁸. Он, следовательно, предложил биопсихосоциальную модель, имея целью создание системы, которая могла бы быть использована для исследований, преподавания и клинической практики. Очевидно, что для нас важно избежать как «безмозглость», так и «бездушность» психиатрии¹³⁹, держась подальше и от сциентизма, и от культурализма (которые чрезмерно редуционистские по отношению к науке и культуре соответственно)^{49,140}.

Тем не менее биопсихосоциальная модель также подверглась критике за чрезмерную эклектичность и низкую специфичность¹⁴¹, а также за отсутствие предложения для концептуализации многоуровневых причинно-следственных

взаимодействий¹⁴² или для допущения возможности оптимального отбора причинных механизмов¹⁴³. Более того, практическое использование этой концепции для концептуализации в психиатрии привело к непреднамеренному разделению «биологии», «психологии» и «социума» на онтологически раздельные домены¹⁴⁴. Таким образом, продолжающиеся попытки понять природу причинных объяснений в науке в целом^{145,146} и в психиатрии в частности^{147,148} играют ключевую роль.

Явный акцент на плюрализме — это сравнительно новая разработка философии науки¹⁴⁹. Неудивительно, что философы, считающие этот вопрос важным, не имеют единого мнения в отношении плюрализма. Наоборот, со времен Аристотеля, сквозь работы ранних американских прагматистов^{150,151}, вплоть до современных философов^{152,153}, было выделено и развито множество разных «плюрализмов». Далее мы предложим три важных определения плюрализма: *онтологический плюрализм*, *плюрализм объяснений*, *плюрализм ценностей*, а также некоторые аспекты их клинического применения.

Различные понятия плюрализма

Первым понятием, которое необходимо рассмотреть, является *онтологический плюрализм*. Как было отмечено ранее, понятие естественных видов отражает принципиальную возможность объективного разделения природы по «швам» на различные сущности^{85,154}. Примеры таких естественных видов часто обнаруживаются в физике или химии, очень показательным примером является периодическая таблица химических элементов. Онтологические плюралисты тем не менее утверждают, что существуют различные способы разделения реальности, отражающие различные научные интересы и ценности, и что могут существовать различные валидные способы классификации. Со времен Аристотеля плюралисты часто обращались к биологии. Виды, конечно, могут быть разделены на основе их эволюционной истории, но существует и множество других способов классификации организмов^{155,156}.

Ранее описанное нами подчеркивает, что психические расстройства не просто естественные виды, происходящие из эмпирического изучения. В то же время наши представления о психических расстройствах не являются всего лишь условными. Наоборот, они строго обоснованы научными данными, включая работу с широким спектром различных данных, отражающих роль широкого спектра структур и механизмов. Их можно было бы назвать «мягкими естественными видами», хотя они не могут просто быть выявлены с помощью «разрезания природы по швам», и, хотя наши классификации и определения характеризуются ценностной нагрузкой, эти сущности тем не менее инкорпорируют в себя накапливающиеся научные данные о психобиологических структурах, процессах и механизмах¹⁵⁷.

Понятие «мягких естественных видов» может быть применимо в клинике множеством способов. Рассмотрим концепцию «поведенческой зависимости». С позиции неокрепелинистов сваливание в одну кучу расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и гейминга с гэмблингом означает, что эти состояния имеют пересекающиеся фенотипические характеристики, а также имеют общие ключевые факторы, например течение расстройства. В реальности же тем не менее ситуация может быть намного более размытой: психобиология алкогольной зависимости, вероятно, значительно отличается от таковой при гэмблинге, учитывая прямое токсическое действие алкоголя на мозг. Тем не менее главным обоснованием для объединения этих состояний вполне может быть точка зрения организации здравоохранения¹⁵⁸.

Также можно рассмотреть границы между расстройством и нормой¹⁵⁹. Нынешние версии DSM и МКБ явно подчеркивают то, что границы между нормальностью и расстройством расплывчатые и трудноопределимые, а не жесткие и незыблемые. В некоторых других областях медицины биомаркеры могут быть полезны и при принятии клинических решений, и при диагностике, но это не касает-

ся психиатрии. Критики психиатрии могут считать, что психические расстройства являются только лишь результатом консенсуса и что диагностика в психиатрии лишь вопрос «ярлыков». Так или иначе, такая позиция игнорирует сложность реального сочетания психических явлений и симптомов. Психиатрические фенотипы – не элементы в периодической таблице, а скорее комплекс пересекающихся измерений, а пороговые значения основываются на множестве соображений¹⁶⁰.

Второе понятие – *плюрализм объяснений*. Философы подчеркивают, что наука использует множество моделей для разных частей. В самом деле, модель, или метафора карты, может быть использована для объяснения такого типа плюрализма. Картограф может использовать множество различных карт мира, каждая из которых будет описывать разные аспекты реальности, и каждая из которых может быть полезна для практического применения. Как было отмечено ранее, в философии психиатрии продолжают споры относительно того, насколько биопсихосоциальная модель, включающая различные аспекты заболеваний, просто эклектика, а насколько предоставляет качественную опору для выявления всей широты причинных механизмов.

Темой большого количества споров в философии науки являются редукционистские объяснения. Долгое время считалось, что феноменология мира может быть организована в соответствии с различными уровнями, начиная с физического, продолжая биологическим и заканчивая социальным. Редукционистский подход пытается объяснить теории более высоких уровней (например, биологические модели) понятиями более низкого уровня (например, физических моделей). Конечно, с научным прогрессом такая межтеоретическая редукция стала возможна: например, мы можем изучить свойства ДНК (которая играет ключевую роль в биологии) на основании ее фактической структуры (то есть ее физико-химических свойств)^{161,162}.

Плюралисты подчеркивают тем не менее, что такой успех является лишь частью истории науки. Зачастую наука занимается такими феноменами, которые представлены только на более высоких уровнях организации и требуют моделей, которые просто не могут быть упрощены до понятий нижележащего уровня^{163–165}. Более того, как подчеркивалось в метафоре о картографии, различные модели реальности могут быть полезны для различных целей. S. Mitchell относительно биологической науки высказался так: «Учитывая множественный характер причинно-следственных путей и историческую роль случайности в биологических феноменах, интеграция возможна... лишь в ограниченном формате... Плюрализм, учитывающий различные модели, может и должен сосуществовать с интегративным подходом при объяснении сложных и многообразных биологических феноменов»¹⁶⁶.

Обсуждение плюрализма зачастую относится к взаимоотношениям между различными «уровнями» объяснений, однако сами «уровни» следует понимать как способы взаимоотношений в организационном (часть – целое), пространственном и временном измерениях¹⁶⁷. Разделения на медленных и быстрых или на больших или малых выделяют феномены иным образом, нежели чем разделение на более высоких и более низких, соответственно, для формулирования объяснения требуется плюралистский подход¹⁶⁷. В философии науки и нейронауки продолжают поиски лучшего способа концептуализации причинных процессов и механизмов, включая причинно-следственные связи на разных уровнях^{168–171}. В контексте психиатрии тем не менее важно учитывать сложность психобиологических систем, а также избегать чрезмерно упрощенного нейроредукционизма^{75,172,173}.

Повторимся, эти философские конструкты имеют практическое применение. Психиатрическая практика и исследования должны включать широкий спектр дисциплин и методологий. С позиции научного плюрализма в психиатрии Kendler утверждал, что субъективный опыт самого человека и социокультурные факторы играют принципиальную роль в этиологии психических расстройств, таким образом их этиология не может быть познаваема сугубо через

изучение базовой биологии мозга¹⁷⁴. Он предполагает, что плюралистский подход в психиатрии должен стать «лоскутным редукционизмом» и «частичной интеграцией», так как его задача – понять многоуровневые причинно-следственные взаимодействия, которые приводят к развитию психопатологии¹⁷⁴.

Когда мы размышляем о психотропных препаратах, например, мы часто фокусируемся на воздействии на конкретные рецепторы. Однако, несмотря на безусловную важность этого воздействия, такой подход преуменьшает значимость того, как эти вещества влияют на нейронные сети глобально, в итоге меняя поведение. Требуется более плюралистический подход к клинической фармакологии, чтобы детально изучить эти механизмы более высокого уровня. Более того, сложные многоуровневые объяснения, включающие целый спектр участвующих процессов, требуются для объяснения таких высокоуровневых феноменов, как эффекты плацебо и ноцебо, а также молекулярно-социальные взаимодействия, например, влияние серотонинергических антидепрессантов на социальную иерархию. В то время как наибольшее внимание психофармакологии было направлено на низкоуровневые механизмы, такие как эффекты воздействия на рецепторы, плюралистский подход подчеркивает, что когнитивные и феноменологические процессы также могут быть важными психофармакологическими мишенями¹⁷⁵. Аналогично плюралистский подход может быть применен при изучении причин изменений в ходе психотерапии¹⁷⁶, а также при разработке интегративных моделей психотерапии^{177,178}.

Третье понятие – *плюрализм ценностей*. Это понятие обычно используется в контексте философии морали, так как подчеркивает существование множества различных моральных ценностей. Тем не менее ценностный плюрализм также широко применим в науке в целом и в психиатрии в частности. В частности, выбор того, как лучше классифицировать и описывать структуры и механизмы реальности, отражает спектр эпистемологических ценностей, а обсуждение научного плюрализма пересекается с дискуссиями о науке и обществе¹³⁷. Различия между DSM-5 и МКБ-11, например, могут отражать не столько разногласия научного характера, а различия между их наиболее важными целями и ценностями, которые они отражают¹⁷⁹.

Кроме этого, идея, что естественные виды являются отражением совокупности свойств, распространилась и на ценностные конструкты. Например, «здоровье» может обозначать множество связанных характеристик, предположительно связанных с соответствующими биологическими процессами¹⁸⁰. Тем не менее при взгляде с нормативистских позиций на определение психического расстройства, которое подчеркивает влияние социальных и культурных ценностей, различные общества и культуры могут по-разному понимать психическое расстройство, так как в них могут различаться ценности, отражающие благополучие человека⁴².

Философы в области ценностного плюрализма долгое время подчеркивали, что, учитывая разнообразие ценностей, выбор между ними будет сложным. Философ I. Berlin обращал внимание на то, что различные ценности могут быть несовместимы, что соответствует нашему опыту относительно принятия морально-нагруженных решений¹⁸¹. Тем не менее это не значит, что выбор, основанный на ценностях, не может быть сделан рациональным способом. Аристотель подчеркивал важность практической мудрости, утверждая, что добродетельный человек успешно принимает правильные решения¹⁸². Хотя практическая мудрость может частично вовлекать применение общих принципов, Аристотель настаивал на «приоритете частного» при выборе правильного способа действовать¹⁸³.

Плюрализм ценностей также имеет множество точек приложения в клинике. Как было отмечено ранее, психиатр-философ K.W.M. Fulford с коллегами утверждали, что доказательная медицина должна быть дополнена ценностно ориентированной медициной¹⁸⁴. Растущий интерес к вопросу равноправного принятия решений в литературе также подчеркивает важность точки зрения людей с пережитым опытом психического заболевания^{185,186}. Более того, цен-

ностный плюрализм подчеркивает важность многих эпистемологических преимуществ, включая эпистемологическую и культурную сдержанность¹⁸⁷.

Инструменты для концептуализации в психиатрии: за рамками редукционизма

Три важные и связанные между собой концепции могут быть применимы для объяснений в психиатрии: *динамическая структура* («*dynamical constitution*»), *нисходящая причинность* («*downward causality*») и *дуализм восприятия* («*dual aspectivity*»)^{188–191}. Они могут быть использованы в нескольких современных плюралистских подходах и являются важными аспектами подхода воплощенного познания, о котором речь пойдет ниже.

Динамическая структура – это представление о том, что объекты и процессы в малых масштабах изучения могут взаимодействовать таким образом, что с течением времени приводит к образованию объектов, систем и процессов на более крупных масштабах изучения, и что свойства больших объектов возникают как результат взаимодействия их компонентов и процессов^{188,190}. *Нисходящая причинность* – это идея, что такие возникающие объекты, системы и процессы на более крупных масштабах изучения могут вовлекать, ограничивать или, наоборот, иметь причинное влияние на объекты меньшего масштаба. *Дуализм восприятия* – идея, что разговор о живых системах всегда должен включать две точки зрения: одна – «тело как объект», натуралистский взгляд или взгляд от третьего лица; вторая – «тело как субъект», персоналистский взгляд или взгляд от первого лица. В соответствии с плюралистским подходом, обе точки зрения направлены на один физический объект, однако им раскрываются разные стороны изучаемой живой системы/личности^{189,192}.

Таким образом, перечисленные концепции дают возможность понять такие структурно сложные системы, как живые организмы. Организмы состоят из множества частей (например, органов, клеток, рецепторов), и производные свойства, такие как осознанность, возникают в результате сложных взаимодействий между этими частями в конкретном контексте. И части, и весь организм не становятся менее реальными из-за того знания, которое мы приобретаем о частях и о том, как они динамически складываются в разумное существо. Анализ на множестве уровней, согласующийся с парадигмой комплексных систем и плюралистским подходом, – эффективный способ понять, как это существо функционирует и что может пойти не так.

С клинической точки зрения, вышеописанное отражает сложность концептуализации и вмешательств в клинике. Учитывая концепцию динамической структуры, нейробиологические механизмы являются важной частью той основы, на которой строятся поведение, мысли и эмоции. Тем не менее, учитывая нисходящую причинность, эти механизмы не могут считаться первопричинами в наших объяснениях. В противовес мнению неокрепелингов и чрезмерно редукционистской трансляционной нейронауке, психические расстройства – это не просто расстройства мозга^{29,30}. Напротив, ведь такие вмешательства, как психотерапия, влияют как на мозг, так и на разум¹⁹³.

Биопсихосоциальная модель продолжает оказывать большое влияние на формирование плюралистского подхода к диагностике и лечению психических расстройств в клинической практике. Несмотря на критику ее недостатков, в том числе отсутствия объяснений рассматриваемых причинно-следственных механизмов, эта модель остается ценной, поскольку она побуждает нас воздерживаться от упрощенной дихотомии при объяснении психиатрической этиологии, такой как: органический и функциональный, биологический и психологический, медицинский и социальный, болезнь и поведенческие изменения^{194,195}. Биопсихосоциальная модель служит важным напоминанием, что плюралистский взгляд, включающий широкий спектр «различающих факторов», требуется и клинической науке, и практике^{75,117,148}.

Ясперс настаивал, что и подлежащие механизмы, и понимание индивидуальных особенностей играют важную роль

для всеобъемлющего понимания психических расстройств. Это актуально для клинической практики и по сей день. Медицинские антропологи различают патологию как биомедицинское состояние и болезнь как субъективный опыт страдания от патологии¹⁹⁶. В связи с этим, работа над тем, что было названо «нейрофеноменологией», посвящена попытке интеграции нейронауки с индивидуальным опытом^{192,197}. В конце концов, «понимание, основанное на объяснении» – это идея о том, что знание причинных механизмов может усилить признание нами важности личного опыта, что является важнейшим шагом для улучшения клинической практики¹⁹⁸.

ВОПЛОЩЕННОЕ ПОЗНАНИЕ КАК ПРАВДОПОДОБНЫЙ ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

Психофизиологическая проблема – парадигмальная проблема философии, возникающая на пересечении психиатрии и философии. Философ Р. Декарт часто упоминается в контексте его представления о *дуализме* субстанции (что разум и тело существуют как радикально разнородные субстанции), в связи с чем клиницисты обычно не спешат разделять такую позицию в связи с современными натуралистскими или научными представлениями. В то же время клиницисты обычно не спешат и изучать во время обучения современные представления в такой философски сложной области, в связи с чем могут делать некоторые преждевременные выводы¹⁹⁹.

Существует довольно распространенное мнение, что разум сам по себе бессилен и является «супервентным» побочным эффектом физических процессов в головном мозге. Это представление ложится в нейроцентричную концепцию, например, внутри биологической психиатрии, которая настаивает на необходимости направить основные исследовательские и лечебные усилия на головной мозг. Как отмечалось ранее, хотя мозг очевидно важен для понимания психических функций и психического здоровья, такой подход может критиковаться за нейроредукционизм, не оставляющий шанса для сосуществования таких столь же важных аспектов человеческого функционирования, как опыт, значение, культура и контекст.

Другим распространенным представлением, вдохновленным распространением компьютеров, является идея, что разум – это «программное обеспечение», запущенное на «железе» мозга. Такая *компьютеристская* и *функционалистская* концепция подразумевает, что когнитивное функционирование можно понять как форму обработки информации, где мозг воспринимает сигналы от органов чувств и вычисляет соответствующие ответы. Такое предположение часто можно встретить при объяснении когнитивных искажений и глубинных убеждений в когнитивно-поведенческой терапии. Эти искажения и убеждения выступают в роли «ошибок в программе», влияющих на восприятие объективного мира. Хотя это и наглядная метафора, такой взгляд на вещи несовершенен со многих сторон. Практически невозможно представить интеграцию такого представления в биологическую концепцию, в которой нейроны и поведение сложным образом переплетены. Действительно, такое представление кажется неправдоподобным, ведь живые существа – это не компьютеры с заданными функциями, и такая аналогия может сузить наше поле зрения.

Выходя за пределы супервентности и компьютеризма, концепция *воплощенного познания* (*embodied cognition*) отражает биологически возможную интегративную концепцию отношений разума и тела, учитывающую весь спектр биопсихосоциальных факторов как имеющих потенциал для объяснения психических феноменов¹⁴⁴. Эта концепция набирает все большее влияние в философии психиатрии в последние годы, но до сих пор не была широко принята клиницистами и пока не обсуждается в образовательных программах. Использование воплощенного познания для понимания связи между разумом и телом – ключевое достижение философии психиатрии.

В приложении к психопатологии понятие *воплощенности* (*embodiment*) и связанные с ним идеи *встроенности*

(*embedment*), *расширенности* (*extension*) и *энактивизма* (*enactivism*), которые будут раскрыты далее, образуют правдоподобную интегративную структуру для исследований и терапии психических расстройств. По нашему мнению, этот подход потенциально может инкорпорировать и взять за свою основу множество современных концептуальных разработок, которые были описаны выше, при этом не вступая в противоречие со многими другими современными теоретическими и методологическими разработками из различных дисциплин. В этом разделе мы, во-первых, дадим определение некоторым ключевым понятиям и проведем обзор разработки концепции воплощенного познания. Затем мы перейдем к обсуждению применения этого подхода для изучения и лечения психических расстройств.

Что такое воплощенное познание?

К *воплощенному познанию* можно отнести разнообразный спектр подходов среди различных дисциплин внутри когнитивной науки, включающий в себя психологию, нейронауку, философию, робототехнику, искусственный интеллект, но не исчерпывающийся ими. Воплощенный подход в когнитивной науке объединен стремлением к уходу от «когнитивистского» или «компьюталистского» взгляда, в рамках которых мозг воспринимается как изолированное «место познания», который принимает сенсорную информацию, воспроизводит окружающий мир и вычисляет соответствующую реакцию. Напротив, воплощенные подходы по-разному видят роль тела и контекста как в состоянии когнитивных здесь и сейчас, так и в их изменении в процессе развития, таким образом децентрализуя то, как мы пытаемся понимать разум²⁰⁰. Вместо представления разума через имплицитную аналогию с компьютером воплощенные подходы представляют разум как сложную живую систему, адаптирующуюся к динамике окружающей ее среды.

Исторически концепция воплощенного познания имеет множество предпосылок. Чаще прочих к ним относят: отказ от традиционного символическо-репрезентативного восприятия когнитивных, которое подразумевает, что воспринимаемый мир – это модель/воспроизведение реальности; интерес к расширению таких минимально репрезентативных «коннективистских» концепций, как нейронные сети; внимание к идеям философов-прагматиков, таких как J. Dewey, о том, как знание формирует взаимодействие с миром; феноменологические открытия таких авторов, как M. Merleau-Ponty, о неотъемлемости тела в структуре опыта и взаимодействия с миром; работы в области психологии развития Ж. Пиаже и других, кто описывал взаимодействие с миром в течение времени; а также вдохновение от успеха теории динамических систем в моделировании поведения сложных систем²⁰¹. Сочетание этих исторических предпосылок привело к возникновению представления о разуме, учитывающее широкий спектр факторов, влияющих на человеческое познание: от генов и молекул до культуры и контекста.

Воплощенные когнитивные науки – неоднородное направление. Даже само слово «воплощенный» можно понимать по-разному в зависимости от контекста. В связи с этим важно уточнить значение, в котором мы используем этот термин. В своем обобщающем обзоре воплощенного познания Shapiro и Spaulding выделяют три пересекающихся, но различных варианта использования термина «воплощенный». Они так определяют эти три значения: *конституциональное*, *концептуализационное* и *замещающее*²⁰². В нашей статье мы используем это слово в конституциональном понимании воплощенности. Тем не менее стоит коротко объяснить смысл всех трех вариантов.

В *замещающем* смысле «воплощенный» подчеркивает необходимость замены наших систем понимания разума на менее репрезентативные и более динамические. Другими словами, развитие способов понимания мозга не как зеркала, где происходит репрезентация мира, а как сущности, взаимодействующей с миром напрямую. Классическим примером является рассуждение о том, как лучше думать о ловле летящего бейсбольного мяча. Вместо того чтобы воспроизводить все окружение и вычислять траекторию

мяча, с точки зрения воплощенной и нерепрезентативной концепции, мы реализуем простую визуальную стратегию для того, чтобы убедиться, что мы в оптимальной позиции для ловли мяча²⁰³. Этот смысл воплощенности, по сути, связан с позицией «радикально энактивного восприятия», которая воспринимает когнитивный процесс без участия репрезентации²⁰⁴.

Когда термин «воплощенный» используется в значении *концептуализации*, фокус направлен на психологические концепции и процессы, а также на их изменения под влиянием имеющихся у нас тела и опыта. Ключевая идея состоит в том, что наша концептуализация мира отличалась бы, если бы наши тела были бы иными, чем есть. Например, наше мышление в терминах «вверх», метафорически связанном с позитивностью и действием, и «вниз», связанном с депрессией и бездействием, не просто культурная особенность, а глубоко укорененное восприятие, связанное с телесным опытом и деятельностью²⁰⁵. Накапливающиеся поведенческие и нейробиологические данные подтверждают идеи о том, что: а) существует значительное пересечение в нейронных процессах, вовлеченных в сенсомоторную координацию, и вовлеченных в так называемую «высшую» нервную и социальную деятельность; и б) такое пересечение значит, что «высшая» нервная деятельность не изолирована в мозге, а связана с телесным и сенсомоторным контекстом, то есть текущей позой, действием и внутренним физиологическим состоянием^{206,207}.

При использовании в *конституциональном* значении, как в нашем случае, «воплощенный» подразумевает, что психические процессы стоит воспринимать не как сформированные только мозгом, а скорее как возникающие в результате взаимодействия мозга и тела, то есть одной расширенной системы. Разум возникает не в результате попытки мозга воспроизвести мир, а скорее в результате того, что весь организм перемещается, адаптируется и осознает мир^{197,205,208–211}. С этой точки зрения, например, выделение кортизола и адреналина из надпочечников в ответ на острый стресс – не просто событие, происходящее на одном уровне, влияющее на когнитивные функции, находящиеся на более высоком уровне, а *часть* единого включающего тело когнитивно-аффективного ответа на угрозу. Таким образом, процессы формирования эмоций, выходящие за границы мозга и вновь в него входящие, включают многие interoцептивные компоненты^{207,212}. Воплощенность в этом понимании включает идеи динамической конституции, нисходящую причинность и дуализм восприятия, обсужденные ранее.

Теперь, после разъяснения значения *воплощенности* (*embodiment*), было бы полезно дать определения некоторым другим связанным идеям, особенно *встроенности* (*embedment*), *расширенности* (*extension*) и *энактивизму* (*enactivism*). Эти концепции вместе с воплощенностью часто обсуждаются под зонтичным термином «4Е». Иногда говорят и о «5Е», как правило, добавляя *эмоции* (*emotion*).

Встроенность подразумевает, что когнитивное функционирование включает постоянное взаимодействие со средой в разных временных масштабах. Следовательно, для того, чтобы понять познание, необходимо учитывать роль контекста. При размышлении о человеческом функционировании внешняя среда также рассматривается не просто как физическое окружение, но и как социокультурное, сформированное окружающими, их артефактами и общими смысловыми структурами²¹³. Встроенность подчеркивает одновременно и глубокую подверженность людей влиянию окружающей среды, и их собственное влияние на нее во временных масштабах эволюционных изменений, социокультурного развития, обучения в течение жизни и восприятия здесь и сейчас. Даже самая абстрактная и интеллектуальная деятельность, такая как математика, требует глубоко воплощенного и встроенного набора навыков^{195,205}.

Расширение – идея, во многом схожая со *встроенностью*, но представляющая собой более радикальное заявление. Согласно этой концепции когнитивные процессы можно понять лучше, если принять, что они выходят за рамки тела и замыкаются через внешний мир²¹³. Продолжая пример с математикой, калькулятор является не просто поддержкой

для когнитивных процессов индивида, а становится частью когнитивного процесса. В известном мысленном эксперименте Clark и Chalmers сравнивают Ингу, которая ориентируется по памяти, с Отто, который, в связи с болезнью Альцгеймера, полагается на записанные в записной книжке указания. Учитывая, что единственная разница между этими случаями в том, что процесс навигации в одном из них происходит полностью в мозге Инги, а в случае Отто – частично за его пределами, авторы утверждают, что ограничение познания до того, что происходит внутри черепа, весьма условно²¹⁴.

Идея *энактивизма* формируется из сочетания *воплощенности* и *расширения*. Его можно объяснить разными способами, расставляя акценты в разных местах, но мы сфокусируемся на *аутопоэтическом энактивизме*²¹⁵. «Аутопоэтический» – это, простыми словами, «создающий себя сам». Соответственно, в рамках аутопоэтического энактивизма акцент сделан на том, что осознанность появляется или, вернее, вводится, «энактируется», через организационные структуры организмов и их усилия по постоянному поддержанию включенности в контекст их окружающей среды. Энактивная точка зрения подразумевает, что формы жизни меняются в процессе эволюции в попытке выжить и эта цель создает необходимую основу для появления относительного *смысла*. С целью выживания организмов требуется научиться искать еду, избегать хищников и так далее, в зависимости от того, что преподносит мир²¹⁶. Познание – *смыслообразующий*, постоянно разворачивающийся процесс, который включает тело, и действие и является по своей сути относительным и аффективным/движимым смыслом. Таким образом, познание – это не линейный процесс из ощущения-восприятия-познания-действия, а циклический процесс сенсомоторной вовлеченности. Мозг не получает и перерабатывает информацию для моделирования мира, как предполагается в нейроцентричной концепции, а скорее является органом координации, обучения и влияния внутри этого сенсомоторного цикла, что позволяет существовать более сложным вариантам смыслообразования и деятельности в мире^{189,217}.

В целом, воплощенная/4Е модель познания представляет недуалистическое восприятие разума, что представляется правдоподобным биологически и не становится жертвой редукционистского соблазна. Восприятие человеческого функционирования в этой концепции сохраняет возможность агентности, при этом учитывая многообразие влияний, которые влияют на здоровье и поведение людей: от генов до культуры. Таким образом, это интегративный подход, требующий анализа как настоящего состояния, так и истории всей системы мозг-тело-среда, если мы хотим понять паттерны человеческого поведения и познания. Этот подход соответствует координированному плюрализму²¹⁸, а вероятно, даже и интегративному плюрализму²¹⁹ и ведет к предположению, что учет психических расстройств, основанный на концепции воплощенного/4Е познания, может предоставить возможность решить «проблему интеграции» в психиатрии. Эта проблема заключается в том, что мы выявили причинные факторы в мозге, в теле и в среде, но не можем концептуализировать, как все они вместе влияют на паттерн расстройства²²⁰.

Клиническое применение воплощенного/4Е познания

Некоторые концепции, основанные на воплощенном/4Е подходе, применялись для психических расстройств в целом^{189,191,220,221}. В рамках этих концепций психические расстройства рассматриваются как *нарушение смыслообразования*, что согласуется с попытками преодолеть натуралистско-нормативистскую дихотомию с акцентом на контекстуальной адаптации индивида, что соответствует мягкому натурализму^{62,222}. В этих концепциях также разделяется идея, что воплощенное/4Е познание служит интегративной моделью для концептуализации, исследований и лечения психических расстройств с акцентом на мультидисциплинарных и плюралистских подходах. В дополнение к этому ранее предпринимались и некоторые попытки разрабо-

тать описательные и объяснительные модели конкретных психических расстройств с позиции воплощенного/4Е подхода^{223–228}.

Фокус на воплощенном познании создает представление о психических расстройствах как о *конституционально сложных*, включающих биологические, когнитивно-эмоциональные, средовые и социокультурные аспекты. Такое направление подчеркивает важность как *биологии*, так и *агентности*, признавая важность исследований биологического уровня, но не сводя к нулю объяснительную важность человеческого опыта и выбора. В это также встраиваются и представления о динамической конституции и нисходящей причинности, позволяющие разрушить дихотомию разума и тела, а также соответствующие понятию о психических расстройствах как о кластерах размытых механистических свойств²²⁹.

Через понятие воплощенности эти концепции подчеркивают актуальную и историческую роль физической и социокультурной сред. В развитии всех живых существ, а в особенности людей, играют важную роль исторические и экологические факторы. Считается, что благодаря изменениям, полученным в процессе эволюции, социокультурного прошлого и развития в целом, мы стремимся к адаптации к настоящему контексту и предполагаемому будущему^{207,212}. Применительно к психиатрии это позволяет взаимно интегрировать эволюционную психиатрию²³⁰, культурную психиатрию^{196,231} и психиатрию развития²³².

В воплощенной модели тем не менее культура рассматривается не только как историческая сила, которая оказывает влияние в процессе развития, но также и как живой контекст. С этой «конституциональной точки зрения», культура представляется в виде «общего мира» или структуры знаний, смыслов и артефактов, обусловленных текущими процессами²¹². Такой общий мир отражает исторический контекст индивидуального развития, а также то, как индивид вкладывает смысл в мир. Кроме того, этот мир продолжает играть роль во взаимодействии индивидов здесь и сейчас, в том числе в условиях клинической практики. Воплощенность, таким образом, подталкивает клиницистов внимательнее относиться к роли культуры в жизни и истории своих пациентов, а также во взаимодействии между клиницистом и пациентом.

Через понятие энактивизма, эти модели *процессуально ориентированы*, то есть психические расстройства рассматриваются не столько как статичные проблемы/дисфункции в мозге или психике, сколько постоянно происходящие процессы осмысления и взаимодействия с миром. Именно посредством взаимодействия со своей специфической средой и ее конкретными возможностями, мыслящие существа открывают и создают для себя новые смыслы. Психические расстройства возникают скорее в цикле взаимодействий пациента и мира в качестве дезадаптивного паттерна смыслообразования, а не являются просто следствием «когнитивной ошибки» или «психического неблагополучия»¹⁹¹.

Такая процессуальная ориентированность хорошо согласуется с фокусом нейронауки и вычислительной психиатрии на *активных умозаключениях* (*active inference*), в которых модель предсказательных процессов описывает, как организмы реализуют вероятностные вычисления окружающей их среды для лучшей адаптации. Действительно, некоторые авторы предлагали лучшие варианты интеграции этих моделей в воплощенные/4Е подходы, замечая, что мозг и разум, включая интероцептивные компоненты, вовлечены в воплощенный предсказательный процесс, направленный на поддержание энактивного взаимодействия со средой^{206,233,234}. В своих воплощенных/4Е концепциях Friston et al. предлагают термин *энактивных умозаключений* (*enactive inference*)²³⁵. Их модель объединяет репрезентативный и нерепрезентативный подходы²³⁶, осуществляя плюралистический, хотя в то же время формальный и механистический учет многих психиатрических состояний, часто с фокусом непосредственно на interoцепции и телесных состояниях^{237,238}.

В условиях клиники, где центральная роль в энактивистском подходе отводится возможностям и аффективности,

процессуальная ориентированность рифмуется с психотерапевтическими подходами, в которых внимание пациента направляется на ранние дезадаптивные схемы и текущую динамику эмоций для обучения навыками управления ими^{239,240}, что есть, по сути, упражнение по осмыслению смыслообразования¹⁹¹. Кроме этого, с энктивистской точки зрения, терапевтические вмешательства в психиатрии направлены на повышение соответствия человека его/ее окружающей среде. Это влечет за собой интеграцию с социальной психиатрией и терапевтическими вмешательствами, сфокусированными на внешней среде.

Поучительным примером клинической применимости воплощенного/4Е подхода может служить работа Tschacher и коллег по шизофрении²²⁵. Авторы указывают, что сенсомоторная дисфункция, приводящая к изменению скорости обработки стимулов и нарушению оценки внешней среды, тесно связана с психотическими симптомами. Они утверждают, таким образом, что проблемы в социальном функционировании можно считать расстройствами воплощенной коммуникации. Подводя итог, на основании этих данных они предлагают новые лечебные стратегии с использованием телесно ориентированных вмешательств. Повторимся, воплощенный/4Е подход теоретически может позволить интегрировать биологический и феноменологический подходы, а также может использоваться в клиническом контексте.

В завершение можно привести клинический пример, иллюстрирующий воплощенный/4Е подход применительно к зависимости²²⁷. Зависимость воплощена, то есть влияние психоактивных веществ на нейробиологические механизмы меняет психическую активность, тело само по себе изменяется в сторону нездоровья и подкрепления употребления, а привычное поведение играет важную роль в поведении, связанном с психоактивными веществами. Зависимость встроена/расширена, то есть зависимое поведение как обусловлено окружающей средой, так и влияет на нее, а также сформировано индивидуальной историей процессов обучения. Наконец, зависимость энктивна, то есть, у человека с зависимостью изменены воспринимаемый опыт и взаимодействие с миром в сторону, противоположную его/ее ценностям, так как человек действует в конкретном негибком ключе, пытаясь удовлетворить свои потребности. В этом подходе нейрональная в узком смысле модель заменяется представлением о зависимости как об одновременно нейронально и внешне обусловленном состоянии, но также с учетом того, как употребление психоактивных веществ меняет мир человека, нарушая его/ее самостоятельность и жизненный опыт.

У данного подхода есть несколько преимуществ. Во-первых, он позволяет интегрировать нейробиологические аспекты зависимости с аспектами жизненного опыта. Во-вторых, дихотомия восприятия зависимости как болезни или как личного выбора – ключевая проблема в философии этого состояния – может выглядеть как чрезмерно упрощенная ложная дихотомия^{241,242}. В-третьих, этот подход позволяет переосмыслить стратегии к восстановлению, а именно предоставляет способ оценки того, как человек с зависимостью может менять свой жизненный опыт, меняя окружение, и ее возможности, что и приведет к перемене в динамическом взаимодействии биологии мозга, interoцепции и окружающего контекста.

ОБСУЖДЕНИЕ

Психиатрия – это, по своей сути, концептуально сложная и нагруженная область. Тем не менее возможность поразмыслить над концепциями, косвенно влияющими на психиатрическую практику, нечасто представляется как практикующим врачам, так и ординаторам. При этом множество негласных допущений – о природе психических расстройств, диагностических категориях, причинных объяснениях и разуме – влияет на повседневное взаимодействие с психиатрической таксономией, клиническую оценку и диагностику, а также на обсуждение с пациентами их состояния и лечения. Эти негласные допущения тем не менее глубоко изучены философами психиатрии, а мы, в

свою очередь, описали ключевые достижения в этой области и их клиническое применение.

Концептуализация и категоризация психического расстройства, как в натуралистском, так и в нормативистском ключах одинаково важны, и в этой области растет принятие таких работ, которые учитывают как факты, так и ценности. На концептуальном уровне это приводит к движению от строгого сциентизма к мягкому натурализму, позиции, которая охватывает и психобиологические механизмы, и личную агентность. В клинической практике объединение натурализма и нормативизма способствует уходу от материалистичного восприятия расстройств в сторону одинаково всеобъемлющего и индивидуализированного отношения к пациентам. Внимание к важности и фактов, и ценностей может способствовать становлению психиатрической помощи, основанной одновременно и на доказательствах, и на ценностях.

При рассмотрении природы психиатрической науки растет внимание к плюралистскому подходу, включающему онтологический плюрализм, плюрализм ценностей и объяснений. Концептуально это включает многоуровневые причинно-следственные взаимодействия, которые углубляют изучение психопатологии и, согласуясь с ранним плюралистским подходом Ясперса, объединяют объяснение поведения и понимание индивидуальности, что поддерживается многими философами⁵⁰. Клинически этот подход подчеркивает важность как широкого спектра «влияющих на различия» явлений, так и рассмотрение «пережитого опыта» в науке и практике.

Концептуальная и эмпирическая работа в области воплощенного познания приобретает все большее значение при изучении многих вопросов о разуме и мозге и о соматических и психических факторах, играющих ключевую роль в психических расстройствах. Восприятие разума и мозга как воплощенного, встроенного и энктивного позволяет интегрировать достижения как когнитивно-аффективной нейронауки и феноменологической психопатологии, так и широкого круга других дисциплин. Работа в области воплощенного познания в настоящий момент приобретает все большее значение и влияние в процессе переосмысления психического здоровья и психических расстройств^{189,191,220,221}.

Концепция считается состоятельной при наличии нескольких элементов, включающих эксплицитные концептуальные предположения, разработка философского словаря, близость к схожим концептам, а также сохранение уровня «концептуальной скромности»⁷. Эти элементы были отражены в данной работе, но тут мы бы хотели подчеркнуть именно значимость эпистемологической скромности. Например, философия зоологии учит нас, что, несмотря на огромный объем работы, которая была проведена для улучшения классификаций, они остаются ориентировочными, и следует всячески избегать овеществления предлагаемых в них элементов.

Аналогичные рассуждения справедливы и в отношении наших попыток развить философию психиатрии. Мы начали с утверждения о том, что прогресс в философии спорен и мы остерегаемся ожидать многого. Некоторые из проблем в философии психиатрии возникли в древние времена, а некоторые используемые идеи выглядят «спорными по своей сути»: существует множество противоборствующих направлений, и продолжающиеся обсуждения и споры вокруг них имеют место по праву²⁴³. В частности, это применимо к концепции болезни, которая, вероятно, неразрешимо запутана^{31,244}. Тем не менее задача философии состоит не столько в том, чтобы полностью разрешить все споры или стереть разногласия, сколько в том, чтобы внятно сформулировать и понять обсуждаемые вопросы. Можно сказать, что некоторый прогресс все же был достигнут, так как обсуждаемые проблемы в теоретических работах были сформулированы более строго, а в практическом клиническом контексте были рассмотрены более тщательно.

Некоторые ограничения используемого подхода стоит отдельно подчеркнуть. Во-первых, мы обобщили утверждения и выводы из литературы, но не пытались защитить какую-либо конкретную позицию. В связи с этим мы не

уделили внимания текущим работам и ключевым вариантам некоторых положений, которые были упомянуты, а также важным критическим оценкам этих положений^{50,245–248}. Ключевые конструкты, используемые в работе, включая мягкий натурализм, плюрализм и воплощенное познание, заслуживают намного большего внимания.

Во-вторых, хоть мы и наметили некоторые связи между рассматриваемыми конструктами (мягкий натурализм, плюрализм и воплощенное познание), на наш взгляд, в отношении этих связей возможна намного более глубокая работа. В максимально широком смысле, часть работы над этими конструктами может позволить в некоторой степени сблизить аналитическую и континентальную философию²⁴⁹. В более узком смысле, мы считаем, что также возможно связать идеи ключевых философов, которые высказывались по этим вопросам (включая J. Dewey, который предвосхитил появление понятия воплощенного познания²⁵⁰, W. Sellars, который противопоставил научный и проявляющийся в действительности образ²⁵¹, и Н. Putnam, который работал над преодолением разрыва факта и ценности²⁵²), а также связать работы из области когнитивно-аффективной нейронауки и феноменологической психопатологии^{192,253}.

В-третьих, мы выборочно рассматривали прогресс в области, опуская огромные пласты работ по философии психиатрии, многие из которых посвящены этике (которая станет темой другого грядущего Форума в этом журнале), и потенциально преуменьшили спектр авторов и достижений. Также мы детально не освещали вопросы философии отдельных психиатрических симптомов или расстройств, несмотря на огромный объем литературы, посвященный целому ряду психиатрических состояний. Ширина и глубина работы как античных, так и современных философов, которые обсуждали вопросы, поднятые в нашей работе, невероятна, в связи с чем мы рекомендуем читателям погрузиться в них глубже.

Важный метавопрос состоит в том, в какой степени была проведена работа в отношении когнитивной науки, философии и психиатрии. В рамках концепции воплощенного познания предполагается, например, что, когда мы размышляем о таких категориях, как психические расстройства, мы скорее склонны придавать существенное значение нашим концепциям, вместо того чтобы обращать внимание на то, насколько мы зависим от воплощенных метафор^{60,254}. Возможно, мы таким образом сталкиваемся с вполне конкретными трудностями в попытке избежать ловушки редукционизма и овеществления и при формулировании и работе с такими расплывчатыми конструктами, как объединение натурализма и нормативизма.

Ряд ключевых тем был затронут в разных частях этой статьи. Мы выделили три из них. Первой ключевой темой была интеграция. Мы обсудили интеграцию элементов натурализма и нормативизма; помощи, основанной на доказательствах, и помощи, основанной на ценностях; научного знания и пережитого опыта; психофизиологических механизмов и личной агентности. Далее мы подчеркнули потенциальную ценность воплощенного/4Е подхода в интеграции ряда дисциплин, изучающих мозг и разум, включая когнитивно-аффективную нейронауку, психопатологию развития и социальную психиатрию.

Связана с этим была и тема «баланса». Наше понятие психических расстройств должно избегать полюсов сциентизма и релятивизма; наши объяснения должны избегать как нейроредукционизма, так и культурализма; в нашем подходе к психофизиологической проблеме следует избегать как «безмозглой», так и «бездушной» психиатрии¹³⁹. Во введении мы упомянули понятие Аристотеля о «золотой середине», и акцент на балансе *Инь* и *Янь*, существующий в китайской философии. Сбалансированный подход, способный рассудительно взвесить всю широту общего и частного, однозначно находится в самом сердце качественной клинической практики²⁵⁵.

Финальной темой была сложность. Мы заявили о важности избегания эссенциализма и редукционизма в психиатрии, а также о том, что клиническая оценка требует шагнуть далеко за пределы диагностических критериев, чтобы

учесть всю широту доменов и понять каждого пациента как уникальную личность. Хотя монокаузальные модели заболеваний (например, нейросифилис, вызванный *Treponema pallidum*) были полезны, современная психиатрия требует координированного²¹⁸ или интегративного плюрализма. Воплощенный/4Е подход подчеркивает сложность динамического взаимодействия живого существа с окружающей его/ее средой в течение времени. Сложность мозга, разума и клинических состояний – ключевая причина, по которой мечте о простой смене парадигм в психиатрии не суждено сбыться. Наоборот, как философия является любовью к мудрости, так требуется и развитие «мудрой психиатрии».

Философские источники, представленные здесь, могут быть полезны для понимания степени, в которой психиатрия осуществила прогресс, существующий баланс успехов и провалов и наши будущие стремления. По нашему представлению неоспоримо то, что философия сыграла ключевую роль в психиатрии, будь то явно или косвенно, и это продолжится в будущем. Мы всегда надеемся, что работа в области философии психиатрии будет способствовать концептуальной осведомленности клиницистов. Делая неявное явным, философский анализ может помочь выявить последствия, ограничения, противоречия и даже абсурдность, которые потенциально таятся в общепринятых идеях и убеждениях. Мы надеемся, в будущем эти успехи философии психиатрии возымеют положительное влияние на клинику, способствуют интеграции, балансу и мудрости в психиатрической практике.

Перевод: Северцев Всеволод Владиславович, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Pearson G. Aristotle on psychopathology. In: Kontos P (ed). *Evil in Aristotle*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018:122-49.
2. McLeod A. The dao of madness: mental illness and self-c ultivation in early Chinese philosophy and medicine. Oxford: Oxford University Press, 2021.
3. Schwartz MA, Mokalewicz M, Wiggins OP. Karl Jaspers: the icon of modern psychiatry. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2017;54:4-7.
4. McHugh PR, Slavney PR. *The perspectives of psychiatry*, 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1998.
5. Fulford KWM, Thornton T, Graham G et al (eds). *The Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
6. Sadler J, van Staden W, Fulford KWM (eds). *The Oxford handbook of psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
7. Aftab A, Waterman GS. Conceptual competence in psychiatry: recommendations for education and training. *Acad Psychiatry* 2021;45:203-9.
8. Tekin Ş, Bluhm R (eds). *The Bloomsbury companion to philosophy of psychiatry*. London: Bloomsbury Academic, 2022.
9. Wilkinson S. *Philosophy of psychiatry: a contemporary introduction*. Oxon: Routledge, 2023.
10. Sidhu NS, Allen KJ, Civil N et al. Competency domains of educators in medical, nursing, and health sciences education: an integrative review. *Med Teacher* 2023;45:219-28.
11. Barry ES, Merkebu J, Varpio L. State-of-the-art literature review methodology: six-step approach for knowledge synthesis. *Perspect Med Educ* 2022;11:1-8.
12. Blackford R, Broderick D (eds). *Philosophy's future: the problem of philosophical progress*. London: Wiley, 2017.
13. Williamson T. *The philosophy of philosophy*, 2nd ed. London: Wiley, 2021.
14. Klerman G. The evolution of a psychiatric nosology. In: Shershow JC (ed). *Schizophrenia: science and practice*. Cambridge: Harvard University Press, 1978:99-121.
15. Andreasen NC. *The broken brain: the biological revolution in psychiatry*. New York: Harper & Row, 1985.
16. Guze SB. *Why psychiatry is a branch of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
17. Wakefield JC. Klerman's "credo" reconsidered: neo-K raepelinianism, Spitzer's views, and what we can learn from the past. *World Psychiatry* 2022;21:4-25.

18. Decker HS. How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? – from Emil Kraepelin to DSM-III. *Hist Psychiatry* 2007;18:337-60.
19. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 1964;5:397-408.
20. Quitkin F, Rifkin A, Klein DF. Monoamine oxidase inhibitors: a review of antidepressant effectiveness. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:749-60.
21. Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA* 2005;294:2221-4.
22. Kendler KS, Muñoz RA, Murphy G. The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *Am J Psychiatry* 2010;167:134-42.
23. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013;11:126.
24. Luhrmann TM. Of two minds: an anthropologist looks at American psychiatry. New York: Vintage Books, 2001.
25. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. Princeton: Princeton University Press, 1987.
26. Zachar P, Kendler KS. The removal of Pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison. *Philos Ethics Humanit Med* 2012;7:4.
27. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
28. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry* 2022;21:393-414.
29. Maj M. Mental disorders as “brain diseases” and Jaspers’ legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
30. Jefferson A. Are mental disorders brain disorders? Oxon: Routledge, 2022.
31. Bortolotti L. Doctors without ‘disorders’. *Aristot Soc* 2020;94:163-84.
32. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci* 1977;44:542-73.
33. Boorse C. A rebuttal on health. In: Humber JM, Almeder RF (eds). *What is disease?* Totowa: Humana Press, 1997:1-134.
34. Boorse C. A second rebuttal on health. *J Med Philos* 2014;39:683-724.
35. Schramme T. Christopher Boorse and the philosophy of medicine. *J Med Philos* 2014;39:565-71.
36. Fulford KWM. Moral theory and medical practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
37. Glackin SN. Grounded disease: constructing the social from the biological in medicine. *Philos Quart* 2019;69:258-76.
38. Cooper R. What is wrong with the DSM? *Hist Psychiatry* 2004;15:5-25.
39. Gagné-Julien AM. Wrongful medicalization and epistemic injustice in psychiatry: the case of premenstrual dysphoric disorder. *EuJAP* 2021;17:5-36.
40. Stein DJ, Palk AC, Kendler KS. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychol Med* 2021;51:894-901.
41. Pellegrino E, Thomasma D. A philosophical basis of medical practice: towards a philosophy and ethic of the healing professions. Oxford: Oxford University Press, 1981.
42. Glackin SN. Three Aristotelian accounts of disease and disability. *J Appl Philos* 2016;33:311-26.
43. Rosqvist H, Chown N, Stenning A. Neurodiversity studies: a new critical paradigm. Oxon: Routledge, 2020.
44. Chapman R. Neurodiversity and the social ecology of mental functions. *Perspect Psychol Sci* 2021;16:1360-72.
45. LeFrançois BA, Menzies R, Reaume G (eds). *Mad matters: a critical reader in Canadian mad studies*. Toronto: Canadian Scholars’ Press, 2013.
46. Beresford P, Russo J (eds). *The Routledge international handbook of mad studies*. Oxon: Routledge, 2022.
47. Longino HE. Science as social knowledge: values and objectivity in scientific inquiry. Princeton: Princeton University Press, 1990.
48. Boudry M, Pigliucci M. Science unlimited? The challenges of scientism. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
49. de Ridder J, Peels R, van Woudenberg R. Scientism: prospects and problems. Oxford: Oxford University Press, 2018.
50. De Caro M, Macarthur D (eds). *The Routledge handbook of liberal naturalism*. Oxon: Routledge, 2022.
51. Amoretti MC, Lalumera E. Wherein is the concept of disease normative? From weak normativity to value-conscious naturalism. *Med Health Care Philos* 2022; 25:47-60.
52. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R’s definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
53. Spitzer RL. Harmful dysfunction and the DSM definition of mental disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;10:430-2.
54. Faucher L, Forest D. Defining mental disorder: Jerome Wakefield and his critics. Cambridge: MIT Press, 2021.
55. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
56. Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. *World Psychiatry* 2014;13:317-9.
57. Tsou JY. Philosophy of psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
58. Boyd R. Homeostasis, species, and higher taxa. In: Wilson R (ed). *Species: new interdisciplinary essays*. Cambridge: MIT Press, 1999.
59. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 2010;40:1759-65.
60. Stein DJ. What is a mental disorder? A perspective from cognitive-affective science. *Can J Psychiatry* 2013;58:656-62.
61. Zachar P, Kendler KS. The philosophy of nosology. *Annu Rev Clin Psychol* 2017;13:49-71.
62. Nielsen K, Ward T. Mental disorder as both natural and normative: developing the normative dimension of the 3e conceptual framework for psychopathology. *J Theor Philos Psychol* 2020;40:107-23.
63. Conley BA, Glackin SN. How to be a naturalist and a social constructivist about diseases. *Philosophy of Medicine* 2021;2:1.
64. Gagné-Julien AM. Towards a socially constructed and objective concept of mental disorder. *Synthese* 2021;198:9401-26.
65. Fulford KWM. “What is (mental) disease?”: an open letter to Christopher Boorse. *J Med Ethics* 2001;27:80-5.
66. Sadler J. Descriptions and prescriptions: values, mental disorders, and the DSMs. Baltimore: John Hopkins University Press, 2004.
67. Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry* 2005;4:78-86.
68. Reznick L. The philosophical defence of psychiatry. Oxon: Routledge, 1991.
69. Murphy D. Psychiatry in the scientific image. Cambridge: MIT Press, 2006.
70. Stein DJ. Problems of living: perspectives from philosophy, psychiatry, and cognitive-affective science. London: Academic Press, 2021.
71. Aftab A, Rashed MA. Mental disorder and social deviance. *Int Rev Psychiatry* 2021;33:478-85.
72. Stein DJ. Disorder and deviance: where to draw the boundaries? *Philos Psychiatr Psychol* 2014;21:261-5.
73. Spitzer RL. Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R: an insider’s perspective and a belated response to Sadler, Hulgus, and Agich’s “On values in recent American psychiatric classification”. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:351-9.
74. Stein DJ, Phillips KA. Patient advocacy and DSM-5. *BMC Med* 2013;11:133.
75. Fulford KWM, Bortolotti L, Broome M. Taking the long view: an emerging framework for translational psychiatric science. *World Psychiatry* 2014;13:1107.
76. Bueter A. A multi-dimensional pluralist response to the DSM-controversies. *Perspect Sci* 2019;27:316-43.
77. Fuss J, Lemay K, Stein DJ et al. Public stakeholders’ comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2019;18:233-5.
78. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2022;21:189-213.
79. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry* 2023;22:352-65.
80. Tekin Ş. Participatory interactive objectivity in psychiatry. *Philos Sci* 2022; 89:1166-75.
81. Rose D, Rose N. Is ‘another’ psychiatry possible? *Psychol Med* 2023;53:46-54.
82. Hyman SE. Psychiatric disorders: grounded in human biology but not natural kinds. *Perspect Biol Med* 2021;64:6-28.

83. Zachar P. Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us? *World Psychiatry* 2015;14:288-90.
84. Fulford KWM. Values-based practice: a new partner to evidence-based practice and a first for psychiatry. *Mens Sana Monogr* 2008;6:10-21.
85. Campbell JK, O'Rourke M, Slater MH. *Carving nature at its joints: natural kinds in metaphysics and science*. Cambridge: MIT Press, 2011.
86. Kincaid H, Sullivan J. *Classifying psychopathology: mental kinds and natural kinds*. Cambridge: MIT Press, 2014.
87. Bechtel W. *Mental mechanisms*. Oxon: Routledge, 2007.
88. Craver C. *Explaining the brain: mechanisms and the mosaic unity of neuroscience*. Oxford: Clarendon, 2007.
89. Nicolson DJ. The concept of mechanism in biology. *Studies Hist Philos Biol Biomed Sci* 2012;43:152-63.
90. Glackin SN. Individualism and the medical: what about somatic externalism? *Analysis* 2017;77:287-93.
91. Huda AS. *The medical model in mental health: an explanation and evaluation*, 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.
92. Heckers S, Kendler KS. The evolution of Kraepelin's nosological principles. *World Psychiatry* 2020;19:381-8.
93. Blashfield RK, Feighner et al., invisible colleges, and the Matthew effect. *Schizophr Bull* 1982;8:1-6.
94. Aftab A, Ryznar E. Conceptual and historical evolution of psychiatric nosology. *Int Rev Psychiatry* 2021;33:486-99.
95. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.
96. Kendler KS. Toward a scientific psychiatric nosology: strengths and limitations. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:969-73.
97. Solomon M, Kendler KS. The problem of aggregating validators for psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 2021;209:9-12.
98. Hacking I. *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press, 1995.
99. Smoller JW, Andreassen OA, Edenberg HJ et al. Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. *Mol Psychiatry* 2019;24:409-20.
100. Andreassen OA, Hindley GFL, Frei O et al. New insights from the last decade of research in psychiatric genetics: discoveries, challenges and clinical implications. *World Psychiatry* 2023;22:4-24.
101. Kendler KS. What psychiatric genetics has taught us about the nature of psychiatric illness and what is left to learn. *Mol Psychiatry* 2013;18:1058-66.
102. Zachar P. *A metaphysics of psychopathology*. Cambridge: MIT Press, 2014.
103. Kendler K, Zachar P. The incredible insecurity of psychiatric nosology. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2015:368-82.
104. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry* 2016;15:512.
105. Kotov R, Krueger RF, Watson D et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol* 2017;126:454-77.
106. Kotov R, Krueger RF, Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry* 2018;17:24-5.
107. Haefel GJ, Jeronimus BF, Kaiser BN et al. Folk classification and factor rotations: whales, sharks, and the problems with the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Clin Psychol Sci* 2022;10:259-78.
108. DeYoung CG, Chmielewski M, Clark LA et al. The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *J Pers* 2022;90:20-33.
109. Michelini G, Palumbo IM, DeYoung CG et al. Linking RDoC and HiTOP: a new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. *Clin Psychol Rev* 2021;86:102025.
110. Kessler RC. The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness. *J Health Soc Behav* 2002;43:171-88.
111. Fulford KWM, Handa A. Categorical and/or continuous? Learning from vascular surgery. *World Psychiatry* 2018;17:304-5.
112. Zachar P. Non-specific psychopathology: a once and future concept. *World Psychiatry* 2023;22:154-5.
113. Kendler KS. DSM disorders and their criteria: how should they interrelate? *Psychol Med* 2017;47:2054-60.
114. Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord* 2015;172:96102.
115. Ghaemi SN. Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin. *Philos Ethics Humanit Med* 2009;4:10.
116. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
117. Maj M. The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. *World Psychiatry* 2016;15:1-2.
118. Kendler KS. The phenomenology of major depression and the representativeness and nature of DSM criteria. *Am J Psychiatry* 2016;173:771-80.
119. Maj M, Stein DJ, Parker G et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2020;19:269-93.
120. Schwartz M, Wiggins O. Science, humanism, and the nature of medical practice: a phenomenological view. *Perspect Biol Med* 1985;28:331-61.
121. Tekin S. Self-insight in the time of mood disorders: after the diagnosis, beyond the treatment. *Philos Psychiatr Psychol* 2014;21:139-55.
122. Sadler JZ. The psychiatric significance of the personal self. *Psychiatry* 2007;70:113-29.
123. Dings R, Glas G. Self-management in psychiatry as reducing self-illness ambiguity. *Philos Psychiatr Psychol* 2020;27:333-47.
124. King M, May J. *Agency in mental disorder: philosophical dimensions*. Oxford: Oxford University Press, 2022.
125. Pickard H. Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics* 2017;10:169-80.
126. Brandenburg D. The nurturing stance: making sense of responsibility without blame. *Pacific Philos Quart* 2018;99:5-22.
127. Tabb K, Lebowitz MS, Appelbaum PS. Behavioral genetics and attributions of moral responsibility. *Behav Genet* 2019;49:128-35.
128. Haslam N, Kvaale EP. Biogenetic explanations of mental disorder: the mixed-blessings model. *Curr Dir Psychol Sci* 2015;24:399-404.
129. Loughman A, Haslam N. Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cogn Res* 2018;3:43.
130. Harrington A. *Mind fixers: psychiatry's troubled search for the biology of mental illness*. New York: Norton, 2019.
131. Whooley O. *On the heels of ignorance: psychiatry and the politics of not knowing*. Chicago: University of Chicago Press, 2019.
132. Richards RJ, Daston L (eds). *Kuhn's structure of scientific revolutions at fifty: reflections on a science classic*. Chicago: University of Chicago Press, 2016.
133. Leroi AM. *The lagoon: how Aristotle invented science*. New York: Viking Penguin, 2014.
134. Nesse RM. Tinbergen's four questions. *Evol Med Pub Health* 2018;2019:2.
135. Tinbergen N. On aims and methods of ethology. *Z Tierpsychol* 1963;20:410-33.
136. Ghaemi SN. Existence and pluralism: the rediscovery of Karl Jaspers. *Psychopathology* 2007;40:75-82.
137. Ludwig D, Ruphy S. Scientific pluralism. In: Zalta EN (ed). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2021.
138. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
139. Lipowsky ZJ. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither. *Can J Psychiatry* 1989;34:249-54.
140. Chemla K, Keller E. *Culture without culturalism: the making of scientific knowledge*. Durham: Duke University Press, 2017.
141. Ghaemi SN. *The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.
142. Bolton D, Gillett G. *The biopsychosocial model of health and disease: new philosophical and scientific developments*. Cham: Springer, 2019.
143. Maung HH. Causation and causal selection in the biopsychosocial model of health and disease. *EuJAP* 2021;17:5-27.
144. Aftab A, Nielsen K. From Engel to enactivism: contextualizing the biopsychosocial model. *EuJAP* 2021;17:5-22.
145. Woodward J. *Making things happen: a theory of causal explanation*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

146. Pearl J, Mackenzie D. The book of why: the new science of cause and effect. New York: Basic Books, 2018.
147. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology: smart pills, happy pills, pep pills. Cambridge: Cambridge University, 2008.
148. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic- functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* 2012;17:377-88.
149. Kellert S, Longino H, Waters CK. Scientific pluralism. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2006.
150. Dewey J. Unity of science as a social problem. In: Neurath O, Carnap R, Morris C (eds). *International encyclopedia of unified science*, Vol. 1. Chicago: Chicago University Press, 1938;29-38.
151. James W. Pragmatism: a new name for an old way of thinking. New York: Longmans, Green and Co., 1907.
152. Cartwright N. The dappled world: a study of the boundaries of science. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
153. Dupré J. The disorder of things: metaphysical foundations of the disunity of science. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
154. Kendig C. Natural kinds and classification in scientific practice. Oxon: Routledge, 2016.
155. Henry D. Aristotle's pluralistic realism. *Monist* 2011;94:197-220.
156. Dupré J. Processes of life: essays in the philosophy of biology. Oxford: Oxford University Press, 2012.
157. Stein DJ. Psychiatric disorders are soft natural kinds. *Philos Psychiatr Psychol* 2022;29:183-5.
158. Stein DJ, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Balancing validity, utility, and public health considerations in disorders due to addictive behaviors. *World Psychiatry* 2018;17:363-4.
159. Geert K, Lara K, Rico H. Vagueness in psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2017.
160. Kessler RC, Merikangas KR, Berglund P et al. Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1117-22.
161. Bickle J. Psychoneural reduction: the new wave. Cambridge: MIT Press, 1998.
162. Brigandt I, Love A. Reductionism in biology. In: Zalta NE (ed). *The Stanford encyclopedia of philosophy*, 2017.
163. Bedau M, Humphreys P (eds). *Emergence: contemporary readings in philosophy and science*. Cambridge: MIT Press, 2008.
164. Corradini A, O'Connor T. *Emergence in science and philosophy*. Oxon: Routledge, 2010.
165. De Vreese L, Weber E, Van Bouwel J. Explanatory pluralism in the medical sciences: theory and practice. *Theor Med Bioeth* 2010;31:371-90.
166. Mitchell S. Biological complexity and integrative pluralism. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
167. Eronen MI. The levels problem in psychopathology. *Psychol Med* 2021;51:92733.
168. Bickle J (ed). *The Oxford handbook of philosophy and neuroscience*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
169. Beebe H, Hitchcock C, Menzies P (eds). *The Oxford handbook of causation*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
170. Glennan S, Illari PM (eds). *The Routledge handbook of mechanisms and mechanical philosophy*. Oxon: Routledge, 2018.
171. Calzavarini F, Viola M. Neural mechanisms: new challenges in the philosophy of neuroscience. Cham: Springer, 2021.
172. Frances A. Entrenched reductionisms: the bête noire of psychiatry. *Hist Psychol* 2016;19:57-9.
173. Kendler KS, Parnas J, Zachar P. Levels of analysis in psychopathology: cross-disciplinary perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
174. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
175. Aftab A, Stein DJ. Psychopharmacology and explanatory pluralism. *JAMA Psychiatry* 2022;79:522-3.
176. Oddli HW, Stänicke E, Halvorsen MS et al. Causality in psychotherapy research: towards evidential pluralism. *Psychother Res* 2023;33:1004-18.
177. Cooper M, McLeod J. A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: implications for research. *Counsell Psychother Res* 2007;7:135-43.
178. Castonguay LG, Eubanks CF, Goldfried MR et al. Research on psychotherapy integration: building on the past, looking to the future. *Psychother Res* 2015;25:365-82.
179. Stein DJ, Reed GM. Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC. *Braz J Psychiatry* 2019;41:3-4.
180. Boyd R. How to be a moral realist. In: Sayre-McCord G (ed). *Essays on moral realism*. Ithaca: Cornell University Press, 1988:181-228.
181. Berlin I. *The crooked timber of humanity*. London: Fontana Press, 1991.
182. Kinesella E, Pitman A. *Phronesis as professional knowledge: practical wisdom in the professions*. Rotterdam: Sense Publishers, 2012.
183. Nussbaum MC. *The fragility of goodness: luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
184. Stoyanov D, Fulford B, Stanghellini G et al (eds). *International perspectives in values- based mental health practice: case studies and commentaries*. Cham: Springer, 2021.
185. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017;16:146-53.
186. Fulford KWM, Handa A. New resources for understanding patients' values in the context of shared clinical decision-making. *World Psychiatry* 2021;20:446-7.
187. Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserv* 1998;9:117-25.
188. Kirchhoff MD. Extended cognition and the causal-constitutive fallacy: in search for a diachronic and dynamical conception of constitution. *Philos Phenomenol Res* 2015;90:320-60.
189. Fuchs T. *Ecology of the brain: the phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
190. Leuridan B, Lodewyckx T. Diachronic causal constitutive relations. *Synthese* 2021;198:9035-65.
191. Nielsen K. Embodied, embedded, and enactive psychopathology: reimagining mental disorder. London: Palgrave Macmillan, 2023.
192. Gallagher S. *Enactivist interventions: rethinking the Mind*. Oxford: Oxford University Press, 2017.
193. Brooks S, Stein DJ. Psychotherapy and neuroimaging in anxiety and related disorders. *Dialog Clin Neurosci* 2015;17:287-93.
194. Spitzer RL, First MB, Williams JB et al. Now is the time to retire the term "organic mental disorders". *Am J Psychiatry* 1992;149:240-4.
195. Aftab A. The false binary between biology and behavior. *Philos Psychiatr Psychol* 2020;27:317-9.
196. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press, 1988.
197. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The embodied mind: cognitive science and human experience*, revised edition. Cambridge: MIT Press, 2016.
198. Kendler KS, Campbell J. Expanding the domain of the understandable in psychiatric illness: an updating of the Jaspersian framework of explanation and understanding. *Psychol Med* 2014;44:1-7.
199. O'Leary D. Medicine's metaphysical morass: how confusion about dualism threatens public health. *Synthese* 2021;199:1977-2005.
200. Shapiro LA. *Embodied cognition*, 2nd ed. Oxon: Routledge, 2019.
201. Newen A, De Bruin L, Gallagher S (eds). *The Oxford handbook of 4E cognition*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
202. Shapiro L, Spaulding S. Embodied cognition. In: Zalta EN (ed). *The Stanford encyclopedia of philosophy*, 2021.
203. Wilson AD, Golonka S. Embodied cognition is not what you think it is. *Front Psychol* 2013;4:58.
204. Hutto DD, Myin E. *Radicalizing enactivism: basic minds without content*. Cambridge: MIT Press, 2013.
205. Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books, 1999.
206. Gallese V, Lakoff G. The brain's concepts: the role of the sensory-motor system in conceptual knowledge. *Cogn Neuropsychol* 2005;22:455-79.
207. Seth AK, Friston KJ. Active interoceptive inference and the emotional brain. *Phil Trans R Soc B* 2016;371:20160007.
208. Thompson E. *Mind in life: biology, phenomenology, and the sciences of mind*. Cambridge: Belknap, 2010.
209. Shook JR, Solymosi T. *Pragmatist neurophilosophy: American philosophy and the brain*. London: Bloomsbury Academic, 2014.
210. Engel AK, Friston KJ, Kragic D. *The pragmatic turn: toward action-oriented views in cognitive science*. Cambridge: MIT Press, 2015.

211. Johnson M. Embodied mind, meaning, and reason: how our bodies give rise to understanding. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
212. Colombetti G. The feeling body: affective science meets the enactive mind. Cambridge: MIT Press, 2017.
213. Durt C, Fuchs T, Tewes C. Embodiment, enaction, and culture: investigating the constitution of the shared world. Cambridge: MIT Press, 2017.
214. Clark A, Chalmers D. The extended mind. *Analysis* 1998;58:10-23.
215. Ward D, Silverman D, Villalobos M. Introduction: The varieties of enactivism. *Topoi* 2017;36:365-75.
216. Dotov DG, Nie L, de Wit M. Understanding affordances: history and contemporary development of Gibson's central concept. *Avant* 2012;3:28-39.
217. Gallagher S. Decentering the brain: embodied cognition and the critique of neurocentrism and narrow-minded philosophy of mind. *Construct Found* 2018;14:8-21.
218. Sullivan JA. Coordinated pluralism as a means to facilitate integrative taxonomies of cognition. *Philos Explor* 2017;20:129-45.
219. Gauld C, Nielsen K, Job M et al. From analytic to synthetic-organizational pluralisms: a pluralistic enactive psychiatry. *Front Psychiatry* 2022;13:981787.
220. de Haan S. Enactivism and psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
221. Maiese M. Embodied selves and divided minds. Oxford: Oxford University Press, 2016.
222. Maiese M. An enactivist reconceptualization of the medical model. *Philos Psychol* 2021;34:962-88.
223. de Haan S, Rietveld E, Stokhof M et al. The phenomenology of deep brain stimulation-induced changes in OCD: an enactive affordance-based model. *Front Hum Neurosci* 2013;7:653.
224. Fuchs T. Depression, intercorporeality, and interaffectivity. *J Consciousness Studies* 2013;20:219-38.
225. Tschacher W, Giersch A, Friston K. Embodiment and schizophrenia: a review of implications and applications. *Schizophr Bull* 2017;43:745-53.
226. Ramírez-Vizcaya S, Froese T. The enactive approach to habits: new concepts for the cognitive science of bad habits and addiction. *Front Psychol* 2019;10:301.
227. Glackin SN, Roberts T, Krueger J. Out of our heads: addiction and psychiatric externalism. *Behav Brain Res* 2021;398:112936.
228. Gallagher S. Integration and causality in enactive approaches to psychiatry. *Front Psychiatry* 2022;13:870122.
229. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011;41:1143-50.
230. Nesse RM. Evolutionary psychiatry: foundations, progress and challenges. *World Psychiatry* 2023;22:177-202.
231. Kirmayer LJ, Ramstead M. Embodiment and enactment in cultural psychiatry. In: Durt C, Fuchs T, Tewes H (eds). *Embodiment, enaction, and culture: investigating the constitution of the shared world*. Cambridge: MIT Press, 2017:397422.
232. Cicchetti D (ed). *Developmental psychopathology*, 3rd ed. London: Wiley, 2016.
233. Allen M, Friston KJ. From cognitivism to autopoiesis: towards a computational framework for the embodied mind. *Synthese* 2018;195:2459-82.
234. Gallagher S, Allen M. Active inference, enactivism and the hermeneutics of social cognition. *Synthese* 2018;195:2627-48.
235. Ramstead MJ, Kirchhoff MD, Friston KJ. A tale of two densities: active inference is enactive inference. *Adapt Behav* 2020;28:225-39.
236. Constant A, Clark A, Friston KJ. Representation wars: enacting an armistice through active inference. *Front Psychol* 2021;11:598733.
237. Friston K. Computational psychiatry: from synapses to sentience. *Mol Psychiatry* 2023;28:256-68.
238. Duquette P. Increasing our insular world view: interoception and psychopathology for psychotherapists. *Front Neurosci* 2017;11:135.
239. Riso LP, du Toit PL, Stein DJ et al. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide. Washington: American Psychological Association, 2007.
240. Greenberg L. Emotions, the great captains of our lives: their role in the process of change in psychotherapy. *Am Psychol* 2012;67:697-707.
241. Pickard H, Ahmed S (eds). *The Routledge handbook of philosophy and science of addiction*. Oxon: Routledge, 2019.
242. Glackin SN. Philosophical issues in the addictions. In: Sussman S (ed). *The Cambridge handbook of substance and behavioral addictions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020:38-50.
243. Gallie W. Essentially contested concepts. *Proc Aristotelian Soc* 1955;56:167-98.
244. Kukla QR. What counts as a disease, and why does it matter? *J Philos Disability* 2022;2:130-56.
245. Wakefield JC. On winking at the facts, and losing one's Hare: value pluralism and the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2005;4:88-9.
246. Parfit D. Railton's defence of soft naturalism. In: Parfit D (ed). *On what matters*, Vol. 3. Oxford: Oxford University Press, 2017:91-8.
247. Nielsen K. Comparing two enactive perspectives. *Philos Psychiatr Psychol* 2021; 28:197-200.
248. Russell JL. Problems for enactive psychiatry as a practical framework. *Philos Psychol* 2023;36:1458-81.
249. Egginton W, Sandbothe M. The pragmatic turn in philosophy: contemporary engagements between analytic and continental thought. Albany: State University of New York Press, 2004.
250. Crippen M. Embodied cognition and perception: Dewey, science and skepticism. *Contemp Pragmatism* 2017;14:112-34.
251. Sellars W. Philosophy and the scientific image of man. In: Colodny R (ed). *Frontiers of science and philosophy*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1962:35-78.
252. Putnam H. The collapse of the fact/value dichotomy and other essays. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
253. Stanghellini G, Raballo A, Broome M et al (eds). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, 2019.
254. Adriaens PR, De Block A. Why we essentialize mental disorders. *J Med Philos* 2013;38:107-27.
255. Radden J, Sadler J. *The virtuous psychiatrist: character ethics in psychiatric practice*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

DOI:10.1002/wps.21194

Пять концептуальных компетенций в психиатрии

Solomon M. Five conceptual competences in psychiatry. *World Psychiatry*. 2024;23(2):233-234.
doi:10.1002/wps.21195.

Stein et al.¹ рассматривают ряд недавних достижений в философии психиатрии, имеющих значение для клиницистов. Они рекомендуют включить в обучение специалистов развитие «концептуальных компетенций», то есть философских навыков и теоретических конструкций, которые позволили бы ввести в психиатрию новые интеллектуальные ресурсы². Здесь я бы хотела подробно рассмотреть концептуальные компетенции, упомянутые Stein et al., обсудить, как они развивались в течение последних 30–40 лет, и добавить еще одну компетенцию к их перечню.

Возможно, самой важной компетенцией является *концептуальная скромность* (*conceptual humility*), то есть осознание неполного и временного характера современных психиатрических знаний. Это предполагает возникновение того, что я назвала (в контексте общих медицинских знаний) «беспорядочным плюрализмом» («messy pluralism»)³. Наше теоретическое понимание психических явлений строится на основе различных интеллектуальных конструкций с нечетко обозначенными границами. Направление, в которых нас ведут эти конструкции, могут быть как продуктивными, так и ошибочными в том, что мы пока не можем предвидеть, или же приводить к неожиданным исходам, которые потребуют дальнейшего исследования и уточнения. Следование концептуальной скромности подразумевает принятие плюрализма, а не насильственный выбор между частичными истинами. Это также предполагает подход к противоречиям, возникающим из-за существования разных концепций, с любопытством, а не с эпистемологическим ужасом.

Вторая концептуальная компетенция заключается в *выходе за рамки дуализма*. На протяжении значительной части XX века многие вопросы в психиатрии рассматривались либо с «научной» точки зрения (например, с позиции нейронауки), либо с «гуманитарной» (например, с феноменологической). Классическим примером такого дуализма является работа К. Ясперса «Общая психопатология»⁴, а также два подхода к клиническим случаям, описанные Р. Крамер в книге «Слушая Прозак» («Listening to Prozac»)⁵. Эти подходы зачастую конкурируют, предлагая разные объяснения причин психических расстройств: нейронаучные подходы отказываются от концепции «когнитивной проницаемости» («cognitive penetrability») в пользу механистических причин, тогда как феноменологические подходы стремятся к нарративной завершенности, иногда весьма спорной. Такой дуализм представляет собой простой пример «беспорядочного плюрализма», включающего два подхода. Р. Крамер демонстрирует мастерство в использовании обеих перспектив для работы с конкретными случаями. Однако в настоящее время требуется более широкая способность совмещать *более, чем эти две перспективы*, т. е. некий сложный и нюансированный плюрализм. Распространенное разделение на научный и гуманитарный подходы вводит в заблуждение своим упрощенным теоретическим взглядом, игнорируя разнообразие научных, гуманитарных и смешанных подходов. Поэтому «выход за рамки дуализма» является важной концептуальной компетенцией.

Третья важная концептуальная компетенция – это понимание того, что психиатрические концепции часто преследуют *множество целей*, выходящих за рамки таких традиционных научных задач, как описательная точность, предсказательная способность и объяснительная сила. От психиатрических концепций ожидают, что они помогут определить подходящие подгруппы пациентов для конкретных методов лечения, лягут в основу рекомендаций в социальных, образовательных и правовых сферах, обеспечат категории для клинических исследований, поддержат интуитивное понимание моральной ответственности, а иногда даже предложат социальную идентичность. Предлагаемые концепции могут быть отвергнуты или изменены, если они

считаются неточными, слишком сложными для надежного применения или проблематично стигматизирующими определенные группы пациентов. Один из важнейших уроков, который преподает нам процесс создания DSM, заключается в том, что ни одна система понятий не способна достичь все эти цели одновременно. Существуют неизбежные компромиссы между различными важными целями. Stein et al. упоминают об этом в контексте «взаимодействия естественных факторов и человеческих интересов». Zachar⁶ ввел понятие «практических видов» как дополнение к «естественным видам». Хорошим примером адаптации к различным целям является изменяющийся взгляд на симптомы интенсивного и пролонгированного горя, начиная с DSM-III и вплоть до DSM-5-TR, нацеленный на поиск баланса между эффективным указанием на человеческое страдание и избеганием «патологизации» нормальных реакций на утрату.

Четвертая важная концептуальная компетенция – это осознание того, какие группы, личности, профессии и т. д. *контролируют дискурс* в психиатрии. Под «контролем дискурса» я имею в виду сочетание заслуженного и незаслуженного авторитета, который определяет, как новые идеи воспринимаются обществом, пациентами, их семьями и различными медицинскими специалистами. Эра DSM – с 1980 года и до недавнего времени – характеризовалась мощным контролем Американской психиатрической ассоциации. Консенсус экспертов в этой организации, возглавляемой психиатрами при некотором участии психологов, служил основой для признания категорий и концепций. В последнее время звучат многочисленные призывы к более демократическому социально-эпистемологическому процессу, особенно к такому, который включает «экспертов по опыту» (традиционно называемых «пациентами»)⁷. По состоянию на 2023 год процесс пересмотра DSM все еще остается консервативным: участие «экспертов по опыту» ограничивается этапом общественного обсуждения предложений.

Последняя полезная концептуальная компетенция, которую я бы хотела добавить к предложенным Stein и соавт., – это то, что я назову «*hembig-осведомленностью*», заимствуя неологизм «hembig» у Alvesson и Blom⁸. В своих исследованиях в области организационных наук они обнаружили, что использование некоторых ключевых концепций (например, «лидерство», «стратегия», «институт») играет центральную и важную роль, но часто оказывается пугающе неопределенным и неоднозначным. «Hembig»-концепция по определению является гегемонической (*hegemonic*; играет регулируемую роль), неоднозначной (*ambiguous*) и обширной (*big*; имеет широкий, но часто неясный охват). Важно осознавать, какие концепции являются «hembig», чтобы избежать двусмысленности и проблематичных умозаключений. Главная «hembig»-концепция в психиатрии – это термин «психическое расстройство», который является метафорой (буквальное, но не фактическое значение слова «расстройство» – это «отсутствие порядка»).

Хотя предпринимались попытки определить термин «психическое расстройство» с использованием необходимых и достаточных условий, эти попытки, как правило, не привели к созданию ожидаемого универсального термина. Среди таких определений были «дезадаптивные модели смыслообразования» (K. Nielsen), «вредоносная дисфункция» (J. Wakefield), нездоровые биологические виды (J. Tsou), прогностические ошибки в байесовской обработке (A. Clark, K. Friston), социально девиантные суждения (T. Szatz), «безумие как стратегия» (J. Garson) и «тупиковые» (локально минимальные) решения в когнитивной обработке (K. Kendler). Альтернатива, предложенная Л. Витгенштейном, заключающаяся в том, что такие теоретические термины как «психическое расстройство» обозначают «семейное сходство»⁹, была полезной мета-метафорой, но

все же лишь метафорой для начала изучения того, как работают такие концепции.

Miriam Solomon

Philosophy Department, Temple University, Philadelphia, PA, USA

Перевод: Барканова Валерия, г. Москва

Редактура: Шишкова Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Aftab A, Waterman GS. *Acad Psychiatry* 2021;45:203-9.

3. Solomon M. *Making medical knowledge*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
4. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
5. Kramer PD. *Listening to Prozac*. New York: Viking, 1992.
6. Zachar P. *A metaphysics of psychopathology*. Cambridge: MIT Press, 2014.
7. Sadler JZ, Fulford B. *Psychiatr Serv* 2004;55:133-8.
8. Alvesson M, Blom M. *Hum Relat* 2022;75:58-86.
9. Wittgenstein L. *Philosophical investigations*. Oxford: Basil Blackwell, 1958.

DOI:10.1002/wps.21195

Специалистам в области психиатрии необходима рефлексивная компетентность

Denys D. Professionals in psychiatry need reflective competence. *World Psychiatry*. 2024;23(2):234-235. doi:10.1002/wps.21196.

Статья Stein et al.¹ представляет всеобъемлющий и своевременный обзор ключевых теоретических достижений в области философии психиатрии. Авторы отвечают на значимые эпистемологические вопросы психиатрии – обсуждение классификации, природа психиатрии и проблема взаимодействия тела и разума – с позиций мягкого натурализма, плюрализма и 4Е-познания. Хотя я разделяю соображения авторов, меня удивил достаточно эгоцентричный взгляд на представление психиатрии. Авторы рассматривают психиатрию как научный и клинический «остров» в полной изоляции, без связи с обществом, в котором она существует. Здесь я хотел бы представить перспективу, которая учитывает: а) как психиатрия формируется под воздействием общественного влияния; б) как вышеупомянутые вопросы зависят от философских идей, поддерживаемых мировым сообществом; в) почему концепция концептуальной компетенции, согласно Stein et al., является незаменимой для специалистов в области психиатрии.

Психиатрия не является автономной дисциплиной. Она постоянно взаимодействует с другими науками, такими как фармакология, нейронаука и психология. Фактически, за исключением описательной клинической феноменологии, которая в последнее время во многом была забыта, инновации часто происходят за пределами психиатрии благодаря разработке новых препаратов, новых методов визуализации и генетики, а также обновления психотерапевтических подходов. Искусственный интеллект предсказывает, что в ближайшем будущем в психиатрии можно ожидать значительные инновации в области психоделической терапии, нейромодуляции (повторяющейся транскраниальной магнитной стимуляции и глубокой стимуляции мозга) и цифровой персонализированной психиатрии.

При более внимательном рассмотрении следует признать, что психиатрия больше, чем любая другая медицинская дисциплина, определяется не наукой, а обществом. Все психиатрические симптомы в конечном итоге определяются, отталкиваясь от общепринятого понятия нормальности. Норма устанавливается не наукой, а обществом. Нормальность – это индивидуальное поведение, соответствующее наиболее распространенным поведенческим моделям. Отклонения в распространенности психических расстройств в разных культурах и в разные времена вызваны не сложными доработками научных критериев экспертами, а колебаниями общественного мнения. Так, распространенность аутизма и синдрома дефицита внимания/гиперактивности увеличилась в 100 раз из-за изменения подходов к вопросам образования и продуктивности. Задолго до того, как мизофония стала известна в психиатрии и начала упоминаться в научных статьях, этот термин уже широко циркулировал в интернете среди заинтересованных групп. Часто психиатрия отстает от социальных изменений. Так, только в 1974

году гомосексуальность была исключена из списка расстройств в DSM-II, а состояния, связанные с половой идентичностью, перестали считаться психическими расстройствами в МКБ-11 лишь в 2019 году.

Следует принять, что психиатрия больше не формирует сама себя. Ход и судьба психиатрии определяются не психиатрами или философами, а социально-экономическими изменениями, подпитываемыми воздействием инфлюенсеров в социальных сетях. Текущий кризис идентичности в психиатрии связан с еще не до конца осознанным фактом, что психиатрия как научная дисциплина утратила контроль над собой, что, к сожалению, подчеркивается тем фактом, что психическое благополучие стало темой для всеобщего обсуждения.

«Нормальность» значительно изменилась. Если долгое время нормой считалось «психическое здоровье» («mental health»), то теперь на первый план вышло «психическое благополучие» («mental well-being»). Каждая уважающая себя организация – от компаний до университетов – назначает «специалистов по благополучию». Психическое здоровье подразумевает отсутствие психических расстройств. Психическое благополучие же включает наличие благоприятных условий, таких как переживание положительных эмоций, поддержание отношений и ощущение смысла жизни. Оно охватывает умение чувствовать себя комфортно «в собственной коже», быть жизнерадостным и получать удовольствие от жизни. В свете новой «нормы» психического благополучия каждый человек становится потенциальным пациентом.

Психические расстройства оцениваются как крайне распространенные. Примерно каждый седьмой человек имеет одно или несколько психических расстройств. В 2020 году уровень депрессии и тревожных расстройств по всему миру вырос более чем на 25%. Этот рост заболеваемости не связан с изменением взглядов в психиатрии, а отражает социальные процессы, основанные на философских ценностях. С самого рождения от нас ожидают, что мы реализуем себя как индивидуальные автономные личности, то есть как абсолютно аутентичные и полностью самодостаточные субъекты. Мы растем в убеждении, что индивидуальная свобода – это наивысшая цель в жизни. Западный идеал человека – это автономная личность, которая лучше всего процветает в условиях максимальной свободы, удобства и стремления к абсолютному самоопределению и максимальной самореализации. Каждый шаг к большей индивидуальной автономии поднимает нас выше по эволюционной лестнице, все дальше от животного инстинкта.

Западный идеал неограниченной автономии стал глобальным вместе с консьюмеризмом и технологизмом. К сожалению, большинство людей не могут соответствовать этому идеалу. Во-первых, этот идеал либо недостижим, ли-

бо несостоятелен. Во-вторых, постоянное давление со стороны социума к самореализации, самоактуализации и доказательству своей ценности заставляет людей испытывать стресс, истощение, травмированность, выгорание, одиночество, бесполезность и бессмысленность. В-третьих, хотя люди страдают от того, что не могут соответствовать высоким требованиям общества, которое ценит индивидуальную автономию в абсолютной степени, это же общество не допускает душевных страданий. Провал недопустим. Индивидуальная автономия диктует, что мы должны быть успешными, счастливыми и всегда держать все под контролем. Поскольку душевные страдания недопустимы, дистресс допускается лишь в рамках психического расстройства, за которое мы не несем личной ответственности и за которое нас нельзя винить.

Рост числа психических расстройств связан не с тем, что у большего количества людей развиваются психические заболевания, а с тем, что идеал индивидуальной автономии стал стандартом нормы во всем мире. Неслучайно тревожные расстройства и депрессия являются наиболее распространенными психическими расстройствами. Они отражают нашу неспособность выполнить невозможные требования для достижения индивидуальной автономии. Мы стали более тревожными не потому, что наш мир стал опаснее – напротив, он стал безопаснее, – а потому, что наше стремление к контролю стало несоразмерным. Мы стали более подавленными не потому, что наша жизнь лишена надежды и смысла – скорее, наоборот, – а потому, что мы сталкиваемся с избыточным количеством выбора, устанавливаем завышенные ожидания и виним себя за любые, даже самые мелкие, неудачи.

Мне было приятно прочитать о «концептуальной компетентности» в статье Stein et al. Я бы хотел пойти еще дальше. Компетентность психиатра должна включать три разных навыка: профессиональную компетентность, то есть теоретические знания и умения для выполнения своей работы; практическую компетентность, то есть клинический опыт, накопленный за годы работы с пациентами или клиентами; и рефлексивную компетентность, то есть способность размышлять о своей профессии, о своей специфической роли в ней и о том, как они связаны с обществом.

Рефлексивная компетентность – это способность осознавать, как концептуальные установки в обществе формируют клиническую практику. Философские предпосылки здоровья и болезни, сознания и тела, нормы и патологии постоянно меняются в глобализированном цифровом мире. Они незаметно определяют обоснованность диагностики и лечения. Поэтому размышление о нашей профессии должно быть частью базовых навыков любого специалиста. Точно так же, как ювелир не только создает украшения, но и рассчитывает цену золота, психиатр должен учитывать общественное восприятие душевных страданий в дополнение к тому, с чем он сталкивается при контакте с пациентами.

После кризиса в психиатрии коллеги призвали к «фундаментальному переосмыслению процесса создания и обучения психиатрическим знаниям»². Опрос показал, что 65,2% специалистов в области психического здоровья испытывают трудности с концептуальными и философскими вопросами, связанными с их профессией, и только 4,3% считают, что их обучение достаточно подготовило их к решению подобной интеллектуальной задачи³. Является ли задачей психиатрии размышление не только о психопатологии конкретных людей, но и о философских ценностях современного общества? Но, опять же, есть ли у нас выбор?

Damiaan Denys

Department of Psychiatry, Amsterdam University Medical Centers, Amsterdam, The Netherlands

Перевод: Барканова Валерия, г. Москва

Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Gardner C, Kleinman A. *N Engl J Med* 2019;381:1697-9.
3. Aftab A, Ghaemi SN, Stagno S. *Acad Psychiatry* 2018;42:559-63.

DOI:10.1002/wps.21196

Применение новых научных достижений может оживить философию психиатрии

Hyman SE. *Philosophy of psychiatry can gain greater vitality by engaging the implications of new science. World Psychiatry*. 2024;23(2):235–237. doi:10.1002/wps.21197.

Stein et al.¹ предлагают глубокое погружение в философию психиатрии, представляя серию тщательно продуманных и исторически обоснованных взглядов на ключевые темы, которые занимали умы исследователей в этой области. Среди них – определение и границы психопатологии, дискуссия о диагностических подходах в психиатрии (включая диалектику между натурализмом и нормативизмом), опасность эссенциализма и связь между разумом и мозгом. Авторы раскрывают эти темы, используя привлекательный механизм асинхронных «разговорных» тем, в которых последовательно излагаются позиции и аргументы различных авторов. Они также добавляют свои собственные комментарии, которые делают изложение более понятным и доступным. Этот труд служит интеллектуальным ориентиром для читателей, которые впервые сталкиваются с такими сложными вопросами. Например, он помогает понять, как развивалась дискуссия между натуралистами и нормативистами относительно определения психических расстройств. Эта дискуссия может быть менее знакома читателям из более развитых с научной точки зрения областей медицины, где диагнозы уверенно ставятся на основе знаний об этиологии и патофизиологии².

Stein et al. сталкивают крайние версии натурализма в психиатрии, согласно которым расстройства могут быть описаны исключительно в терминах фактов без какой-либо ценностной нагрузки, с крайними версиями нормативизма, согласно которым определения расстройств всегда включают ценностную оценку, что в своих крайних проявлениях перерастает в релятивизм, который был популярен среди антипсихиатрических движений середины XX века. Затем авторы предлагают более обоснованные и практичные компромиссные подходы, которые могут объединить эти две позиции. К сожалению, в попытках достичь компромисса авторы, похоже, остановились на подходе, известном как «мягкий натурализм». Эта концепция слишком аморфна, чтобы позволить создать четкую нозологическую структуру, которая потребует нам в будущем. Эта структура должна будет охватывать расстройства различной этиологии и патофизиологии: от моногенных нарушений развития нервной системы, связанных с аутизмом, до высокополигенных расстройств со значительным вкладом факторов развития и окружающей среды, таких как депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство. При этом для таких расстройств нет четких границ между здоровьем и болезнью.

Действительно, было бы неправильно воспринимать психические расстройства (например, все расстройства, перечисленные в DSM-5) как единую природную группу, которую можно было бы описать одним общим определением или обобщением. Список психических расстройств в DSM-5 исторически обусловлен, прежде всего, исторически, частично основан на фенотипическом сходстве, частично на незнании и игнорировании этиологии и нейрональных механизмов, а также, что немаловажно, на дисциплинарных требованиях и моделях практики, которые, как показано на примере перемещения расстройств по главам в МКБ-11, – могут оспариваться другими дисциплинами, такими как неврология, половая эндокринология или педиатрия^{2,3}.

Философия представляет собой очень абстрактную дисциплину, сосредоточенную на фундаментальных вопросах бытия, познания, причинно-следственных связей и основ этики. В то же время, как было убедительно показано Stein et al., философия психиатрии занимается приложением философских методов к сложному сочетанию теорий, когнитивных схем (включая классификации заболеваний), гипотез, эмпирических наблюдений, организации и практики в данной конкретной медицинской специальности. Философия психиатрии стремительно развивается, решая вопросы, представляющие интерес для различных заинтересованных сторон. Ее междисциплинарный подход сочетает в себе как основные философские концепции и аналитические методы, так и теоретические основы, практику и науку, лежащие в основе данной дисциплины. В связи с этим статья Stein et al. представляет особый интерес, поскольку научные достижения в области психиатрии развиваются стремительно и уже оказывают влияние на некоторые аспекты клинической практики и ее организации. Это развитие, безусловно, только выиграет от философского осмысления.

За последние два десятилетия произошел значительный прорыв в области технологий и вычислений (включая машинное обучение и науку о данных). Эти достижения не только открыли новые горизонты для научных исследований, но и привели к существенным изменениям в организации биомедицинской науки. Были созданы международные консорциумы по обмену данными (например, Psychiatric Genomics Consortium⁴), а также крупные популяционные когорты с глубоким фенотипированием и секвенированием генома (например, UK Biobank). Психиатрические исследования активно использовали эти достижения, добиваясь значительных успехов в области генетики⁴, молекулярной нейронауки, коннектомики и когнитивной нейронауки. Также были разработаны новые и более эффективные подходы к фенотипированию и эпидемиологии, основанные на электронных медицинских картах, больших когортах с контактными данными и науке о данных.

Всего пятнадцать лет назад не существовало воспроизводимых генетических ассоциаций с психическими расстройствами. Сегодня их сотни, и благодаря интеграции генетических и нейробиологических данных удалось выявить возможные механизмы развития шизофрении и других заболеваний⁵. Эти гипотезы, основанные на механизмах, являются основой для более рационального поиска биомаркеров и терапевтических мишеней. В области разработки новых методов лечения коннектомики и машинное обучение привели к созданию нейросетевых терапевтических подходов (таких как глубокая стимуляция мозга с открытым и замкнутым контурами). Эти методы проходят клинические испытания или уже используются в клинической практике⁶.

В области когнитивной и системной нейронауки появляется все больше доказательств того, что мозг можно сравнить с «предсказывающей машиной» («prediction machine»). Эти данные убедительно свидетельствуют о том, что мозг формирует субъективный опыт и поведение, основываясь на байесовских априорных данных, которые корректируются с помощью interoцептивной и экстероцептивной сенсорной информации. Если это понимание функций мозга получит дальнейшую поддержку на основе научных доказательств и концепций, а я в это верю, то идеи о взаимосвязи мозга и разума, самоощущении, личной идентичности и агентности, столь важные для философии и психиатрии, придется существенно пересмотреть. Что ка-

сается психических заболеваний, то байесовская модель мозга может предложить новые и полезные способы понимания таких разнообразных состояний, как зависимость, галлюцинации и бред⁷. Она также может помочь раскрыть механизмы, лежащие в основе когнитивно-поведенческой психотерапии, которая оказывает благотворное воздействие на пациентов. Все эти научные достижения имеют огромное философское значение. Они не только касаются классических вопросов философии психиатрии, но и проливают свет на целый ряд других важных тем, таких как Я-концепция и волевой контроль поведения.

Современная генетика и нейронаука предоставляют нам множество сведений, которые могут изменить наше представление о психопатологии и классификации психических расстройств. Генетические исследования показывают, что варианты последовательности ДНК, ассоциированные с психическими заболеваниями, или так называемые «аллели риска», равномерно распределены в популяции. Это означает, что нет четких границ, которые могли бы четко выделить категорию «здоровых» людей². Эпидемиологические исследования также подтверждают, что симптомы и нарушения, связанные с тяжелым депрессивным расстройством и другими распространенными психическими состояниями, постоянно встречаются в популяции. Кроме того, индивидуальные «аллели риска» могут влиять на множество расстройств. Например, у шизофрении и биполярного расстройства примерно 70% общих аллелей риска. В исследованиях ряда расстройств был проведен беспристрастный анализ экспрессии генов в отдельных клетках мозга после смерти. Этот анализ включал секвенирование РНК и эпигенетические исследования, основанные на моделях доступности хроматина, проведенные посмертно. Результаты этих исследований показали лишь количественные различия между людьми с нарушениями и теми, кто не был затронут. Кроме того, было выявлено значительное совпадение в экспрессии генов между различными расстройствами.

Эти результаты заставляют задуматься о том, насколько точно можно проводить границы между отдельными расстройствами в соответствии с DSM. Они убедительно показывают, что лучше использовать трансдиагностические дименсиональные подходы. Кроме того, гетерогенность механизмов, приводящих к «одному и тому же расстройству», затрудняет клинические исследования. Это, в частности, может объяснять неудачи попыток четкого и надежного распознавания нормы и патологии на основании данных с помощью структурной и функциональной визуализации. Таким образом, современные классификации расстройств не только создают искусственные границы между ними, но и не обеспечивают однородность внутри каждой категории.

Важно отметить еще одно открытие: как на генетическом, так и на фенотипическом уровне диагностированные расстройства не всегда связаны исключительно с нарушениями каких-либо функций. Например, обсессивно-компульсивное расстройство, полигенный аутизм и нервная анорексия имеют общие аллели с благоприятными чертами, такими как более высокий уровень образования и, в случае аутизма, более высокие когнитивные способности^{8,9}. В целом, значительное количество вариантов ДНК, связанных с ухудшением симптомов, может также быть связано с сильными сторонами, которые имеют противоположную направленность в отношении жизненного успеха и выживания. Эти научные открытия, безусловно, усложняют, если не полностью опровергают, попытки ряда авторов утверждать, что определения психических расстройств могут основываться на их предположениях о естественном отборе.

Психиатрия переживает период значительных преобразований в своей фундаментальной научной основе, которые уже начинают оказывать влияние на клиническую практику⁶ и привлекать внимание организаторов здравоохранения. В это время анализ и размышления о философии психиатрии должны становиться все более актуальными благодаря их взаимодействию с новыми научными открытиями. Stein et al. в этой области оказали значительную услугу, предоставив ясную платформу, которая поможет психиатрии лучше решать свои проблемы в будущем.

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. World Psychiatry 2024;23:215-32.
2. Hyman SE. Perspect Biol Med 2021;64:6-28.

3. World Health Organization. International classification of diseases, 11th ed. Geneva: World Health Organization, 2018.
4. Trubetskoy V, Pardiñas AF, Qi T et al. Nature 2022;604:502-8.
5. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H et al. Nature 2016;530:177-83.
6. Scangos KW, Khambhati KM, Daly PM et al. Nat Med 2021;27:1696-700.
7. Friston K. Am J Psychiatry 2020;177:1110-2.
8. Robinson EB, St. Pourcain B, Anttila V et al. Nat Genet 2016;48:552-5.
9. Brainstorm Consortium. Science 2018;360:1314-9.

DOI:10.1002/wps.21197

Начало социальной философии психиатрии

Sadler JZ. Launching the social philosophy of psychiatry. *World Psychiatry*. 2024;23(2):237–238.
doi:10.1002/wps.21200.

Stein et al.¹ представляют современное видение области философии психиатрии, сосредоточенной вокруг триумвирата разума, мозга и окружающего мира. Они проделали впечатляющую работу, обобщив результаты 30 лет исследований в этой сфере и представив видение настоящего и будущего концепции воплощенного познания

Здесь я предлагаю посмотреть в будущее с другой точки зрения. В историографии мы можем найти разделение на интернализм и экстернализм, последнюю, экстерналистскую философию психиатрии, можно переформулировать как социальную философию психиатрии. Экстерналистская философия психиатрии исследует влияние социального и культурного мира на формирование представлений о психических заболеваниях и подходах к их лечению. Она рассматривает социальные явления как факторы окружающей среды, способствующие возникновению сложных причинно-следственных связей, которые приводят к психопатологическим феноменам. Этот подход позволил бы переосмыслить концепции свободы воли, принимая во внимание как структурные особенности человеческого организма, так и структурные особенности нашей все более сложной социальной среды. Он опирается на философию технологии, социальную эпистемологию, метафизику, политическую философию и философскую антропологию, чтобы поместить клиническую диагностику, исследования и теорию в социокультурный контекст. Понимая эти социальные условия, мы можем глубже осознать суть проекта «психическое здоровье».

Чтобы сделать эти абстрактные идеи более понятными, я хотел бы привести несколько примеров из нашей быстро меняющейся эпохи. Я постараюсь быть кратким и не вдаваться в подробности. В частности, я хочу остановиться на трех аспектах, которые, на мой взгляд, требуют внимания со стороны социальных философов психиатрии: внедрение электронных медицинских карт в клиническую практику; доминирование государства в сфере психического здоровья; психопатология искусственного интеллекта (ИИ).

Еще в 1977 году Хайдеггер² предложил концепцию «обрамления» (Gestell) в зарождавшейся области философии технологий. Он говорил о том, что технологии имеют свойство присваивать ресурсы для своих нужд, формируя «постоянный резерв» ресурсов, который все больше отдаляется от человеческих целей. Размышления Хайдеггера стали основой для философии технологических тропов, которая гласит: «Технологии решают проблемы, но при этом создают новые, требующие новых технологических решений». Это рекурсивное расширение технологических возможностей можно наблюдать в клиниках по всему миру, особенно в контексте электронных медицинских карт. Руководители психиатрических учебных заведений уже отмечают ухудшение навыков проведения собеседований и диагностики, когда молодых специалистов заставляют отмечать галочками наличие тех или иных клинических проявлений в специально разработанные формы электронных карт, входя таким образом в метафизические «рамки» этих форм и упус-

кая из виду общий «нарратив» пациента. По Хайдеггеру «обрамление» стало вредным из-за того, что технологии изменили наш образ мышления, как это было продемонстрировано в вышеупомянутом примере обследования с помощью галочек в формах. К счастью, философы технологий уже давно работают над этими проблемами, и философы психиатрии могут найти богатую литературу по этой теме. Реакция на цифровое «обрамление» уже началась^{наприм.3}.

Группа археологов и антропологов, возглавляемая D. Graeber и D. Wengrow⁴, переосмысливает мировую историю с особым вниманием к истокам социального неравенства и государства (например, правительства). Будучи социологами, они имеют доступ к знаниям из области археологии и антропологии и могут интерпретировать их, не ограничиваясь анализом письменных источников. Изучая культурные артефакты, они могут предоставить информацию о разнообразии жизни общества на протяжении многих веков. Одно из ключевых открытий, сделанных ими, – это общие черты, которые определяют доминирование одних людей над другими, в том числе социальный контроль. Они выделяют три аспекта, которые проявляются в различных культурных формах доминируемых сообществ: контроль над насилием, контроль над знаниями и контроль харизмой. *Контроль над насилием* относится к людям, которые уполномочены применять силу по отношению к другим. Это может быть как участие в военных действиях, так и контроль преступности (это лишь два примера). *Контроль над знаниями* предполагает наличие людей, которые определяют, что является достоверным и истинным. *Контроль харизмой* связан с убедительностью стремящейся к власти группы и ее способностью привлекать новых сторонников и последователей.

Авторы подчеркивают, что наиболее эффективное доминирование достигается при одновременном использовании всех трех составляющих триады. Они также обращают внимание на то, что инструменты для достижения этих трех составляющих не всегда одинаковы: одни, например, могут приводить к демократическому, а другие – к имперскому или фашистскому господству. Нет необходимости подробно описывать применимость этих концепций к современной мировой ситуации, но можно указать на их важность для социальной философии психиатрии. За последнее десятилетие мы стали свидетелями усиления популистского авторитарного правления – элемент *харизмы*. Мы стали свидетелями утраты доверия к «элите» – ученым, профессорам, философам, интеллектуалам и врачам. Что еще более важно, разговоры о «постправде» (либо постистине) и превращение публичной лжи из порока в добродетель разрушают наши прежние формы господства *знаний*. Контроль над *насилием* также ослаб во всем мире, поскольку социальные сети позволяют бросить вызов традиционным механизмам контроля над насилием (полиции, судам, гражданским свободам, верховенству закона, субординации) с помощью таких популярных лозунгов, как

#Icantbreathe («я не могу дышать»), #metoo («я тоже») и беспрецедентного штурма здания Капитолия США 6 января. Для философов психиатрии задачи, связанные с этими социальными изменениями, огромны. Некоторые из них легко осознать: «Как специалистам в области психического здоровья реагировать на эти явления?» Другие имеют основополагающее значение: «Сколько людей должно поверить во что-то, чтобы ложное убеждение перестало быть бредом?» Третьи скрыты: «Что считается психическим здоровьем в мире «постправды», где доверие к государственным институтам падает?»

В последнее время мы стали свидетелями активного развития технологий искусственного интеллекта, которые предлагают крупнейшие компании в сфере информационных технологий. Это вызвало бурную реакцию у пользователей и комментаторов: от энтузиазма до апокалиптических опасений. Где-то посередине между этими социальными реакциями находится систематическая оценка этих систем по мере их развития. Мы видим, как человеческие предубеждения внедряются в ИИ, что может привести к сохранению предвзятости при последующем его использовании⁵. Также мы наблюдаем как абсурдные, так и пугающие результаты использования языковых моделей, когда им задают обычные вопросы⁶. Социальные философы-психиатры могут предвидеть развитие циклических эффектов аномального взаимодействия человека и ИИ в Интернете и обеспокоиться социальными последствиями. Некоторые исследования в этой области указывают на то, что отклоняющиеся (возможно ненормальные) реакции ИИ рассматриваются как психопатологические аналоги⁷. Другие ученые исследуют потенциал применения технологий искусственного интеллекта в качестве инструментов для объяснения психических расстройств и разработки методов

лечения. Мы также можем представить себе, как искусственный интеллект будет участвовать в дискуссиях о медицинской и иной дезинформации в социальных сетях, что свяжет его с теорией социального доминирования, описанной ранее. Некоторые идеи этой работы отсылают к «отцу» философии психиатрии К. Ясперсу⁹.

Вся эта потенциальная работа носит открытый, глубокий и значимый характер.

John Z. Sadler

University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA

Перевод: Лукьянова Алёна Владиславовна, г. Санкт-Петербург

Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Hyman SE. *Perspect Biol Med* 2021;64:6-28.
3. World Health Organization. *International classification of diseases*, 11th ed.
4. Geneva: World Health Organization, 2018.
5. Trubetskoy V, Pardiñas AF, Qi T et al. *Nature* 2022;604:502-8.
6. Sekar A, Bialas AR, de Rivera H et al. *Nature* 2016;530:177-83.
7. Scangos KW, Khambhati KM, Daly PM et al. *Nat Med* 2021;27:1696-700.
8. Friston K. *Am J Psychiatry* 2020;177:1110-2.
9. Robinson EB, St. Pourcain B, Anttila V et al. *Nat Genet* 2016;48:552-5.
9. Brainstorm Consortium. *Science* 2018;360:1314-9.

DOI:10.1002/wps.21197

Еще одно «и»: философия как клей

Kenneth WM. Fulford. Another “and”: philosophy as glue. *World Psychiatry*. 2024;23(2):238–239. doi:10.1002/wps.21199.

Статья Stein et al.¹, являющаяся частично обзором, частично предложением интегративной модели разума «воплощенного/4Е познания», предлагает актуальный взгляд на современную философию психиатрии. Таким образом, в статье отражен дух коллегиальности, который является отличительной чертой данной области. Расцвет философии психиатрии, охвативший весь мир в 1990-х годах, в значительной степени позволил избежать «межплеменных» разногласий, из-за которых пострадали так много «психологических» дисциплин. Действительно, Stein et al. придерживаются интегративной позиции: доминирующим связующим звеном в этом является «и» («западная и восточная» философии, «факты и ценности»); термин «философия психиатрии» часто используется, как синоним термина «философия и психиатрия»; обсуждается разнообразие плюрализма, а «воплощенное/4Е познание» представлено не как панацея, а как модель интеграции (разума и тела, нормативизма и натурализма и т.д.).

Швейцарский историк и психиатр P. Hoff описал историю психиатрии как серию крушений мифов, основанных на одной-единственной идее². В конце концов, как отмечают Stein et al., «преимущество дихотомических позиций в том, что они просты». Эта философия психиатрии избегает разделения на фракции, что и является ее особой силой. Однако это влечет за собой и уязвимые места. Именно поэтому важно добавить еще одно «и»: к множеству разнообразных знаний, описанных в этой статье, полученных в ходе обучения, мы должны добавить знания «экспертов по опыту», пациентов и лиц, осуществляющих уход.

Чтобы внести ясность, Stein et al. подчеркивают важность того, что они по-разному называют «пережитым опытом», «субъективным опытом», «индивидуальным опытом» и «опытом от первого лица». Однако, что, пожалуй,

стоит подчеркнуть, так это растущее значение сотрудничества между «экспертами по подготовке», то есть специалистами, и вышеупомянутыми «экспертами по опыту» в клинике, исследованиях и в философии психиатрии. Это важно как для каждой этих конкретных областей, так и для психиатрической помощи в целом. Здесь я кратко прокомментирую каждую из этих областей.

Важность совместной работы в клинических условиях проистекает из практики, ориентированной на выздоровление, то есть практики, направленной на восстановление хорошего качества жизни, определяемого ценностями *данного конкретного человека*³. Исходя из этого, критерии выздоровления в каждом отдельном случае обязательно основаны на опыте конкретного лица. Конечно, знания и профессиональная подготовка по-прежнему останутся важны, в частности, для консультирования по доказательным вмешательствам, интерпретации определяющих выздоровление ценностей, там, где (например, при нервной анорексии) они эмпатически неясны, и уравнивания противоречивых ценностей (как при принудительном лечении). Таким образом, клиническая значимость экспертизы, основанной на собственном опыте, не противостоит экспертизе, основанной на подготовке. Напротив, и то, и другое важно. Следовательно, потребность в сотрудничестве является объединяющей, а не разобщающей. Однако факт остается фактом: без экспертизы, основанной на опыте, практика, ориентированная на восстановление, не может быть даже начата.

Аналогичные соображения применимы и к исследованиям в области нейронаук, хотя в данном случае особое внимание уделяется совместной работе в трансляции результатов. Существенным вызовом для психиатрии является то, что сами ученые-психиатры становятся все более

критичными по отношению к неизменно низкому уровню использования результатов нейробиологических исследований для улучшения клинической помощи: авторы DSM-5 и его критики⁴, например, были единодушны в этом мнении. Экспертиза, основанная на опыте, хотя и становится все более востребованной среди спонсоров исследований, не дает никаких гарантий улучшения трансляции их результатов. В то же время сотрудничество, требующее от исследователей и пациентов преследования общих целей, как минимум обеспечило бы общее представление о том, что же считать успехом.

Совместная работа теперь также является особенностью философии психиатрии. По крайней мере, с момента своего возрождения после 1990-х годов, как аналитическая⁵, так и континентальная⁶ философия психиатрии стали использовать методологию, подразумевающую совместную работу. В Оксфорде начавшаяся до пандемии институциональная коллаборация между Факультетом философии и Mental Health Foundation (Фонд психического здоровья, лондонская неправительственная организация) остается весьма продуктивной. Недавно был запущен совместный проект, финансируемый фондом Wellcome Trust, который представляет из себя образовательную программу по философии и новым моделям общественного психического здоровья. Его возглавляют философ А. Bergqvist и эксперт по опыту D. Crepaz-Keay.

Широкое значение сотрудничества в философии психиатрии связано с тем, как понимается функция философии. Stein et al. отмечают, что разнообразие философских подходов проявляется в плюрализме, то есть, в различных формулировках сложных концепций. Существование этой и других вариаций во взглядах подчеркивают функцию философии, которая заключается не в решении сложных вопросов, а скорее в *предотвращении преждевременного закрытия* вопросов и удовлетворения ответами, которые, хотя и кажутся убедительными в своих упрощениях, тем не менее неверны.

Функция философии «предотвращать преждевременное закрытие» важна и в психиатрии, так как она препятствует «погружению в мифологию, основанную на одной идее», о которой упоминал Hoff. Хотя сотрудничество не гарантирует успеха, оно имеет положительные показатели: совместная работа сама по себе является одной из интегративных моделей, упомянутых Stein et al., а другие открытые системы (такие как междисциплинарная командная работа и Дарвиновская эволюция) являются доказательствами этого принципа. Современные примеры^{5,6}, в свою очередь, тоже демонстрируют высокую эффективность сотрудничества в философии психиатрии по сравнению с более ранними парадигмами экспертов по подготовке. Таким образом, в той мере, в какой совместная работа с экспертами по опыту усиливает роль философии в предотвращении преждевременного закрытия сложных вопросов, философия психиатрии играет важную роль во всех областях клинической работы и исследований в сфере психического здоровья.

Stein et al. справедливо признают, что любой обзор должен находить баланс между глубиной и широтой, что особенно сложно в гуманитарных науках, где нет общепринятых внешних критериев качества, таких как, например, иерархия доказательств в доказательной медицине. Возможно, это и «хорошо». В конце концов даже иерархия доказательств имеет свои ограничения. Однако, учитывая упоминание Stein et al. североамериканского философа

Н. Putnam, я бы предложил уделить больше внимания его позиции «различения без дихотомии» относительно фактов и ценностей (поскольку, именно это, а не «мягкий» или другой натурализм, теоретически подкрепляет практику, основанную на ценностях⁷). В дополнение к полезному обсуждению нормативности науки я бы хотел упомянуть основополагающий лингвистический анализ ценностей, которыми руководствуется DSM, проведенный J. Sadler⁸. Более того, поскольку концепция «воплощенного/4Е познания» описывает психические расстройства как «нарушения осмысления», я бы предложил сделать акцент на проблеме «бреда», которую забываемо описал британский философ разума N. Eilan, как проблему «труднорешаемую как относительно понимания, так и со стороны абсолютной странности»⁹.

Stein et al. внесли значительный вклад в возрождающуюся область философии психиатрии, продемонстрировав неизменный успех коллегиального подхода. Однако этот успех сопряжен с трудностями, такими как конкуренция за финансирование исследований, престиж и т. д. Это, в свою очередь, влечет новые риски «превращения в мифологию, основанную на одной идее» по Hoff. Предотвращая преждевременное закрытие сложных вопросов, философия служит концептуальным «клеем», необходимым для объединения многочисленных идей, требуемых для интегративной модели психического здоровья, за которую выступают Stein et al. Подчеркивание и полноценное осознание важности сотрудничества между опытными экспертами и экспертами с профессиональным образованием во всех областях исследований и клинической практики в сфере психического здоровья обеспечит надежную фиксацию этим «клеем».

Kenneth W.M. (Bill) Fulford

St. Catherine's College and Faculty of Philosophy, University of Oxford, Oxford, UK

Автор благодарен D. Crepaz-Keay за его вклад в этот комментарий как опытного эксперта.

Перевод: Столярова Эвелина Гариевна, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. World Psychiatry 2024;23:215-32.
2. Hoff P. In: Bormuth M, Wiesing U (eds). Ethische Aspekte der Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Cologne: Deutscher Aerzte-Verlag, 2005:71-9.
3. Slade M, Amering M, Farkas M et al. World Psychiatry 2014;13:12-20.
4. Cuthbert BN, Insel TR. BMC Med 2013;11:126.
5. Hoerl C. Philos Psychiatry Psychol 2001;8:83-8.
6. Ratcliffe M. Experiences of depression: a study in phenomenology. Oxford: Oxford University Press, 2015.
7. Fulford KWM, van Staden W. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). The Oxford handbook of philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2013:385-412.
8. Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press, 2005.
9. Eilan N. In: Zahavi D (ed). Exploring the self. Amsterdam: John Benjamins, 2000:97-113.

DOI:10.1002/wps.21199

Феноменология, бред и справедливость

Broome MR. Phenomenology, delusions and justice. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):239-240.
doi: 10.1002/wps.21202.

Статья Stein et al.¹ представляет собой четкое и авторитетное введение в философию психиатрии, ее ключевые достижения и их клиническое применение. Как отмечают авторы, философия часто воспринимается как область, в которой необязательно должен проследиваться прогресс, однако статья демонстрирует, что к философии психиатрии это не относится.

Философия психиатрии одновременно является философией науки (подобно философии физики или биологии) и философией практики и этики. Действительно, многие авторы использовали философию для того, чтобы осмыслить или проанализировать изменения в нашей дисциплине: надежды неокрепелингов, появление функциональной нейровизуализации, демократизация психиатрического знания и сотрудничество с людьми, имеющими опыт психических расстройств.

Stein et al. в своей статье рассматривают области, которые связаны в основном с философией науки и психологии/сознания, а также с традициями «англо-американской» философии. Эта традиция, основанная Russell, Frege и Moore, фокусируется на анализе концепций и изучении логики и языка. Моя собственная философская работа частично основана на ней, но также охватила и другую доминирующую западную философскую традицию, а именно «континентальную» или, другими словами, «европейскую» философию.

Эта традиция выросла из немецкого идеализма, неокантианства и феноменологии и изначально имела схожие интересы с ранней аналитической философией относительно изучения языка, логики и арифметики. Однако благодаря работам Хайдеггера, Ясперса и других мыслителей она приняла первоначальные феноменологические идеи Гуссерля и стала использовать их для изучения конкретного, исторического, пережитого опыта, а также экзистенциальных тем.

Эти темы достигли своего апогея в период после Второй мировой войны, когда появился экзистенциализм Сартра и Де Бовуар, а также связанные с ним работы Мерло-Понти и Фанона. Это оказало непосредственное влияние на психиатрию через ряд прямых связей: преподавание Хайдеггера психиатрам вместе с развитием Dasein-анализа, основателями которого принято считать психиатров L. Binswanger и M. Boss, а также влияние феноменологического экзистенциализма на работы психиатра R. Laing.

Однако, наряду с доминированием феноменологии в европейской философии ключевых десятилетий XX века, возникают еще два важных направления этой традиции: взаимодействие философии с психоанализом и марксизмом. Континентальная философия принесла с собой интерес к «скрытым» силам, таким как бессознательное или капитализм, которые формируют человеческий опыт и способствуют более контекстуализированному и историзированному пониманию личности.

Этот подход позволил развить более «политический» взгляд на «я», а также, через постструктурализм, колониальные исследования и феминистскую философию, предоставил инструменты для размышлений над вопросами интерсекциональности, угнетения, маргинализации и опыта миграции и колонизации, что актуально для нашей практической и исследовательской работы².

В нашем недавнем проекте «Renewing Phenomenological Psychopathology» («Обновление феноменологической психопатологии») мы попытались применить некоторые идеи континентальной философии конца XX века к феноменологической психопатологии Ясперса и его последователей³. Большая часть «классической» феноменологической психопатологии была написана от третьего лица, как правило, европейским мужчиной, пытающимся описать структуры переживания психических заболеваний. С помощью наше-

го проекта мы надеемся увеличить международную осведомленность в этой сфере, развить новые области пересечения феноменологии с другими академическими дисциплинами и, что наиболее важно, поддерживать людей с пережитым опытом, которые хотят работать в области феноменологии, развивать навыки партнерства в совместной деятельности.

В дополнение к моей давней заинтересованности в феноменологической традиции мне посчастливилось работать и в более «аналитическом» ключе, с особым вниманием к природе бреда⁴. Определение бреда было предметом оживленных дискуссий в философии психиатрии. Благодаря Wittgenstein, Davidson, Bennett, McDowell и другим мыслителям, аналитическая философия предоставила полезные инструменты для размышлений о рациональности. Таким образом, она вступает в спор с идеей Ясперса о «непостижимой» природе первичного («истинного») бреда, а также представляет клинический и эмпирический интерес к континуальным моделям и к тому, как развивается психоз.

Изучение различий между рациональностью и иррациональностью, между бредом и необычными убеждениями связано с более широкой проблемой философии психиатрии, к которой отсылает Minkowski в своей критике Ясперса. Эта проблема заключается в том, что симптомы и признаки психопатологии не являются раздельными и «атомистическими», а скорее образуют единое целое, затрагивающее каждый аспект нашего опыта.

Перспективной областью для будущих исследований могло бы стать изучение того, насколько то, как мы структурируем и классифицируем психопатологию, зависит от прежних исторических идей факультетской психологии, которые могут быть уже неактуальны. В качестве примера такого подхода мы, вместе с Humpston и Broeker⁵⁻⁷, оспорили традиционное различие между идеаторными автоматизмами и слуховыми вербальными псевдогаллюцинациями и показали, что вычислительная психиатрия может эмпирически продемонстрировать, как симптомы объединяются в единое целое.

В заключительной части своих размышлений о статье Stein et al. я хотел бы уделить внимание теме, связанной с политикой, этикой и пережитым опытом, а именно эпистемической несправедливости («epistemic injustice»). Эпистемическая несправедливость – это термин, введенный философом M. Fricker и выросший из феминистской теории. Он подразумевает отсутствие справедливости, с которым сталкивается человек, когда его/ее способности к познанию недооцениваются из-за неэпистемических факторов (например, пола, возраста, этнической принадлежности). Это также называют «тестимониальной (свидетельской) несправедливостью» («testimonial injustice»), и в литературе она сопровождается концепцией «герменевтической несправедливости» («hermeneutic injustice»), когда людям несправедливо недостает понятий и слов для описания собственного опыта и передачи этих знаний.

Концепция эпистемической несправедливости предоставляет богатый набор концептуальных инструментов, которые помогают нам, философам психиатрии и практикам, понять, почему замалчиваются голоса тех, кто подвержен интерсекциональной маргинализации⁸, а также найти способы улучшить это положение, поддерживая способность людей быть активными и ценными источниками знаний о собственных состояниях и поддерживая их агентность в условиях клиники⁹. Эта область философии тесно связана с изучением реальных терапевтических встреч и опыта молодых людей с проблемами психического здоровья, а также с работой в разных областях здравоохранения, что имеет важное значение для подготовки и обучения клиницистов.

На мой взгляд, философия является важным союзником в изучении и практике психиатрии. По мере приближения к

концу первой четверти XXI века становится очевидно, что надежды на простую биологическую, «неокрепелиновскую» психиатрию вряд ли оправдаются, а страдания и дистресс, вызванные психическими расстройствами, продолжают существовать. Философия приносит с собой ясность понятий, строгий анализ и расширение теоретического мышления, которые могут помочь в решении сложных проблем, связанных с психическим здоровьем. Мы продвинулись вперед в этом направлении, и статья Stein et al. детализирует и развивает наши ответы на сложные вопросы.

Matthew R. Broome

Institute for Mental Health, University of Birmingham, Birmingham, UK

Перевод: Столярова Эвелина Гариевна, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Spencer L, Broome M. *Child Adolesc Ment Health* 2023;28:344-6.
3. Ritunano R, Stanghellini G, Broome MR. *World Psychiatry* 2021;20:304.
4. Bortolotti L, Broome MR. *Philos Psychol* 2008;21:821-41.
5. Humpston CS, Broome MR. *Rev Philos Psychol* 2016;7:611-29.
6. Humpston CS, Broome MR. *Lancet Psychiatry* 2020;7:638-46.
7. Broeker MD, Broome MR. *Phenom Cogn Sci* 2023; doi: 10.1007/s11097-023-09895-1.
8. Houlders JW, Bortolotti L, Broome MR. *Synthese* 2021;199:7689-704.
9. Bergen C, Bortolotti L, Tallent K et al. *Theory Psychol* 2022;32:667-90.

DOI:10.1002/wps.21202

Философия психиатрии как изучение сменяющихся парадигм

Bolton D. Philosophy of psychiatry as study of paradigm changes. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):241-242. doi: 10.1002/wps.21201.

Философия психиатрии затрагивает многие концептуальные темы в психиатрии, находящиеся на стыке философии, науки, культуры и клинической практики. Stein et al. был подготовлен широкий аналитический обзор данных тем и основных подходов к их изучению¹. Важно подчеркнуть, что предметом изучения философии всегда является она сама – философия в высшей степени саморефлексивна. Ниже мною приведены несколько предположений о том, что такое философия психиатрии.

Если говорить коротко, то философия изучает концептуальные вопросы науки. Но что же это значит? Несмотря на то, что существует давняя традиция полагать, что концепты сами по себе являются вечными и неизменными, что отмечается в ряде работ по философии психиатрии, общая тенденция философии XX века предлагает рассматривать концепты как нечто встроенное в символические системы и практики, которые могут различаться в разное время и в разных местах.

Примером, на который неоднократно ссылаются Stein et al., является философия науки Куна. В науке периодически происходят революции в фундаментальных теориях, так называемые смены парадигм, когда старые предположения оказываются недостаточно обоснованными для новых сложных проблем или открытий и на смену им приходят новые научные направления. Далее следуют периоды «нормальной науки», в период которых происходит осмысление значения и последствий новой теории, методологии и полученных данных².

Особый интерес для психиатрии и медицины, в целом, представляют смены парадигм в таких фундаментальных науках, как биология и психология. Общеизвестные революции в этих науках произошли во второй половине XX века: генетическая/информационная революция в биологии³ и связанная с ней когнитивная/информационная революция в психологии⁴. С того времени в рамках новых парадигм «нормальная» наука развивалась быстрыми темпами, продолжая исследовать и развивать такие направления, как эпигенетика и воплощенное познание, о которых пишут Stein et al.

Новые парадигмы обычно приводят к появлению новой онтологии, объединяющейся с традиционным предметом философии – метафизикой. Упомянутые выше смены парадигм в фундаментальных для психиатрии науках происходят именно таким образом. В биологии в XIX веке господствовало предположение о том, что физиологические процессы – это (не более чем) физика и химия, однако такое представление сменилось на новый вид онтологии,

включающий функции кодирования, информации, передачи сигналов и регуляции⁵. В психологии давнее влияние дуализма, лежащее в основе представления о том, что психические процессы не могут влиять на состояние организма или поведение, уступило место новой концептуализации когнитивных процессов как непосредственно участвующих в регуляции поведения⁶.

Появление когнитивной нейронауки было обусловлено двумя факторами. Во-первых, как и любая другая биологическая система, центральная нервная система имеет двойственный характер: опирается на физику и химию в сочетании с новой наукой об обработке информации. Во-вторых, она обладает особой когнитивной функцией – регуляцией поведения в условиях окружающей среды. Понятие информации стало основополагающим в новой смене парадигмы, поскольку все более широкое признание получает тот факт, что информация не является отображением уже созданного порядка вещей, а может отбираться, обрабатываться и использоваться в зависимости от потребностей и целей живого существа.

Онтологический статус информации как когниции относится к числу вопросов, которые в настоящее время изучаются в контексте «воплощенного познания», как это отмечают Stein et al., иллюстрируя ранее высказанное мнение о том, что за научными революциями следуют периоды «нормальной» науки, в течение которых осуществляется интерпретация и исследование последствий новых теории и открытий в рамках новой парадигмы.

Взаимосвязанные смены парадигм в биологии и психологии, произошедшие в последние десятилетия, имеют серьезные последствия для медицинских наук. Примером может служить деконструкция нескольких взаимосвязанных априорных предпосылок редукционизма. В дополнение к энергетическим обменам и преобразованиям, охватываемым фиксированными физико-химическими законами, новые парадигмы предполагают наличие системно-специфических, уязвимых сигнальных механизмов, которые играют фундаментальную причинную роль в регулировании физико-химических и других аспектов функционирования и поведения организма.

Представленная новая онтология и теория причинности как регуляции устраняют предпосылки для редукции психологии к биологии и биологии к физике и химии. Физика и химия не утрачивают своей значимости, но старая теория, предполагавшая их единственными базовыми науками, никогда не могла объяснить различие между здоровьем и болезнью, жизнью и смертью. Напротив, регулирующие

механизмы подвержены сбоям, что часто происходит и неизбежно случается в конечном итоге.

Другим важным аспектом новых парадигм является зависимость биологических и психологических процессов от окружающей среды. Для социальных существ социальная среда, включая социальный статус, оказывает значительное влияние на доступ к ресурсам, необходимым для биологического и психологического функционирования⁵. Stein и соавторы неоднократно подчеркивают важность взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов для здоровья и болезни, отмечая при этом, что биопсихосоциальная модель подвергалась критике за неспособность обеспечить конкретное содержание, концептуализировать взаимодействия причинных факторов и решить вопросы их выбора^{6,7}.

Философские позиции и сравнения между ними неизбежно упрощаются через использование названий и кратких утверждений. Философия психиатрии, как и другие философские дисциплины, полна таких сокращений – названий общих моделей, например, «биопсихосоциальная» и противопоставленная ей «биомедицинская», или краткие утверждения, такие как «психические расстройства являются биологическими видами» или «психические расстройства – это расстройства мозга», а также использования философских, «-измов», таких как «плюрализм», «натурализм» и «нормативизм». Хотя данные термины и сокращения имеют определенное применение и, вероятно, неизбежны в рамках философских дискуссий, они не проясняют фундаментальные вопросы онтологии, причинности и метода, которые становятся очевидными при смене парадигм, когда старые представления больше не применимы и требуются новые.

Некоторые смены парадигм в медицине затрагивают не только науку, но и культуру. Примером может служить такое изменение последних десятилетий, при котором исключительное право медицинских специалистов на постановку диагнозов уступило место более широкому признанию права общества интерпретировать себя и свои ценности. Ключевым моментом стало успешное лоббирование сообществом гомосексуалов в 1970-х годах, исключения гомосексуальности из руководства DSM⁸. Вероятно, в большей степени данные изменения были связаны с общими эмансипаторными социальными движениями того времени, чем с научными открытиями. Однако в любой момент времени культура и наука взаимодействуют друг с другом или

идут параллельно. Требование признания агентности со стороны сообщества гомосексуалов в 1970-х годах совпало с развитием теорий личной агентности в психологической науке.

По мере того как когнитивная революция в психологии распространялась по ее отраслям, такие личностные конструкции, как оценка и воспринимаемая агентность, появлялись в новых каузальных объяснительных моделях поведения и благополучия⁹. По мере того, как раскрываются последствия новых теоретических моделей, концепции личной агентности и такие когнитивные понятия, как автономия, все чаще признаются важными для философии психиатрии, и имеющими значение для клинической практики и здравоохранения, что подчеркивается в работах Stein et al.^{5,6}.

Derek Bolton

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

Перевод: Лановая Аlesia Михайловна, г. Москва

Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. *World Psychiatry* 2024;23:215-32.
2. Kuhn TS. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
3. Mayr E. *The growth of biological thought*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.
4. Miller GA. *Trends Cogn Sci* 2003;7:141-4.
5. Marmot M. *JAMA* 2006;295:1304-7.
6. Bolton D, Gillett G. *The biopsychosocial model of health and disease: new philosophical and scientific developments*. London: Palgrave Macmillan, 2019.
7. Bolton D. *Eur J Anal Philos* 2021;17:5-26.
8. Spitzer RL, Williams JB. In: Grove W (ed). *Deviance and mental illness*. Beverly Hills: Sage, 1982:15-31.
9. Bandura A. *Am Psychol* 1982;37:122-47.

DOI: 10.1002/wps.21201

Галлюцинирующие мыши, «мозговая» психотерапия, вычислительная психиатрия: будущее психиатрии наступило

Spitzer M. *Hallucinating mice, psychotherapy in the brain, and computational psychiatry: the future of psychiatry is now*. *World Psychiatry*. 2024;23(2):242-243. doi:10.1002/wps.21198.

Stein et al.¹ представляют философски обоснованный обзор концептуальных основ психиатрии: от фундамента психопатологии до практического применения в клинической психиатрии. Они подчеркивают: а) важность фактов и ценностей в здравоохранении; б) необходимость использования плюралистического подхода в науке, касающегося онтологии, объяснения и ценностей; в) полезность концепции «воплощенного познания» как интегративного понятия в теории и клинической практике. Я работаю врачом-психиатром более 40 лет, последние 30 лет я посвятил исследованиям в области нейронауки систем. Я высоко ценю размышления авторов о фундаментальных основах данной области. Здесь я хотел бы добавить несколько соображений с моей личной и научной точки зрения.

Я полностью поддерживаю пункты а) и в) в изложении Stein et al. Любопытно, кто утверждает, что медицина – это наука, а наука (по определению) касается только фактов, должен помнить, что такие термины, как «боль», «страдание»,

«расстройство» и «болезнь», предполагают негативную ценностную оценку, т. е. их невозможно понять тому, кто не осознает значения высказываний вроде «мне не нравится X» или «я так счастлив из-за Y». В сочетании с пространственной и временной ограниченностью нашего разума как воплощенного познания, радость и боль дают нам свободу действий и цель, а также позволяют нам – как наиболее социально организованным приматам, которых породила эволюция, – стремиться к улучшению своей жизни. В случае успешного лечения психиатры становятся не нужны; неудача в лечении, напротив, требует нашего вмешательства и направляет пациента снова к нам.

Что касается пункта б), я бы хотел предложить несколько соображений. Вместо плюралистического подхода я бы предпочел говорить о мультимодальном подходе в отношении науки (онтологии и обоснований) и об открытым и толерантным подходе к культурным различиям. Позвольте объяснить. Не существует британской, китайской, фран-

пузской, бушменской или папуасской науки; есть только наука. На уровне ее эмпирической связи с реальностью наука всегда менялась, и борьба между различными школами мысли всегда была важной частью ее истории. Однако в своем теоретическом ядре наука удивительно стабильна. Теория множеств, ньютоновская, эйнштейновская и квантовая физика, периодическая система, эволюция, генетика и другие направления постепенно развивались, формируя обширный массив знаний. Трудно представить себе, какой «ужасный факт» мог бы обладать эпистемологической силой, способной опровергнуть любой из вышеупомянутых подходов. Безусловно, всегда были (и будут) утверждения, подвергаемые сомнению научным прогрессом. Однако, чем ближе мы продвигаемся от эмпирической связи науки с реальностью к ее внутреннему ядру, тем меньше вероятность возникновения подобных сомнений.

Далее я бы хотел проиллюстрировать мультимодальный подход к психопатологии и психиатрии, кратко затронув три современных направления исследований: а) модели психопатологии на мышах, которые позволяют устанавливать причинно-следственные связи между состояниями мозга и состояниями сознания; б) концепции нейромодуляции (с помощью малых молекул, таких как дофамин, ацетилхолин, норадреналин, серотонин и многих других) и нейропластичности (от синаптического до кортикального уровня); в) вычислительную психиатрию как часть исследований в области искусственного интеллекта.

На протяжении большей части своей карьеры я был абсолютно равнодушен к использованию моделей на мышах в медицине, особенно в психиатрии. Они помогали в исследовании новых препаратов (хотя большинство из них было открыто случайно), но давали лишь ограниченные представления о механизмах их действия. При этом для понимания основных симптомов психоза (галлюцинаций, бреда и формальных расстройств мышления), а также для изучения взаимодействий генов и сложной человеческой среды модели на мышах казались бессмысленными. Все изменилось за последние пять лет. Позвольте привести несколько примеров.

Десенсибилизация и переработка движением глаз (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR) – это форма психотерапии, используемая для лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с помощью чередующейся билатеральной сенсорной стимуляции (alternating bilateral sensory stimulation, ABS). Чтобы изучить ее механизм действия, была разработана мышиная модель, которая позволяла индуцировать условный страх, добиваясь его угасания и отслеживать влияние ABS на этот процесс. При применении ABS, угасание страха было более выраженным, а эффект сохранялся дольше. Впоследствии был выявлен нейронный путь (от верхнего холмика через медиодорсальное ядро таламуса), который подавлял активность клеток, кодирующих страх в базолатеральной миндале, обеспечивая устойчивое ослабление страха. «Эти результаты раскрывают нейронный путь, лежащий в основе эффективной стратегии устойчивого ослабления травматических воспоминаний»².

Для изучения слуховых галлюцинаций на мышинных моделях³ их необходимо было «научить галлюцинировать», то есть, во-первых, воспринимать значимый стимул (звук) в случайном шуме (ложное восприятие), а во-вторых, принимать это восприятие за реальность (тестирование реальности). Оба типа реакции удалось надежно воспроизвести. С помощью оптогенетических и хемогенетических методов был обнаружен нейронный путь с повышением уровня дофамина в вентральной области покрышки и полосатом теле, где различные субрегионы кодируют разные типы ожиданий. «Эти данные подтверждают идею о том, что галлюцинации возникают... из-за повышения уровня дофамина, что приводит к предвзятости в пользу предварительных ожиданий вопреки текущим сенсорным ощущениям»³.

Термин «диссоциация» охватывает широкий спектр состояний, связанных с восприятием, мышлением, сознанием, а также с ощущением времени, пространства, реальности и

самого себя. На модели мышей, подвергавшихся воздействию препаратов, которые надежно вызывают диссоциативное состояние, была обнаружена специфическая ритмическая осцилляция в пятом слое ретроспленальной коры, которая оказалась необходимой и достаточной для возникновения подобного состояния. Более того, у пациента с эпилепсией аналогичная осцилляция была обнаружена в соответствующей области мозга во время диссоциативной ауры⁴. Это открытие позволяет вывести нечетко сформулированную, малопонятную и часто используемую концепцию из XIX века в XXI век.

В определенный период развития мозга мышей (2–9-й дни) неблагоприятные условия (мышинные аналоги человеческой бедности, иммиграции, пренебрежения и насилия) формируют путь, который приводит к дисфункциональному поведению во взрослом возрасте (сниженной чувствительности к вознаграждению), которое очень похоже на ПТСР у людей⁵.

Важно осознавать, что благодаря оптогенетическим моделям впервые стало возможным установление причинно-следственной связи, а не просто корреляции, в сфере исследований сознания и мозга. Поэтому этот метод, вероятно, станет чрезвычайно плодотворным в ближайшем будущем психопатологии.

Понятия нейромодуляции и нейропластичности позволяют выдвинуть лаконичные объяснения широкого спектра психических явлений на основании нейронауки, включая острые состояния (вызванные повышением, снижением или дисрегуляцией нейромедиаторов), а также долгосрочные («хронические») изменения сознания, обусловленные синаптической пластичностью. На мышинной модели нейромедиаторные изменения (повышенный уровень дофамина в вентральной области покрышки) вызывают слуховые галлюцинации, которые легко поддаются лечению антагонистами дофамина (как у мышей, так и у пациентов в остром состоянии). Однако, когда такие переживания закрепляются посредством синаптической пластичности, они становятся менее зависимыми от дофаминовой гиперактивности и, соответственно, менее восприимчивыми к лечению антипсихотическими препаратами^{6,7}.

Наконец, нейронные сети стали использоваться для создания вычислительных моделей психических явлений еще в конце 1980-х и 1990-х годах усилиями нескольких психиатров⁶⁻⁸. Хотя мы и ожидали, что вычислительная психиатрия со временем наберет обороты, никто из нас не мог себе представить, что эта новая форма искусственного интеллекта будет применяться в чем угодно: от расшифровки клинописи до сворачивания белков, разработки лекарственных средств, прогнозирования погоды, а также создания аппаратного и программного обеспечения следующего поколения⁹. Искусственный интеллект изменит не только психиатрию, но и весь мир, как это сделали изобретение письменности, печатного станка или Интернета.

Manfred Spitzer

Department of Psychiatry, University of Ulm, Ulm, Germany

Перевод: Барканова Валерия, г. Москва

Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Stein DJ, Nielsen K, Hartford A et al. World Psychiatry 2024;23:215-32.
2. Baek J, Lee S, Cho T et al. Nature 2019;566:339-43.
3. Schmack K, Bosc M, Ott T et al. Science 2021;372:eabf4740.
4. Vesuna S, Kauvar IV, Richman E et al. Nature 2020;586:87-94.
5. Birnie MT, Short AK, de Carvalho GB. Nat Commun 2023;14:1088.
6. Hoffman RE. Arch Gen Psychiatry 1987;44:178-88.
7. Servan-Schreiber D, Printz H, Cohen JD. Science 1990;249:892-5.
8. Spitzer M. Compr Psychiatry 1995;36:83-105.
9. Spitzer M. Künstliche Intelligenz. Munich: Droemer, 2023.

DOI:10.1002/wps.21198

Влияние загрязнения воздуха и изменения климата на показатели психического здоровья: зонтичный обзор глобальных данных

Joaquim Radua¹⁻³, Michele De Prisco¹⁻⁴, Vincenzo Oliva^{1,2,4}, Giovanna Fico^{1,2,4}, Eduard Vieta¹⁻⁴, Paolo Fusar-Poli⁵⁻⁸

¹Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain; ²Department of Medicine, Institute of Neuroscience, University of Barcelona, Barcelona, Spain; ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain; ⁴Bipolar and Depressive Disorders Unit, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, Spain; ⁵Early Psychosis: Interventions and Clinical-detection (EPIC) Lab, Department of Psychosis Studies, King's College London, London, UK; ⁶Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy; ⁷Outreach and Support in South-London (OASIS) service, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ⁸Department of Psychiatry and Psychotherapy, Ludwig-Maximilian-University Munich, Munich, Germany

В последнее время влияние загрязнения воздуха и изменения климата на психическое здоровье вызывает серьезные опасения. Однако комплексный обзор, анализирующий существующие доказательства, учитывающий возможные погрешности и систематические ошибки, отсутствует. В этом зонтичном обзоре был проведен систематический поиск в базах данных PubMed/Medline, Scopus и PsycINFO (по состоянию на 26 июня 2023 г.) систематических обзоров с метаанализом, исследующих связь загрязнения воздуха или изменения климата с последствиями для психического здоровья. Мы использовали пакет R *metaumbrella* для расчета и стратификации достоверности доказательств в соответствии с критериями (т. е. убедительные, весьма вероятные, вероятные или слабые), с учетом анализа возможных систематических ошибок, дополненных анализом чувствительности. Мы включили 32 систематических обзора с метаанализом, в которых рассматривались 284 отдельных исследования и 237 ассоциаций воздействия загрязнения воздуха или вредных последствий изменения климата с последствиями для психического здоровья. Большинство ассоциаций ($n=195$, 82,3%) были связаны с загрязнением воздуха, в то время как остальные ($n=42$, 17,7%) касались вредных последствий изменения климата (в основном с акцентом на температуру: $n=35$, 14,8%). Показатели психического здоровья в большинстве случаев ($n=185$, 78,1%) включали частоты психических расстройств, за которыми следовали суицидальное поведение ($n=29$, 12,4%), обращение за помощью в сфере психического здоровья ($n=9$, 3,7%), симптоматика, связанная с психическими расстройствами ($n=8$, 3,3%), и смешанные категории ($n=6$, 2,5%). Двенадцать ассоциаций (5,0%) получили убедительные (класс I) или весьма вероятные (класс II) доказательства. Что касается воздействия загрязнения воздуха, то были получены убедительные (класс I) доказательства связи между длительным воздействием вредных результатов изменения климата и более высокой частотой деменции или когнитивных нарушений (отношение шансов (odds ratio, OR)=1,139), а также весьма вероятные (класс II) доказательства связи между длительным воздействием некоторых загрязняющих веществ и более высоким риском когнитивных расстройств (более высокая частота деменции при высоких, по сравнению с низкими, уровнях оксида углерода, CO: OR=1,587; более высокая частота сосудистой деменции на 1 мкг/м³ увеличения оксидов азота, NOx отношение рисков (hazard ratio), HR=1,004). Также были получены весьма вероятные (класс II) доказательства связи между воздействием взвешенных в воздухе твердых частиц диаметром ≤ 10 мкм (PM10) во втором триместре беременности и частотой послеродовой депрессии (OR=1,023 на 1 мкг/м³ увеличения); а также связи между краткосрочным воздействием диоксида серы (SO₂) и рецидивом шизофрении (относительный риск (risk ratio) RR=1,005 и 1,004 на 1 мкг/м³ увеличения, соответственно через 5 и 7 дней после воздействия). Что касается вредных последствий изменения климата, были получены весьма вероятные (класс II) доказательства связи между краткосрочным воздействием повышенной температуры и смертностью, связанной с суицидом или психическими расстройствами (RR=1,024), суицидальным поведением (RR=1,012) и обращением за стационарной помощью (т. е. госпитализация или посещение отделения неотложной помощи) из-за суицидального поведения или психических расстройств (RR=1,011) или только психических расстройств (RR=1,009) (значения RR на 1 °C увеличения). Также были получены весьма вероятные (класс II) доказательства ассоциации между краткосрочным воздействием субъективного ощущения повышенной температуры (т. е. температурного эквивалента, воспринимаемого людьми) и суицидальным поведением (RR=1,01 на 1 °C повышения). Наконец, были получены весьма вероятные (класс II) доказательства ассоциации между близостью во времени воздействия циклона и тяжестью симптомов посттравматического стрессового расстройства ($r=0,275$). Хотя большинство из вышеперечисленных ассоциаций были небольшими по величине, они распространяются на все население мира и, следовательно, могут иметь существенное влияние. В этом зонтичном обзоре впервые классифицируются и количественно определяются глобальные негативные влияния, которые оказывают загрязнение воздуха и изменение климата на психическое здоровье, определяются основанные на фактических данных цели для будущих исследований и мер, принимаемых на уровне здравоохранения.

Ключевые слова: загрязнение воздуха, изменение климата, психическое здоровье, температура, деменция, когнитивные расстройства, послеродовая депрессия, суицид, шизофрения, посттравматическое стрессовое расстройство.

Radua J, De Prisco M, Oliva V et al. Impact of air pollution and climate change on mental health outcomes: an umbrella review of global evidence. *World Psychiatry*. 2024;23(2):244-256. doi:10.1002/wps.21219.

Загрязнение воздуха, повышение температуры и экстремальные изменения погодных условий представляют собой взаимосвязанные элементы серьезного глобального кризиса, который при отсутствии быстрых и радикальных действий, обречен на ухудшение^{1,2}. Все это влечет за собой значительную угрозу физическому здоровью, приводя к повышенному риску развития и/или обострению различных заболеваний, включая инфекционные, аллергические, метаболические, неопластические, респираторные и сердечно-сосудистые³.

Это также влияет на состояние психического здоровья, хотя эта проблема попала в поле внимания исследователей только в последние годы⁴. Например, воздействие загрязнения воздуха было связано с более высоким риском когнитивных расстройств⁵, а повышение температуры, как было обнаружено, связано с повышенным риском самоубийств⁶. Экстремальные погодные явления, такие как циклоны, наводнения или лесные пожары, могут способствовать травматическим переживаниям,

приводящим к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) у пострадавшего населения⁷.

Хотя эти факторы окружающей среды могут напрямую воздействовать на психическое здоровье людей, они также, по-видимому, оказывают и косвенное влияние. Например, изменение климата может влиять на экономическую стабильность, продовольственную безопасность, благосостояние общества и физическое здоровье, а также приводить к миграции и конфликтам, которые сами по себе являются ключевыми факторами психического здоровья^{8,9}.

Проблема прямого и косвенного влияния изменений окружающей среды на психическое здоровье настолько актуальна, особенно для молодых поколений, что были придуманы новые слова: *солстальгия* (т. е. дистресс, вызванный трансформацией и деградацией домашней среды)¹⁰, *экологическая горе* (т. е. горе, связанное с экологической потерей)¹¹ и *экотревожность* (т. е. тревога, связанная с изменяющейся и неопределенной средой)¹².

Ассоциации между этими воздействиями окружающей среды и последствиями для психического здоровья широко исследовались, что привело к экспоненциальному росту числа научных публикаций и нескольким систематическим обзорам^{5,6,13}. Однако результаты этих исследований часто противоречат друг другу. Например, в одной из работ¹⁴ показана значимая ассоциация между длительным воздействием взвешенных в воздухе твердых частиц (particulate matter, PM) и частотой диагностированной депрессии, в то время как другое исследование, проведенное на большей выборке,¹⁵ не выявило эту ассоциацию. Аналогичным образом, в одном из исследований сообщалось о повышении смертности из-за суицида в связи с кратковременным воздействием повышенной температуры среды¹⁶, в другой работе эта ассоциация не была обнаружена¹⁷. Подобные несоответствия присутствуют даже между различными систематическими обзорами с метаанализом. Например, один систематический обзор с метаанализом не выявил общей ассоциации между воздействием PM $\leq 2,5$ мкм в диаметре (PM_{2.5}) и депрессией¹⁸, хотя другой ее подтвердил¹³.

Эти противоречивые результаты могут быть частично обусловлены различными размерами выборки¹⁹, эффектами малых исследований, систематическими ошибками представления данных, большой гетерогенностью и неоднородными определениями и измерениями соответствующих воздействий. В связи с этим само существование, направленность и выраженность ассоциаций между этими воздействиями окружающей среды и их последствиями для психического здоровья остаются неопределенными. Отсутствие вследствие этого доказательств достаточного уровня и надежных мишеней для изменения препятствует дальнейшим исследованиям и не позволяет предпринимать действия в области здравоохранения, направленные на смягчение влияния этих воздействий на психическое здоровье.

Целью настоящей работы является восполнение этих пробелов посредством проведения всеобъемлющего зонтичного обзора, в котором были систематически изучены и классифицированы данные об ассоциациях загрязнения воздуха и изменения климата с показателями психического здоровья во всем мире. С этой целью была проведена стандартизация единиц измерения, а также был использован пакет *R metaumbrella* для расчета и стратификации достоверности доказательств в соответствии с критериями, которые учитывают несколько погрешностей и систематических ошибок.

Представленная в этом обзоре доказательная классификация призвана послужить основой для создания рекомендаций, касающихся новых исследований и воздействия загрязнения воздуха и изменения климата на психическое здоровье, и разработки новых профилактических мер.

МЕТОДЫ

Мы провели настоящий обзор в соответствии с Предпочтительными элементами отчетности по систематическим обзорам и метаанализам (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, PRISMA)²⁰ и предварительно зарегистрировали его протокол на https://osf.io/rqjdp/?view_only=d60ab9238c714014ae148acde5e55ad2.

Стратегия поиска

Мы провели систематический поиск в базах данных PubMed/Medline, Scopus и PsycINFO с момента их создания до 26 июня 2023 года. Стратегия поиска включала термины, связанные с загрязнением воздуха и изменением климата, а также с последствиями для психического здоровья (см. дополнительную информацию). Мы вручную искали ссылки на работы в каждом из включенных обзоров, учебников и других материалов, чтобы выявить потенциальные дополнительные систематические обзоры с метаанализом, не охваченные исходным поиском.

Воздействия и последствия

Загрязнение воздуха и изменение климата трактовались в соответствии с определениями, представленными в каждом систематическом обзоре с метаанализом. Они относились к общей популяции, если не указано иное (например, загрязнение воздуха во время беременности).

Последствия для психического здоровья включали: а) психические расстройства, сгруппированные в диагностические блоки МКБ-10: органические психические расстройства; психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ; шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; расстройства настроения (аффективные); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; умственная отсталость; расстройства психологического развития; эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте; б) симптоматика, связанная с психическими расстройствами (например, симптомы или проявления, связанные с психическим расстройством, такие как симптомы депрессии или тревоги); в) суицидальное поведение; г) обращение в службы охраны психического здоровья.

КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ И ИСКЛЮЧЕНИЯ

Мы включали любые систематические обзоры с метаанализом, содержавшие наблюдательные исследования (как поперечные, так и продольные), которые: а) исследовали ассоциации либо загрязнения воздуха, либо изменения климата, либо и того, и другого с любым последствием для психического здоровья (как определено выше); и б) сравнивали подверженные и не подверженные воздействию популяции или популяции на разных уровнях воздействия. Каждая ассоциация должна была основываться как минимум на двух отдельных исследованиях, чтобы быть включенной.

Мы исключали: а) любые публикации, кроме систематических обзоров с метаанализом, включая систематические обзоры без метаанализа и метаанализы, которые не следовали процедуре систематического поиска; б) систематические обзоры с метаанализом, включающие только интервенционные исследования; в) систематические обзоры с метаанализом, включающие только исследования, предоставляющие данные о распространенности в одной группе; г) систематические обзоры с метаанализом, включающие только данные «до-после»; д) систематические обзоры с метаанализом, которые не были связаны с нашим исследовательским вопросом; е) «серую» литературу (т. е. публикации, которые не прошли процесс рецензирования, такие как докторские диссертации и тезисы конференций); ж) систематические обзоры с метаанализом, которые были отозваны после публикации; з) систематические обзоры с метаанализом, сообщающие о тех же ассоциациях, что и другие, более полные или недавние, систематические обзоры; и) систематические обзоры с метаанализом, в которых не предоставлено достаточных данных для проведения зонтичного обзора.

Отбор систематических обзоров с метаанализом и извлечение данных

Три автора (MDP, VO, GF) независимо друг от друга оценили потенциально актуальные систематические обзоры с метаанализом на уровне заголовка, аннотации и полного текста. Любое разногласие разрешалось на основе консенсуса и консультаций с другими авторами (JR, PFP), если не удавалось достичь соглашения. Те же три автора независимо друг от друга извлекали информацию из включенных обзоров.

Из каждого систематического обзора с метаанализом мы извлекали следующую информацию: имя первого автора, год публикации, количество включенных индивидуальных

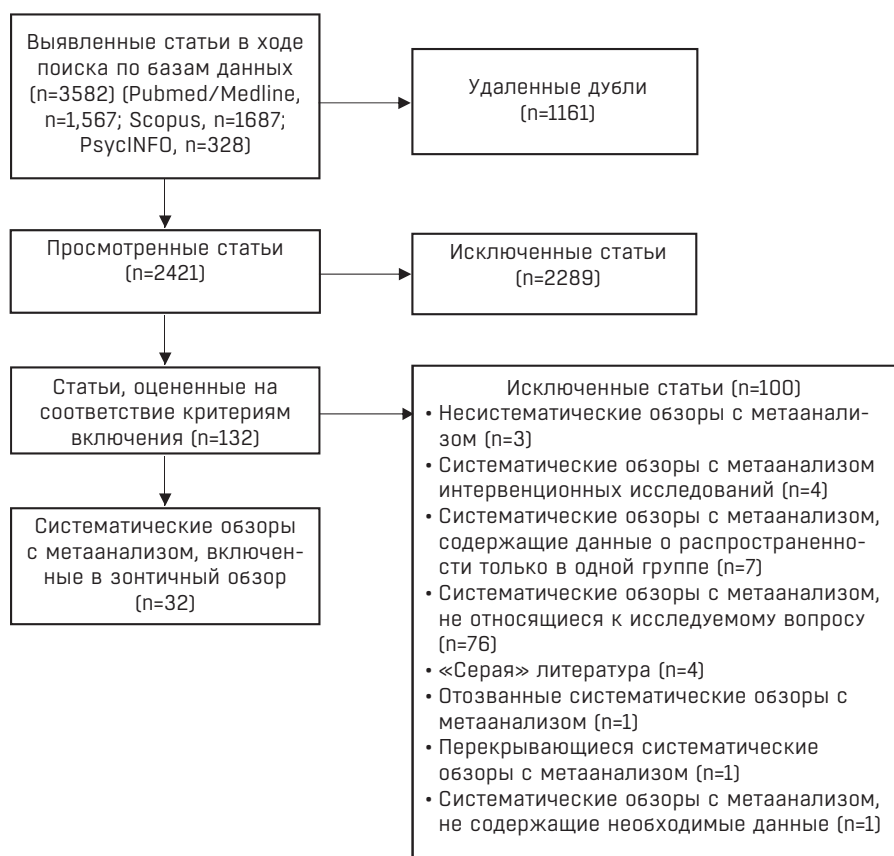


Рисунок 1. Схема PRISMA

исследований, тип воздействия, тип результата психического здоровья и тип рассматриваемого размера эффекта, т. е. отношение шансов (odds ratio, OR), отношение рисков (hazard ratio, HR) или относительный риск (relative risk, RR). Для зависящих от времени воздействий (т. е. долгосрочных и краткосрочных) мы извлекали временные рамки, рассматриваемые для каждой конкретной ассоциации. Долгосрочными воздействиями считались те, которые длились месяцы или годы, в то время как краткосрочными – те, которые длились дни или недели (обычно менее 30 дней).

На уровне индивидуального исследования мы извлекали имя первого автора, год публикации, дизайн исследования, любые показатели, полезные для расчета размера эффекта, и зависимости в данных (несколько результатов из одной и той же группы или несколько групп в исследовании).

Качество доказательств

Мы использовали специальный инструмент для оценки качества включенных систематических обзоров с метаанализом – Measurement Tool To Assess Systematic Reviews (AMSTAR-2)²¹. Мы классифицировали методологическое качество как «высокое» (нет критических недостатков и не более одного некритического недостатка); «умеренное» (нет критических недостатков, но более одного некритического недостатка); «низкое» (один критический недостаток); и «критически низкое» (более одного критического недостатка)²¹.

Статистический анализ

На раннем этапе сбора данных мы заметили, что включенные систематические обзоры с метаанализом исследовали ассоциации между воздействием загрязнения воздуха или изменения климата и последствиями для психического здоровья либо непрерывно (например, смертность от самоубийств увеличивается при каждом повышении температуры среды на 5 °C), либо бинарно (например, различия в за-

болеваемости деменцией между лицами, сильно подверженными воздействию растворителей и теми, кто подвергался мало или не подвергался вообще). Систематические обзоры с метаанализом, изучающие непрерывные ассоциации, были неоднородны в отношении интервалов воздействия, используемых для представления результатов. Чтобы преодолеть эту проблему, мы преобразовали все интервалы в одну единицу, согласно Международной системе единиц (СИ) (например, изменение при повышении на 1 °C или изменение при повышении на 1 мкг/м³). Это было выполнено путем деления логарифма RR или OR на количество единиц международной системы²². Когда в обзоре анализировались непрерывные и бинарные данные вместе, мы подвергали метаанализу отдельно исследования с непрерывными данными и отдельно – с бинарными.

Мы оценили достоверность связей в соответствии с признанными международными критериями^{23–26}. В частности, мы классифицировали каждую ассоциацию как убедительную (класс I), высоковероятную (класс II), вероятную (класс III) или слабую (класс IV). Если связь была незначимой, мы классифицировали ее как таковую. Класс I требует соблюдения следующих критериев: более 1000 случаев; $p < 10^{-6}$; отсутствие эффектов малых исследований или избытка смещения значимости; интервал прогнозирования не включает нулевое значение; крупнейшее исследование номинально значимо; низкая гетерогенность (т. е. $I^2 < 50\%$). Класс II требует более 1000 случаев, $p < 10^{-6}$ и номинальной значимости результатов крупнейшего исследования. Класс III требует более 1000 случаев и $p < 10^{-3}$. Класс IV требует только $p < 0,05$.

Мы провели анализ чувствительности, который включал только продольные исследования, чтобы проверить влияние дизайна исследования на результаты и убедиться, что воздействие загрязнения воздуха и изменения климата достоверно предшествовали последствиям в отношении психического здоровья.

Мы провели дополнительный анализ путем выведения увеличения показателей выбранных последствий для пси-

Таблица 1. Характеристики систематических обзоров с метаанализом, включенных в общий обзор					
	Включенные исследования	Размер выборки	Включенные ассоциации	Воздействие	Последствия для психического здоровья
Abolhasani et al ²⁸	4	86,516,610	1	Загрязнение воздуха	Госпитализация в связи с деменцией
Borroni et al ¹³	39	4,659,344	12	Загрязнение воздуха	Депрессия
Braithwaite et al ³¹	4	34,451	1	Загрязнение воздуха	Суицидальное поведение (смертность)
Cheng et al ³³	19	40,217,872	2	Загрязнение воздуха	Деменция, сосудистая деменция
Chun et al ³⁴	4	91,363	1	Загрязнение воздуха	РАС
Bernardina Dalla et al ³⁵	11	95,607	5	Загрязнение воздуха	СДВГ
Davoudi et al ³⁶	9	1,532,847	13	Загрязнение воздуха	Суицидальное поведение (смертность)
Dhiman et al ³⁷	4	578,383	1	Загрязнение воздуха	Болезнь Альцгеймера
Dutheil et al ³⁸	26	748,247	14	Загрязнение воздуха	РАС
Flores-Pajot et al ³⁹	4	141,061	9	Загрязнение воздуха	РАС
Fu et al ⁴⁰	15	218,487	2	Загрязнение воздуха	РАС, легкие когнитивные нарушения
Fu et al ⁵	8	13,528,702	2	Загрязнение воздуха	Болезнь Альцгеймера
Gong et al ⁴¹	14	77,053,755	4	Загрязнение воздуха	Болезнь Альцгеймера, деменция, сосудистая деменция
Li et al ⁴⁴	9	70,214	1	Загрязнение воздуха	Депрессия
Lin et al ⁴⁵	17	645,663	10	Загрязнение воздуха	СДВГ
Liu et al ⁴⁶	27	1,009,799	4	Загрязнение воздуха	СДВГ, РАС
Pourhoseini et al ⁴⁸	3	31,587	20	Загрязнение воздуха	Послеродовая депрессия
Song et al ⁴⁹	13	27,055	40	Загрязнение воздуха	Шизофрения
Tang et al ⁵⁰	12	13,158,086	3	Загрязнение воздуха	Болезнь Альцгеймера, деменция, сосудистая деменция
Trushna et al ⁵¹	9	445,562	4	Загрязнение воздуха	Тревожные расстройства, психологический стресс
Wilker et al ⁵²	12	16,357,675	2	Загрязнение воздуха	Деменция
Yu et al ⁵³	10	2,703,941	2	Загрязнение воздуха	Когнитивные нарушения, деменция
Zeng et al ⁵⁴	12	289,066	11	Загрязнение воздуха	Депрессия и отдельные симптомы депрессии
Zhang et al ⁵⁵	5	102,925	3	Загрязнение воздуха	СДВГ
Zhao et al ⁵⁶	52	80,986,923	23	Загрязнение воздуха	Болезнь Альцгеймера, когнитивные нарушения, деменция, сосудистая деменция
Beaglehole et al ²⁹	2	1,144	2	Оползни, лесные пожары	Психические расстройства, психологический стресс
Bonde et al ³⁰	4	2,702	1	Циклоны, наводнения, цунами	Депрессия
Chan et al ³²	8	2,934	1	Циклоны	Симптомы ПТСР
Frangione et al ⁶	20	3,021,622	7	Осадки, температура	Суицидальное поведение (смерть или суицидальные попытки)
Li et al ⁴³	32	8,179,080	15	Атмосферное давление, продолжительность солнечного сияния, температура	Психические расстройства; аффективные расстройства; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; шизофрения
Liu et al ⁴⁷	30	3,159,423	14	Температура	Психические расстройства, органические психические расстройства, шизофрения, психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, суицидальное поведение (смертность), обращение в стационар
Heo et al ⁴²	29	2,635,678	7	Загрязнение воздуха, температура	Суицидальное поведение (смертность, суицидальные попытки или мысли, самоповреждение)
СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, РАС – расстройство аутистического спектра.					

хического здоровья (т. е. тех, которые, как было установлено, связаны с повышением температуры с доказательствами класса I или II) как функцию аномалии среднего-

довой температуры земли. Мы получили среднюю годовую температуру земли с 1750 по 2022 год из Berkeley Earth (<https://berkeleyearth.org>) и рассчитали аномалию

годовой температуры земли, вычитая из наблюдаемой температуры земли 1800–2022 годов среднюю температуру земли в доиндустриальный период (т. е. с 1750 по 1799 год).

Мы использовали соответствующий RR, полученный из зонтичного обзора, чтобы сделать эти выводы. Например, если исход психического здоровья имел RR=1,01 на 1°C повышения, а аномалия температуры земли в данном году составляла 1°, мы предполагали 1% повышения в этом году.

Мы оценили ежегодный темп роста температуры земли за последние десятилетия и спрогнозировали этот темп до 2050 года (т. е. предполагая, что аномалия температуры земли будет увеличиваться на одинаковую величину каждый год). До 2022 года мы вывели доверительные интервалы (ДИ) предполагаемого увеличения последствий в области психического здоровья непосредственно из ДИ настоящего зонтичного обзора. ДИ с 2023 по 2050 год оценивались с помощью моделирования Монте-Карло комбинации наших ДИ с прогнозируемыми интервалами аномалии температуры земли.

Мы выполнили все зонтичные расчеты с помощью пакета R *metaumbrella*²⁷, который был разработан нашей группой и впервые применен в предыдущей публикации в этом журнале²³. Это первый комплексный пакет, который позволяет проводить зонтичные обзоры, автоматически выполняя все необходимые расчеты и впоследствии классифицируя достоверность доказательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Поиск литературы и найденные исследования

Всего было выявлено 3582 ссылки. После удаления дубликатов мы просмотрели 2421 из них на уровне заголовка и аннотации и 132 на уровне полного текста. Окончательный набор из 32 систематических обзоров с метаанализом^{5,6,13,28–56}, охватывающий 284 индивидуальных исследования (231 продольное и 53 поперечных), был включен в зонтичный обзор (см. рис. 1 и табл. 1). Исключенные исследования подробно описаны в дополнительной информации.

Отдельные исследования включали выборки из США (n=74), Китая (n=41), Великобритании (n=21), Южной Кореи (n=20), Канады (n=19), Тайваня (n=13), Германии (n=12), Нидерландов (n=11), Испании (n=11), Швеции (n=11), Франции (n=8), Австралии (n=6), Италии (n=6), Гонконга (n=4), Японии (n=4), Дании (n=3), Финляндии (n=3), Ирана (n=3), Израиля (n=3), Норвегии (n=3), Бельгии (n=2), Бразилии (n=2), Индии (n=2), Мексики (n=2), Новой Зеландии (n=2), Польши (n=2), Португалии (n=2), Австрии (n=1), Бангладеш (n=1), Колумбии (n=1), Ганы (n=1), Греции (n=1), Гренландии (n=1), Казахстана (n=1), Нигерии (n=1), Словакии (n=1), Южной Африки (n=1), Шри-Ланки (n=1), Швейцарии (n=1), Турции (n=1) и Вьетнама (n=1). Сумма этих выборок не составляет 284, поскольку индивидуальное исследование могло включать несколько выборок из разных стран.

Характеристики включенных систематических обзоров с метаанализом

Из всех включенных систематических обзоров с метаанализом 25 были сосредоточены на влиянии загрязнения воздуха на психическое здоровье^{5,13,31,33–41,44–46,48–56}; шесть – на влиянии вредных последствий изменения климата^{6,29,30,32,43,47}; и один – на обеих проблемах⁴². Последствия в области психического здоровья включали психические расстройства^{5,13,30,33–35,37–41,44–46,48–50,52,53,55,56}; суицидальное поведение^{6,31,36,42}; симптоматику, связанную с психическими расстройствами³²; обращение в службы охраны психического здоровья²⁸; как психические расстройства, так и симптоматику, связанную с психическими расстройствами^{29,51,54}; психические расстройства, суицидальное поведение и обращение в службы охраны психического здоровья⁴⁷.

Связь между загрязнением воздуха, изменением климата и последствиями для психического здоровья

Мы включили и проанализировали 237 ассоциаций между воздействием загрязнения воздуха или вредными последствиями изменения климата и последствиями для психического здоровья. Из них 195 (82,3%) касались загрязнения воздуха, а 42 (17,7%) – вредных последствий изменения климата.

К показателям загрязнения воздуха относились (по убыванию частоты): PM_{2.5} (n=40, 16,9%), взвешенные в воздухе частицы диаметром ≤10 мкм (PM₁₀) (n=35, 14,8%), диоксид азота (NO₂) (n=32, 13,6%), озон (O₃) (n=22, 9,3%), диоксид серы (SO₂) (n=17, 7,2%), монооксид углерода (CO) (n=11, 4,6%), крупнодисперсные РМ (n=8, 3,4%), оксиды азота (NO_x) (n=6, 2,5%), растворители (n=5, 2,1%), пестициды (n=3, 1,3%), металлы (n=2, 0,8%), твердые топливные элементы (n=1, 0,4%), дизельные РМ (n=1, 0,4%), полициклические ароматические углеводороды (n=1, 0,4%) или несколько загрязняющих веществ вместе (n=11, 4,6%).

К показателям вредных последствий изменения климата относились: температура среды (n=35, 14,8%), атмосферное давление (n=1, 0,4%), циклоны (n=1, 0,4%), осадки (n=1, 0,4%), продолжительность солнечного сияния (n=1, 0,4%) или нескольких последствий вместе (n=3, 1,3%).

В качестве показателей последствий для психического здоровья использовались: психические расстройства (n=185, 78,1%), суицидальное поведение (n=29, 12,4%), обращение в службы охраны психического здоровья (n=9, 3,7%), симптоматика, связанная с психическими расстройствами (n=8, 3,3%), или несколько категорий вместе (n=6, 2,5%).

Были исследованы ассоциации со следующими психическими расстройствами: органические психические расстройства (n=42, 17,7%); шизофрения (n=42, 17,7%); расстройства аутистического спектра (n=38, 16%); аффективные расстройства (n=36, 15,3%); синдром дефицита внимания и гиперактивности (n=9, 3,8%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (n=5, 2,1%); психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (n=1, 0,4%); несколько психических расстройства вместе (n=12, 5,1%).

Суицидальное поведение включало суицид (n=15, 6,4%); суицид, суицидальные попытки и мысли или самоповреждения (n=7, 3,0%); и суицид или суицидальные попытки (n=7, 3,0%). Симптоматика, связанная с психическими расстройствами, включала: депрессивные симптомы (n=5, 2,1%), психологический дистресс (n=2, 0,8%) и симптомы ПТСР (n=1, 0,4%). Обращение в службы охраны психического здоровья включало обращение в стационар (т. е. госпитализация или посещение отделения неотложной помощи) (n=8, 3,3%) и только госпитализацию (n=1, 0,4%) при определенных психических нарушениях.

Убедительные (класс I) и высоковероятные (класс II) ассоциации

Среди 237 ассоциаций, включенных в зонтичный обзор, только одна (0,4%) достигла убедительного уровня достоверности (класс I), одиннадцать (4,6%) достигли высоковероятного уровня достоверности (класс II) (см. табл. 2).

Единственная ассоциация класса I была между длительным воздействием растворителей и более высокой частотой развития деменции или когнитивных нарушений (OR=1,139; 95% ДИ: 1,090–1,191).

Длительное воздействие высоких уровней CO было ассоциировано с более высокой частотой развития деменции (OR=1,587; 95% ДИ: 1,389–1,812, класс II). Длительное воздействие повышенного содержания NO_x было ассоциировано с более высокой частотой возникновения сосудистой деменции (HR=1,004 на 1 мкг/м³, 95% ДИ: 1,003–1,005, класс II).

Увеличение концентрации PM₁₀ во втором триместре беременности было ассоциировано с повышенным риском развития послеродовой депрессии (OR=1,023 на 1 мкг/м³

Таблица 2. Убедительные (класс I) и высокопредположительные (класс II) связи

Воздействие	Последствие для психического здоровья	Оценка (95% ДИ)	<i>p</i>	<i>N</i>	<i>I</i> ²	PIs	SSE/ESB	LS	Класс
Растворители (высокий уровень воздействия по сравнению с низким в долгосрочной перспективе)	Частота возникновения деменции или когнитивных нарушений	OR=1.139 (1.090–1.191)	<10 ⁻⁶	19,379	41%	Значимый	Нет/Нет	Да	I
СО (высокий уровень по сравнению с низким в долгосрочной перспективе)	Частота возникновения деменции	OR=1.587 (1.389–1.812)	<10 ⁻⁶	2,629	0%	Незначимый	Нет/Нет	Да	II
NO _x (увеличение на 1 мкг/м ³ в долгосрочной перспективе)	Частота возникновения сосудистой деменции	HR=1.004 (1.003–1.005)	<10 ⁻⁶	7,608	0%	-	-/-	Да	II
PM ₁₀ (увеличение на 1 мкг/м ³ во втором триместре беременности)	Частота возникновения послеродовой депрессии	OR=1.023 (1.014–1.033)	<10 ⁻⁶	2,211	36%	-	-/-	Да	II
SO ₂ (кратковременное увеличение на 1 мкг/м ³)	Рецидив шизофрении								
	через 5 дней после воздействия	RR=1.005 (1.004–1.006)	<10 ⁻⁶	8,682	0%	-	-/-	Да	II
	через 7 дней после воздействия	RR=1.004 (1.003–1.005)	<10 ⁻⁶	8,682	0%	-	-/-	Да	II
Температура (кратковременное повышение на 1 °C)	Смертность, связанная с суицидом или психическими расстройствами	RR=1.024 (1.015–1.033)	<10 ⁻⁶	1,559,502	75%	Незначимый	Да/Да	Да	II
	Суицидальное поведение (смертность, попытки или мысли о самоубийстве, самоповреждение)	RR=1.012 (1.011–1.014)	<10 ⁻⁶	2,260,123	70%	Значимый	Нет/Нет	Да	II
	Обращение в стационар в связи с суицидальным поведением или психическими расстройствами	RR=1.011 (1.008–1.015)	<10 ⁻⁶	1,052,237	86%	Незначимый	Да/Да	Да	II
	Обращение в стационар в связи с психическими расстройствами	RR=1.009 (1.006–1.012)	<10 ⁻⁶	640,651	78%	Незначимый	Да/Да	Да	II
Средняя «кажущаяся» температура (кратковременное повышение на 1 °C)	Суицидальное поведение (смерть или попытки самоубийства)	RR=1.010 (1.009–1.011)	<10 ⁻⁶	323,163	0%	-	-/-	Да	II
Воздействие циклона (временная близость)	Тяжесть симптомов ПТСР	r=0.275 (0.189–0.357)	<10 ⁻⁶	≥1,000	75%	Значимый	Нет/Нет	Да	II

СО – монооксид углерода, PM₁₀ – взвешенные частицы диаметром ≤10 мкм, NO_x – оксиды азота, SO₂ – диоксид серы, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, OR – odds ratio, отношение шансов, HR – hazard ratio, отношение рисков, RR – risk ratio, относительный риск, PIs – prediction intervals, интервалы прогнозирования, SSE – small study effect, эффект небольшого исследования, ESB – excess significant bias, избыточное смещение значимости, LS – largest study with significant effect, крупнейшее исследование со значимым эффектом.

увеличения; 95% ДИ: 1,014–1,033, класс II). Краткосрочное воздействие повышенной концентрации SO₂ было связано с более высоким риском рецидива шизофрении (RR=1,005 на 1 мкг/м³, 95% ДИ: 1,004–1,006; и RR=1,004 на 1 мкг/м³, 95% ДИ: 1,003–1,005, соответственно через 5 и 7 дней после воздействия; класс II).

Кратковременное воздействие повышенной температуры среды было связано с более высоким риском смертности, связанной с суицидом или психическими расстройствами (RR=1,024 на 1 °C повышения; 95% ДИ: 1,015–1,033, класс II). Оно также было связано с более высоким риском суицидального поведения (RR=1,012 на 1 °C повышения; 95% ДИ: 1,011–1,014, класс II), более высоким риском обращения в стационар в связи с суицидальным поведением или психическими расстройствами (RR=1,011 на 1 °C повышения; 95% ДИ: 1,008–1,015, класс II) и более высоким риском обращения в стационар только в связи с психическими расстройствами (RR=1,009 на 1 °C повышения; 95% ДИ: 1,006–1,012, класс II).

Кратковременное воздействие повышенной «ощущаемой» температуры («ощущаемая» температура определяется как та, которая воспринимается людьми «по ощущениям»³⁷) было связано с более высоким риском суицидального поведения (RR=1,010 на повышение на 1 °C; 95% ДИ: 1,009–1,011, класс II).

Более длительная временная близость воздействия циклона (т. е. меньшее количество месяцев с момента воздей-

ствия) была связана с более высокой тяжестью симптомов ПТСР (r=0,275; 95% ДИ: 0,189–0,357, класс II).

Анализ чувствительности и дополнительный анализ

Анализ чувствительности, который включал только продольные исследования, подтвердил все вышеуказанные связи класса I и класса II, за исключением связи между временной близостью воздействия циклона и тяжестью ПТСР, которая была основана только на поперечных исследованиях.

Также доказательств класса II в продольном анализе достигла связь между воздействием твердого топлива (например, биомассы, дров) и более высокой частотой депрессии (OR=1,27; 95% ДИ: 1,16–1,39, ранее класс III) (см. также дополнительную информацию).

На Рисунке 2, согласно приведенным выше данным, показано, насколько аномалия температуры земли в год (т. е. повышение температуры земли по сравнению с доиндустриальным периодом) могла увеличить соответствующие нарушения психического здоровья (например, смертность, связанную с суицидом или психическими расстройствами) до 2022 года и потенциальное увеличение в предстоящие годы. По нашим оценкам, этот рост смертности составляет ~5% в настоящее время и достигнет ~7% (95% ДИ: 4,2–9,7) к 2050 году.

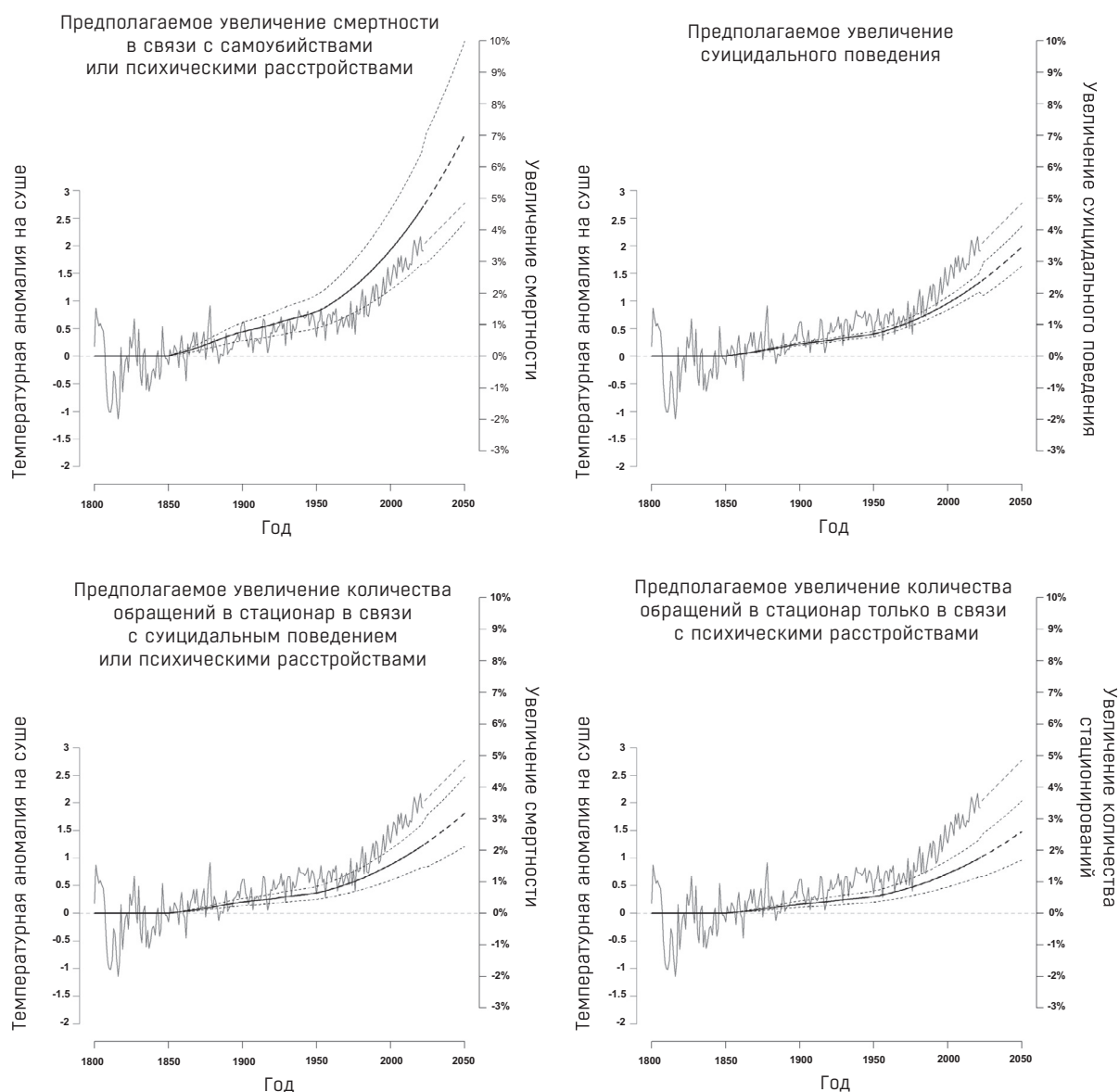


Рисунок 2. Предполагаемое увеличение последствий для психического здоровья, связанное с температурной аномалией (ежегодное повышение температуры земли по сравнению со средним значением доиндустриального периода). Колеблющаяся линия отражает температурную аномалию. Ровная линия представляет относительные риски (RRs), соответствующие температурным аномалиям, согласно RRs из общего обзора. Пунктирные линии представляют доверительные интервалы, полученные из зонтичного обзора исследований до 2022 года и рассчитанные с помощью моделирования методом Монте-Карло на 2023–2050 годы.

Предполагаемые (класс III), слабые (класс IV) и незначимые ассоциации

Среди 237 ассоциаций между воздействием загрязнения воздуха или вредными последствиями изменения климата и последствиями для психического здоровья, включенных в этот зонтичный обзор, 24 (10,1%) достигли вероятного уровня достоверности (класс III); 65 (27,3%) достигли слабого уровня достоверности (класс IV); 136 (57,6%) не были значимыми (см. также дополнительную информацию).

Качество включенных систематических обзоров с метаанализом

Качество всех включенных систематических обзоров с метаанализом было оценено как «низкое» или «критически низкое». В частности, пункт 2 AMSTAR-2 (т. е. наличие протокола) не был удовлетворен 14 обзорами (43,8%); пункт 4 (т. е. всесторонний поиск литературы) – 15 обзорами (46,9%); пункт 7 (т. е. список исследований, исключенных с указанием причин) – 31 обзором (96,9%); пункт 9 (т. е. удовлетворительная оценка риска систематической ошибки) –

четыре обзора (12,5%); пункт 13 (т. е. учет риска систематической ошибки при обсуждении результатов) – 15 обзорами (46,9%); и пункт 15 (т. е. изучение и учет публикационной систематической ошибки при обсуждении результатов) – 17 обзоров (53,1%) (см. также дополнительную информацию).

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем обзоре впервые было проведено всестороннее обобщение существующих доказательств влияния загрязнения воздуха и изменения климата на последствия в области психического здоровья и оценена их достоверность. Появились доказательства того, что некоторые из этих воздействий связаны с последствиями для психического здоровья. Более высокие уровни определенных загрязнителей воздуха были связаны с более высоким риском деменции или когнитивных нарушений (класс I), когнитивных расстройств (класс II), послеродовой депрессии (класс II) и рецидива шизофрении (класс II). Повышение температуры было связано с ростом суицидального поведения, смертности, связанной с суицидом или психическими расстройствами; и обращениями в стационар в связи с суици-

дальним поведением или психическими расстройствами, или только в связи с психическими расстройствами (класс II).

Первое преимущество этого зонтичного обзора – обширная база данных (284 отдельных исследования), охватывающая все континенты, включая Глобальный Юг, и, следовательно, дающая глобальную картину. Кроме того, мы включили самый большой набор ассоциаций ($n=237$), систематически оцененных с использованием доказательных критериев классификации, оценивающих существующие погрешности и систематические ошибки. Чтобы предоставить более строгие доказательства, мы преобразовали все интервалы воздействия в одну единицу, согласно Международной системе единиц (СИ); применили анализ чувствительности, ограниченный продольными исследованиями; и провели дополнительный анализ для прогнозирования будущего воздействия ассоциаций, связанных с повышенной температурой. Передовой метод зонтичного обзора был дополнительно улучшен с помощью пакета *metaumbrella*²⁷, который облегчает масштабный синтез данных по нескольким базам данных и показателям ассоциаций.

Самым главным выводом этого зонтичного обзора является выявленная убедительная (класс I) ассоциация между более высокими уровнями воздействия растворителей и более высоким риском развития деменции или когнитивных нарушений. Растворители (например, толуол, ацетон, ксилол, гексан, гептан и этилацетат) могут выделять летучие органические соединения в атмосферу, способствуя образованию O_3 на уровне земли и смога⁵⁸. Они также напрямую токсичны для многих частей тела и вызывают различные симптомы и проявления: от раздражения кожи, головных болей и нечеткости зрения до потери сознания и смерти⁵⁹. Наиболее изученным в контексте влияния на центральную нервную систему растворителем является толуол, неблагоприятное воздействие которого проявляется в виде острой энцефалопатии и повреждения белого вещества, многоочаговой демиелинизации и накоплением макрофагов^{60,61}.

В основном растворители применяются при производстве краски, средств для снятия краски, чернил и реагентов для химической чистки. Они продолжают представлять серьезную опасность для здоровья, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где трудно найти альтернативы этим материалам для строительных и производственных процессов^{62,63}. Из-за их широкого использования ожидается, что выбросы растворителей примерно удвоятся к 2030 году⁶⁴, что вызывает тревогу, учитывая их экологический риск⁵⁸ и потенциальное влияние на изменение климата⁶⁵.

Мы также обнаружили весьма убедительные (класс II) доказательства более высокой частоты когнитивных расстройств при повышенном воздействии CO и NO_x . CO входит в число основных газов, которые удерживают тепло в атмосфере (парниковые газы), делая планету теплее и «утрачивая атмосферный покров Земли»⁶⁶. Он в основном вырабатывается в результате деятельности человека (например, сжигание ископаемого топлива, твердых отходов, химических реакций)⁶⁶. NO_x – это газы, которые в основном вырабатываются при сжигании ископаемого топлива. Они являются прекурсорами образования O_3 , который оказывает неблагоприятное воздействие на окружающую среду⁶⁷.

CO и NO_x оказывают токсическое воздействие на мозг, как и другие загрязнители воздуха^{68,69}, вызывая нейровоспаление, нейродегенерацию и повреждение сосудов головного мозга⁷⁰. Эти загрязнители воздуха могут проникать в организм через дыхательные пути⁷¹. Попадая в организм, они могут активировать воспалительную систему и способствовать активации микроглии⁷², оксидативному стрессу и повреждению или гибели клеток^{73,74}. Таким образом, текущие результаты согласуются с данными, полученными в популяционных когортных исследованиях, указывающих на то, что проживание вблизи крупных дорог связано с более высокой заболеваемостью деменцией⁷⁵.

Также стоит отметить, что связь между CO и деменцией не достигла доказательств класса I из-за интервалов прогнозирования, которые пересекли нулевое значение. Пакет *metaumbrella*, который мы использовали для проведения

анализов, оценивает интервалы прогнозирования с помощью t-распределения с k-2 степенями свободы⁷⁶. Этот метод дает более консервативные результаты по сравнению с другими принятыми методами, такими как построение интервалов прогнозирования с использованием нормального распределения, что повысило бы эту связь до доказательств класса I.

Кроме того, мы выявили доказательства (класс II), что частота развития послеродовой депрессии увеличивается при воздействии PM_{10} во втором триместре беременности. PM_{10} может содержать вредные вещества (например, бензопирины, фураны, диоксины и канцерогенные тяжелые металлы), которые могут попадать в дыхательные пути. Эти частицы в основном производятся в ходе деятельности человека (например, при сжигании топлива, отоплении, использовании транспортных средств, сжигании биомассы и промышленной деятельности), и их пагубное воздействие на физическое здоровье (например, дыхательную систему) хорошо известно⁷⁷. Возможно, что их воздействие на психическое здоровье опосредовано повышением уровня гормонов стресса⁷⁸.

Действительно, есть некоторые доказательства, что воздействие этих частиц повышает уровень кортизола⁷⁹. Он, как правило, повышается во втором и третьем триместрах беременности⁸⁰ (когда наблюдается повышенная секреция кортиколиберина из плаценты) и ассоциирован с риском развития послеродовой депрессии⁸¹. Таким образом, взаимодействие этих загрязняющих веществ с физиологическим повышением уровня гормонов стресса может объяснить повышенную заболеваемость послеродовой депрессией. Однако для подтверждения этой гипотезы необходимы будущие эмпирические исследования.

Мы также обнаружили доказательства (класс II) более высокого риска рецидива у пациентов с шизофренией вскоре (через 5–7 дней) после воздействия повышенного уровня SO_2 . Это токсичный газ, естественным образом выделяющийся при вулканической активности и при производстве серной кислоты. Его также используют в качестве дезинфицирующего средства, хладагента, восстановителя, отбеливателя и пищевого консерванта. Он может модулировать процессы изменения климата⁸², а также ассоциирован с повышенной смертностью от всех причин⁸³, более высоким риском респираторных заболеваний и повышенной вероятностью сердечно-сосудистых катастроф⁸⁴, включая острые нарушения мозгового кровообращения⁸⁵.

Тем не менее механизм, связывающий кратковременное воздействие SO_2 с физическими последствиями для здоровья, еще не установлен. Хотя это воздействие может способствовать развитию воспаления, потенциально усугубляя или запуская возникновение новых симптомов у лиц с шизофренией, однако убедительных доказательств, связывающих воспалительные маркеры с рецидивом шизофрении, нет, поэтому этот возможный механизм все еще остается на уровне предположения⁸⁶. Хотя природа этой ассоциации требует дальнейших эмпирических исследований, это открытие концептуально подтверждает глубокие социально-экологические аспекты и предпосылки шизофрении, которые ранее были оценены нашей и другими группами^{26,87}.

В целом, эти открытия согласуются с пагубной ролью загрязнения воздуха как серьезной глобальной экологической и физической проблемы для общественного здоровья, способствующей более чем 8 миллионам смертей в год⁸⁸. По оценкам, почти все население мира (99%) дышит воздухом, уровень загрязнения которого превышает пределы, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)⁸⁹. Текущее исследование дополняет эти доказательства, указывая на то, что загрязнение воздуха также оказывает негативное влияние на психическое здоровье во всем мире.

Недавно были запущены инновационные стратегии и инициативы по улучшению качества воздуха, мониторингу загрязняющих веществ и укреплению сотрудничества между странами, такие как Форум для международного сотрудничества в сфере загрязнения воздуха (Forum for International Cooperation on Air Pollution)⁹⁰. Рабочая группа по техно-экономическим вопросам Клирингового центра

контрольных технологий (Task Force on Techno-Economic Issues (TFTEI) Clearing House of Control Technologies)⁹¹ и Руководства ВОЗ по качеству воздуха⁹². Будущие обновления этих направлений могли бы учитывать ассоциации, выявленные в этом зонтичном обзоре, в качестве показателей результатов для картирования их глобального воздействия на психическое здоровье.

Вторым основным выводом этого исследования являются весьма вероятные (класс II) доказательства ассоциации между повышением температуры и несколькими последствиями для психического здоровья, такими как смертность, связанная с суицидом или психическими расстройствами, суицидальное поведение; обращение в стационар в связи с суицидальным поведением или психическими расстройствами, или только в связи с психическими расстройствами. Это ключевые реальные показатели высокой клинической значимости, и их ассоциация с повышением температуры может представлять собой тревожное открытие.

В последние годы глобальное потепление стало одной из самых серьезных проблем, особенно для молодых людей⁹³. По данным Межправительственной группы экспертов по изменению климата, средняя температура поверхности Земли в 2011–2020 годах была на 1,09 °C выше, чем в 1850–1900 годах⁹⁴. Недавние отчеты показали, что 2023 год стал самым жарким годом за всю историю наблюдений, а глобальные температуры приблизились к пределу Парижского соглашения в 1,5 °C⁹⁵. Это открытие вызывает еще большее беспокойство, если учесть, что температура на суше растет быстрее (1,59 °C), чем в океане (0,88 °C), что подчеркивает преимущественное влияние на нее людей⁹⁴. Парниковый эффект, вызванный определенными загрязняющими веществами, является основным фактором повышения температуры и глобального потепления⁹⁶. В этом ключе мы демонстрируем, что глобальное потепление отрицательно влияет на психическое здоровье. Однако, несмотря на огромные масштабы проблемы, биологические механизмы, лежащие в основе этой связи, остаются неизвестными и, вероятно, включают сложные многофакторные взаимодействия^{97–99}. Некоторые данные свидетельствуют о том, что воздействие высоких температур может напрямую влиять на функцию мозга, вызывая изменения в надлежащей оксигенации и проницаемости гематоэнцефалического барьера. Другие исследования предполагают изменения в нейромедиаторах⁹⁷, а также непосредственное ухудшение настроения при повышении температуры, заставляющее людей чувствовать себя более раздражительными и напряженными, а также усиливающее симптомы психических расстройств¹⁰⁰.

Также существует множество косвенных влияний глобального потепления на психическое здоровье. Например, в 2022 году 84% беженцев и просителей убежища бежали от кризисов, в значительной степени обусловленных климатически, и из стран, уязвимых к климату (например, из-за засух и повышения уровня моря), представляя собой, таким образом, «экологических беженцев»¹⁰¹. Краткосрочные прогнозы до 2040 года предполагают, что средняя глобальная температура поверхности увеличится на 0,4–1 °C, а долгосрочные прогнозы предполагают повышение температуры до 4,8 °C при сохранении высокого уровня выбросов¹⁰². Соответственно, прогнозы Организации Объединенных Наций предсказывают, что ситуация с экологическими беженцами значительно ухудшится в будущем.

Чтобы еще больше подтвердить эти прогнозы и, следовательно, проинформировать будущие глобальные инициативы, которые могли бы решать эти проблемы, мы оценили будущее увеличение смертности, связанной с самоубийствами или психическими расстройствами, ассоциированное с прогнозируемым повышением температуры земли. Мы предположили, что эта повышенная смертность уже составляет ~5% сейчас (по сравнению с доиндустриальным уровнем) и достигнет ~7% к 2050 году.

Этот зонтичный обзор также обнаружил доказательства (класс II) того, что циклоны усиливают тяжесть ПТСР. Циклоны представляют собой большие массы воздуха, вращающиеся вокруг области низкого давления, обычно связанные с сильными ливнями, которые на своем пути могут

приводить к огромному ущербу для населения. Фактически они могут нанести как физический, так и психологический ущерб, нарушая повседневную жизнь и вынуждая к эвакуации и перемещению в укрытия¹⁰³. Эти события наряду со значительными экономическими потерями и невзгодами последующего периода могут представлять собой серьезные травматические события, связанные с развитием ПТСР¹⁰⁴. Однако этот зонтичный обзор требует дальнейших исследований и будущих подтверждений, поскольку имеющиеся доказательства не были подтверждены в анализах чувствительности.

Настоящая работа имеет некоторые ограничения. Во-первых, в рамках методологии зонтичного обзора представленные доказательства были ограничены только теми, что были обнаружены в систематических обзорах с метаанализом, при этом не учитывались ассоциации, не отраженные в метаанализах. Во-вторых, качество включенных систематических обзоров с метаанализом было в целом низким, в основном из-за недостаточного обсуждения и исследования источников гетерогенности или недостаточной прозрачности в представлении исключенных исследований. В-третьих, хотя мы оценили увеличение определенного воздействия и соответствующее увеличение риска для конкретного последствия в области психического здоровья, это не предполагало, что уменьшение того же воздействия автоматически соответствует пропорциональному снижению этого риска. Действительно, наши доказательства не противоречат тому факту, что, например, воздействие экстремального холода может также ухудшать результаты психического здоровья, как описано в странах Северной Европы¹⁰⁵.

В-четвертых, хотя мы проанализировали конкретные ассоциации, рассматриваемые воздействия не являются независимыми в реальном мире и, как правило, происходят одновременно. Поэтому наши результаты не могут предоставить информацию о взаимодействиях и взаимозависимости между различными воздействиями. В-пятых, некоторые ассоциации могут быть ложными или опосредоваться внешними факторами, не включенными в анализ, такими как возраст, пол или социально-экономическое распределение рассматриваемого населения. Наконец, ассоциация не означает причинно-следственную связь. Будущие исследования позволят лучше изучить ассоциации, для которых мы не нашли никаких доказательств или выявили только слабые, исследовать нелинейные связи и одновременно изучить несколько воздействий окружающей среды.

В заключение, проведенный зонтичный обзор подтверждает, что загрязнение воздуха и изменение климата являются частью главного глобального кризиса нашего времени. Исследование расширяет обширный список неблагоприятных последствий воздействия загрязнения воздуха и опасностей изменения климата на физическое здоровье, указывая, что они также представляют угрозу для глобального психического здоровья. Мы впервые количественно оценили негативное влияние, которое эти факторы могут оказывать на психическое здоровье во всем мире, обобщив доказательные ассоциации, которые могут быть использованы для будущих исследований и действий в области здравоохранения населения. Примечательно, что, хотя величина большинства рассмотренных выше ассоциаций класса I или II невелика, они распространяются на все население мира и, следовательно, могут оказать существенное влияние.

Наши результаты могут быть использованы для разработки образовательных и общественных кампаний по повышению осведомленности о влиянии загрязнения воздуха и вредных последствий изменения климата на психическое здоровье, а также для обеспечения участия общественности в программах и доступа к информации по этому вопросу. Поскольку мы живем во время, которое многие авторы называют «антропоценом» (т. е. геологической эпохой, датируемой началом значительного воздействия человека на экосистемы Земли, включая антропогенное загрязнение воздуха и изменение климата¹⁰⁶), образование имеет важное значение для поощрения людей к изменению своих взглядов и поведения и принятию обоснованных решений. Повы-

шение грамотности в отношении воздействия загрязнения воздуха и изменения климата на психическое здоровье может расширить возможности всех людей в целом, а также, в частности, дополнительно мотивировать молодежь к действию¹⁰⁷. Знание имеющихся доказательств и связанных с ними действий может также смягчить возникающие в настоящее время патологические страхи (например, *экотревожность*, *солстальгия* или *экологическое горе*)¹⁰⁻¹².

Полученные результаты также могут быть непосредственно использованы регулирующими органами и учреждениями для более эффективного учета психического здоровья в качестве ключевого показателя при разработке и внедрении соответствующих нормативно-правовых мер. Хотя психическому здоровью в последнее время уделяется больше внимания в контексте экологической политики, этого все еще недостаточно. Например, такие инициативы, как Обратный отсчет Lancet по здоровью и изменению климата (Lancet Countdown on Health and Climate Change), направленные на поддержание обновляемой системы мониторинга изменения климата и здоровья человека, признают, что их система в настоящее время ограничена, когда речь идет о влиянии изменения климата на психическое здоровье¹⁰⁸. Аналогичным образом, в аналитической записке ВОЗ по психическому здоровью и изменению климата 2022 года² признается, что страны недостаточно учитывают вопросы психического здоровья в своих ответных мерах на чрезвычайную климатическую ситуацию. В другом докладе, подготовленном ВОЗ в преддверии Конференции по изменению климата 2023 года, подчеркивается, что вопросы психического здоровья по-прежнему в значительной степени отсутствуют в обязательствах стран по выполнению Парижского соглашения¹⁰⁹. Мы надеемся, что наши результаты могут стать отправной точкой для разработки следующего поколения мер и исследований в области изменения климата.

Поскольку срочность действий по борьбе с загрязнением воздуха и изменением климата возрастает, изучение конкретных факторов, модулирующих ассоциации, описанные в этом обзоре, становится критически важным. Будущие исследования должны способствовать более тесному междисциплинарному взаимодействию исследований окружающей среды и клинической психиатрии. Ключевая область будущих исследований может включать изучение потенциальных преимуществ профилактических подходов, нацеленных на воздействие окружающей среды, для совместного улучшения результатов физического и психического здоровья. Этот обзор предоставляет первоначальный набор доказательных целевых показателей, которые могут быть эмпирически изучены в будущих интервенционных исследованиях.

В целом, выявленные доказательные ассоциации подчеркивают необходимость совместных междисциплинарных усилий по разработке и внедрению стратегий, которые выявляют и смягчают последствия загрязнения воздуха и изменения климата, а также проактивно защищают психическое здоровье во всем мире. Этот обзор призывает к срочным мерам реагирования на уровне населения, предлагая организаторам, специалистам в области здравоохранения и общественности расставить приоритеты и инвестировать в инициативы, которые решают проблему пересечения загрязнения воздуха и изменения климата с психическим здоровьем, чтобы создать условия для более устойчивого будущего.

БЛАГОДАРНОСТИ

Работа выполнена при поддержке NextGenerationEU (NGEU) и профинансирована Italian Ministry of University and Research, National Recovery and Resilience Plan, проектом MNESYS (PE0000006). J. Radua поддерживается Spanish Ministry of Science and Innovation (PI22/00261), the AXA Research Fund, EIT Health, и the CERCA Program. Работа G. Fico поддерживается стипендией "La Caixa" Foundation. E. Vieta поддерживается Spanish Ministry of Science and Innovation (PI21/00787); the Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Coneixement (2021-SGR-01358); the CERCA Programme, Generalitat de Catalunya; La Marató-TV3 Foundation; и European Union Horizon 2020 Research and Innovation Program (H2020-EU.3.1.1 and

H2020-EU.3.1.3). J. Radua и M. De Prisco внесли равный вклад в данную работу. Дополнительная информация об этом исследовании доступна по адресу: https://imardgroup.com/air_pollution_and_climate_change.

Перевод: Арбенина Анастасия Алексеевна, г. Москва
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

- Campbell-Lendrum D, Neville T, Schweizer C et al. Climate change and health: three grand challenges. *Nat Med* 2023;29:1631-8.
- World Health Organization. Mental health and climate change: policy brief. Geneva: World Health Organization, 2022.
- Abbasi K, Ali P, Barbour V et al. Time to treat the climate and nature crisis as one indivisible global health emergency. *BMC Public Health* 2023;1:29.
- Massazza A, Teyton A, Charlson F et al. Quantitative methods for climate change and mental health research: current trends and future directions. *Lancet Planet Health* 2022;6:e613-27.
- Fu P, Yung KKL. Air pollution and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimer's Dis* 2020;77:701-14.
- Frangione B, Villamizar LAR, Lang JJ et al. Short-term changes in meteorological conditions and suicide: a systematic review and meta-analysis. *Environ Res* 2022;207:112230.
- Patz JA, Frumkin H, Holloway T et al. Climate change: challenges and opportunities for global health. *JAMA* 2014;312:1565-80.
- Berry HL, Bowen K, Kjellstrom T. Climate change and mental health: a causal pathways framework. *Int J Public Health* 2010;55:123-32.
- Crandon TJ, Dey C, Scott JG et al. The clinical implications of climate change for mental health. *Nat Hum Behav* 2022;6:1474-81.
- Albrecht G. 'Solastalgia'. A new concept in health and identity. *PAN: Philosophy Activism Nature* 2005;3:41-55.
- Cunsolo A, Harper SL, Minor K et al. Ecological grief and anxiety: the start of a healthy response to climate change? *Lancet Planet Health* 2020;4:e261-3.
- Albrecht G. Chronic environmental change: emerging 'psychoterratic' syndromes. In: Weissbecker I (ed). *Climate change and human well-being: global challenges and opportunities*. Berlin: Springer, 2011:43-56.
- Borroni E, Pesatori AC, Bollati V et al. Air pollution exposure and depression: a comprehensive updated systematic review and meta-analysis. *Environ Pollut* 2022;292:118245.
- Pelgrims I, Devleeschauwer B, Guyot M et al. Association between urban environment and mental health in Brussels, Belgium. *BMC Public Health* 2021; 21:1-18.
- Zijlena WL, Wolf K, Emeny R et al. The association of air pollution and depressed mood in 70,928 individuals from four European cohorts. *Int J Hyg Environ Health* 2016;219:212-9.
- Luan G, Yin P, Wang L et al. Associations between ambient high temperatures and suicide mortality: a multi-city time-series study in China. *Environ Sci Pollut Res* 2019;26:20377-85.
- Fernández-Niño JA, Flórez-García VA, Astudillo-García CI et al. Weather and suicide: a decade analysis in the five largest capital cities of Colombia. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1313.
- Fan S-J, Heinrich J, Bloom MS et al. Ambient air pollution and depression: a systematic review with meta-analysis up to 2019. *Sci Total Environ* 2020;701:134721.
- De Prisco M, Vieta E. The never-ending problem: sample size matters. *Eur Neuropsychopharmacol* 2023;79:17-8.
- Page MJ, Moher D, Bossuyt PM et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n160.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358: j4008.
- Bureau International des Poids et Mesures. The International System of Units (SI): base units. www.bipm.org.
- Dragioti E, Radua J, Solmi M et al. Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. *World Psychiatry* 2023;22:86-104.
- Ioannidis JP. Integration of evidence from multiple meta-analyses: a primer on umbrella reviews, treatment networks and multiple treatments meta-analyses. *CMAJ* 2009;181:488-93.

25. Machado MO, Veronese N, Sanches M et al. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Med* 2018;16:1-13.
26. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JP et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry* 2018;17:49-66.
27. Gosling CJ, Solanes A, Fusar-Poli P et al. metaumbrella: the first comprehensive suite to perform data analysis in umbrella reviews with stratification of the evidence. *BMJ Ment Health* 2023;26:e300534.
28. Abolhasani E, Hachinski V, Ghazaleh N et al. Air pollution and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2023;100:e242-54.
29. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM et al. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018;213:716-22.
30. Bonde JP, Utzon-Frank N, Bertelsen M et al. Risk of depressive disorder following disasters and military deployment: systematic review with meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;208:330-6.
31. Braithwaite I, Zhang S, Kirkbride JB et al. Air pollution (particulate matter) exposure and associations with depression, anxiety, bipolar, psychosis and suicide risk: a systematic review and meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2019;127:126002.
32. Chan CS, Rhodes JE. Measuring exposure in Hurricane Katrina: a metaanalysis and an integrative data analysis. *PLoS One* 2014;9:e92899.
33. Cheng S, Jin Y, Dou Y et al. Long-term particulate matter 2.5 exposure and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 2022;212:33-41.
34. Chun H, Leung C, Wen SW et al. Maternal exposure to air pollution and risk of autism in children: a systematic review and meta-analysis. *Environ Pollut* 2020;256:113307.
35. Bernardina Dalla MD, Ayala CO, Castro FCAQ et al. Environmental pollution and attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of cohort studies. *Environ Pollut* 2022;315:120351.
36. Davoudi M, Barjasteh-Askari F, Amini H et al. Association of suicide with short-term exposure to air pollution at different lag times: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2021;771:144882.
37. Dhiman V, Trushna T, Raj D et al. Is air pollution associated with increased risk of dementia? A meta-analysis of epidemiological research. *Neurol India* 2022;70:1004.
38. Duteil F, Comptour A, Morlon R et al. Autism spectrum disorder and air pollution: a systematic review and meta-analysis. *Environ Pollut* 2021;278:116856.
39. Flores-Pajot M-C, Ofner M, Do MT et al. Childhood autism spectrum disorders and exposure to nitrogen dioxide, and particulate matter air pollution: a review and meta-analysis. *Environ Res* 2016;151:763-76.
40. Fu P, Guo X, Cheung FMH et al. The association between PM_{2.5} exposure and neurological disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2019;655:1240-48.
41. Gong Y, Zhang X, Zhao X et al. Global ambient particulate matter pollution and neurodegenerative disorders: a systematic review of literature and metaanalysis. *Environ Sci Pollut Res* 2023;30:39418-30.
42. Heo S, Lee W, Bell ML. Suicide and associations with air pollution and ambient temperature: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:7699.
43. Li D, Zhang Y, Li X et al. Climatic and meteorological exposure and mental and behavioral health: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2023;892:164435.
44. Li N, Song Q, Su W et al. Exposure to indoor air pollution from solid fuel and its effect on depression: a systematic review and meta-analysis. *Environ Sci Pollut Res* 2022;29:49553-67.
45. Lin L-Z, Zhan X-L, Jin C-Y et al. The epidemiological evidence linking exposure to ambient particulate matter with neurodevelopmental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Environ Res* 2022;209:112876.
46. Liu H, Ding L, Qu G et al. Particulate matter exposure during pregnancy and infancy and risks of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Sci Total Environ* 2023;855:158830.
47. Liu J, Varghese BM, Hansen A et al. Is there an association between hot weather and poor mental health outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Environ Int* 2021;153:106533.
48. Pourhoseini SA, Akbary A, Mahmoudi H et al. Association between prenatal period exposure to ambient air pollutants and development of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Health Res* 2024;34:455-65.
49. Song R, Liu L, Wei N et al. Short-term exposure to air pollution is an emerging but neglected risk factor for schizophrenia: a systematic review and metaanalysis. *Sci Total Environ* 2023;854:158823.
50. Tang J, Chen A, He F et al. Association of air pollution with dementia: a systematic review with meta-analysis including new cohort data from China. *Environ Res* 2022;223:115048.
51. Trushna T, Dhiman V, Raj D et al. Effects of ambient air pollution on psychological stress and anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence. *Rev Environ Health* 2021;36:501-21.
52. Wilker EH, Osman M, Weisskopf MG. Ambient air pollution and clinical dementia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2023;381:e071620.
53. Yu X, Zheng L, Jiang W et al. Exposure to air pollution and cognitive impairment risk: a meta-analysis of longitudinal cohort studies with dose-response analysis. *J Glob Health* 2020;10:010417.
54. Zeng Y, Lin R, Liu L et al. Ambient air pollution exposure and risk of depression: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Res* 2019;276:69-78.
55. Zhang M, Wang C, Zhang X et al. Association between exposure to air pollutants and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Health Res* 2022;32:207-19.
56. Zhao Y-L, Qu Y, Ou Y-N et al. Environmental factors and risks of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2021;72:101504.
57. National Weather Service. What is the heat index? www.weather.gov.
58. Lewis AC, Hopkins JR, Carslaw DC et al. An increasing role for solvent emissions and implications for future measurements of volatile organic compounds. *Philos Trans R Soc A* 2020;378:20190328.
59. Joshi DR, Adhikari N. An overview on common organic solvents and their toxicity. *J Pharm Res Int* 2019;28:1-18.
60. Al-Hajri Z, Del Bigio MR. Brain damage in a large cohort of solvent abusers. *Acta Neuropathol* 2010;119:435-45.
61. Filley CM, Halliday W, Kleinschmidt-DeMasters B. The effects of toluene on the central nervous system. *J Neuropathol Exp Neurol* 2004;63:1-12.
62. Dodson RE, Udesky JO, Colton MD et al. Chemical exposures in recently renovated low-income housing: influence of building materials and occupant activities. *Environ Int* 2017;109:114-27.
63. Roose B, Tennyson EM, Meheretu G et al. Local manufacturing of perovskite solar cells, a game-changer for low-and lower-middle income countries? *Energy Environ Sci* 2022;15:3571-82.
64. US Environmental Protection Agency. Global mitigation of non-CO₂ greenhouse gases: solvents. www.epa.gov.
65. Jimenez-Gonzalez C. Life cycle considerations of solvents. *Curr Opin Green Sustain Chemistry* 2019;18:66-71.
66. US Environmental Protection Agency. Overview of greenhouse gases. www.epa.gov.
67. UK Department for Environment Food & Rural Affairs. National statistics. Nitrogen dioxide (NO₂). www.gov.uk.
68. Lo C-P, Chen S-Y, Lee K-W et al. Brain injury after acute carbon monoxide poisoning: early and late complications. *Am J Roentgenol* 2007;189:205-11.
69. Ridgway P, Nixon T, Leach J-P. Occupational exposure to organic solvents and long-term nervous system damage detectable by brain imaging, neurophysiology or histopathology. *Food Chem Toxicol* 2003;41:153-87.
70. Block ML, Calderón-Garcidueñas L. Air pollution: mechanisms of neuroinflammation and CNS disease. *Trends Neurosci* 2009;32:506-16.
71. Jankowska-Kieltyka M, Roman A, Nalepa I. The air we breathe: air pollution as a prevalent proinflammatory stimulus contributing to neurodegeneration. *Front Cell Neurosci* 2021;15:647643.
72. Gómez-Budia M, Kontinen H, Saveleva L et al. Glial smog: interplay between air pollution and astrocyte-microglia interactions. *Neurochem Int* 2020;136:104715.
73. Levy RJ. Carbon monoxide pollution and neurodevelopment: a public health concern. *Neurotoxicol Teratol* 2005;49:31-40.

74. Li H, Xin X. Nitrogen dioxide (NO₂) pollution as a potential risk factor for developing vascular dementia and its synaptic mechanisms. *Chemosphere* 2013;92:52-8.
75. Chen H, Kwong JC, Copes R et al. Living near major roads and the incidence of dementia, Parkinson's disease, and multiple sclerosis: a population-based cohort study. *Lancet* 2017;389:718-26.
76. Riley RD, Higgins JP, Deeks JJ. Interpretation of random effects meta-analyses. *BMJ* 2011;342:d549.
77. Dominski FH, Branco JHL, Buonanno G et al. Effects of air pollution on health: a mapping review of systematic reviews and meta-analyses. *Environ Res* 2021;201:111487.
78. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol* 2019;52:165-80.
79. Khamirchi R, Moslem A, Agah J et al. Maternal exposure to air pollution during pregnancy and cortisol level in cord blood. *Sci Total Environ* 2020;713:136622.
80. Duthie L, Reynolds RM. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy and postpartum: influences on maternal and fetal outcomes. *Neuroendocrinology* 2013;98:106-15.
81. Yim IS, Glynn LM, Schetter CD et al. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:162-69.
82. Ward PL. Sulfur dioxide initiates global climate change in four ways. *Thin Solid Films* 2009;517:3188-203.
83. Orellano P, Reynoso J, Quaranta N. Short-term exposure to sulphur dioxide (SO₂) and all-cause and respiratory mortality: a systematic review and metaanalysis. *Environ Int* 2021;150:106434.
84. Mustafic' H, Jabre P, Caussin C et al. Main air pollutants and myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2012;307:713-21.
85. Shen S, Li X, Yuan C et al. Association of short-term exposure to sulfur dioxide and hospitalization for ischemic and hemorrhagic stroke in Guangzhou, China. *BMC Public Health* 2020;20:1-7.
86. Miller BJ, Lemos H, Schooler NR et al. Longitudinal study of inflammation and relapse in schizophrenia. *Schizophr Res* 2023;252:88-95.
87. Arango C, Dragioti E, Solmi M et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry* 2021;20:417-36.
88. Lelieveld J, Haines A, Burnett R et al. Air pollution deaths attributable to fossil fuels: observational and modelling study. *BMJ* 2023;383:e077784.
89. World Health Organization. Air pollution. Geneva: World Health Organization, 2022.
90. Swedish Environmental Protection Agency. Forum for International Cooperation on Air Pollution. www.naturvardsverket.se.
91. Task Force on Techno-Economic Issues. TFTEI Clearing House of Control Technologies. www.tftei.citepa.org.
92. World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Geneva: World Health Organization, 2021.
93. Marlon J, Rosenthal S, Goldberg M et al. Younger Americans are growing more worried about global warming. New Haven: Yale Program on Climate Change Communication, 2022.
94. Gulev SK, Thorne PW, Ahn J et al. Changing state of the climate system. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pirani A et al. (eds). *Climate change 2021: the physical science basis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021:287-422.
95. Copernicus Climate Change Service. 2023 is the hottest year on record, with global temperature close to the 1.5 °C limit. <https://climate.copernicus.eu>.
96. D'Amato G, Akdis C. Global warming, climate change, air pollution and allergies. *Allergy* 2020;75:2158-60.
97. Löhmus M. Possible biological mechanisms linking mental health and heat – a contemplative review. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:1515.
98. Minor K, Bjerre-Nielsen A, Jonasdottir SS et al. Rising temperatures erode human sleep globally. *One Earth* 2022;5:534-49.
99. Bundo M, Preisig M, Merikangas K et al. How ambient temperature affects mood: an ecological momentary assessment study in Switzerland. *Environ Health* 2023;22:52.
100. Massazza A. Explained: How climate change affects mental health. <https://wellcome.org>.
101. United Nations High Commissioner for Refugees. Climate change and disaster displacement. www.unhcr.org.
102. Lee J-Y, Marotzke J, Bala G et al. Future global climate: scenario-based projections and near-term information. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pirani A et al. (eds). *Climate change 2021: the physical science basis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2021:553-672.
103. Espinel Z, Kossin JP, Galea S et al. Forecast: Increasing mental health consequences from Atlantic hurricanes throughout the 21st century. *Psychiatr Serv* 2019;70:1165-67.
104. Galea S, Brewin CR, Gruber M et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1427-34.
105. Ruuhela R, Hiltunen L, Venäläinen A et al. Climate impact on suicide rates in Finland from 1971 to 2003. *Int J Biometeorol* 2009;53:167-75.
106. Pavid K. What is the Anthropocene and why does it matter? www.nhm.ac.uk.
107. United Nations Climate Actions. Education is key to addressing climate change. www.un.org.
108. Romanello M, di Napoli C, Green C et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet* 2023;402:2346-94.
109. World Health Organization. 2023 WHO review of health in Nationally Determined Contributions and long-term strategies: health at the heart of the Paris Agreement. Geneva: World Health Organization, 2023.

DOI:10.1002/wps.21219

Алгоритмическая модульная психотерапия в сравнении с когнитивно-поведенческой терапией при депрессии, коморбидных психических расстройствах и ранней травме: рандомизированное контролируемое исследование с проверкой концепции

Elisabeth Schramm¹, Moritz Elsaesser¹, Carolin Jenkner², Martin Hautzinger³, Sabine C. Herpertz^{4,5}

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Center – University of Freiburg, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany; ²ClinicalTrials Unit, Medical Center – University of Freiburg, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany; ³Department of Psychology, Clinical Psychology, and Psychotherapy, Eberhard Karls University of Tübingen, Tübingen, Germany; ⁴Department of General Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, Medical Faculty, Heidelberg University, Heidelberg, Germany; ⁵German Center for Mental Health (DZPG), partner site Mannheim/Heidelberg/Ulm, Germany

В настоящее время показатели размера эффекта психотерапии находятся на низком или умеренном уровне. Улучшить эти результаты, обеспечить более гибкий подход и лучшее взаимодействие между исследованиями и практикой может позволить персонализированная психотерапия с использованием алгоритмических модульных процедур. Однако доказательств целесообразности и эффективности модульной психотерапии с использованием персонализированного алгоритма лечения недостаточно. Данное рандомизированное контролируемое исследование с проверкой концепции проведено с участием 70 взрослых амбулаторных пациентов с первичным диагнозом большого депрессивного расстройства по DSM-5, баллом выше 18 по 24-пунктовой шкале оценки депрессии Гамильтона (24-item Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD-24), как минимум одним коморбидным диагнозом психического расстройства по данным Структурированного клинического интервью по DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5), наличием в анамнезе как минимум «умеренного или тяжелого» жестокого обращения в детстве по крайней мере по одной из подшкал Опросника детской травмы (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) и превышением порогового значения как минимум по одной из трех методик, оценивающих трансдиагностические механизмы, связанные с ранней травмой: Опросник чувствительности к отвержению (Rejection Sensitivity Questionnaire, RSQ), Индекс межличностной реактивности (Interpersonal Reactivity Index, IRI), 16-пунктовая шкала трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale-16, DERS-16). Пациенты были распределены случайным образом на 20 сеансов двух видов психотерапии в течение 16 недель: стандартной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) или КПТ в сочетании с трансдиагностическими модулями в соответствии с алгоритмом лечения на основе механизмов (МоВа). Мы стремились оценить целесообразность применения МоВа и сравнить МоВа с КПТ по общей удовлетворенности участников и психотерапевтов, терапевтическому альянсу (посредством короткой переработанной версии Опросника рабочего альянса, (Working Alliance Inventory – Short Revised, WAI-SR), эффективности, влиянию на трансдиагностические механизмы, связанные с ранней травмой, и безопасностью. Первичным показателем эффективности являлся балл HRSD-24 после окончания лечения. Вторичные показатели включали, в частности, частоту терапевтического ответа (снижение оценки HRSD-24 не менее чем на 50% по сравнению с исходным уровнем и оценка <16 баллов после лечения), частоту ремиссий (оценка HRSD-24 ≤8 баллов после лечения), а также улучшение механизмов, связанных с ранней травмой: реакции на социальную угрозу, гиперактивности и социальных процессов/эмпатии. Каких-либо затруднений в выборке трудностей при выборе трансдиагностических модулей у отдельных пациентов, применении вышеуказанных пороговых значений и внедрении МоВа выявлено не было. И участники, и психотерапевты отмечали более высокую общую удовлетворенность и более высокие оценки по шкале WAI-SR при использовании МоВа по сравнению с КПТ. Оба метода привели к значительному уменьшению симптомов депрессии после лечения, при этом метод МоВа превосходил КПТ, однако это различие не было статистически значимым. Пациенты из группы МоВа почти в три раза чаще достигали ремиссии в конце терапии (29,4% по сравнению 11,4%; отношение шансов (odds ratio), OR = 3,2, 95% ДИ: 0,9–11,6). Анализ показателей механизмов продемонстрировал, что уровень социальных процессов/эмпатии у пациентов из группы после терапии у пациентов из группы МоВа был значимо выше ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами из группы КПТ, у которых после терапии связанные симптомы ухудшились. При использовании МоВа по сравнению с КПТ было зарегистрировано меньше нежелательных явлений. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности и приемлемости применения алгоритмической модульной психотерапии, дополняющей КПТ, в лечении пациентов, страдающих депрессией с коморбидными психическими расстройствами и ранней травмой. Несмотря на то, что были получены первоначальные доказательства эффективности, потенциальные клинические преимущества и индивидуальные особенности результатов терапии должны быть изучены в полномасштабных подтверждающих исследованиях.

Ключевые слова: депрессия, ранняя травма, алгоритмическая модульная психотерапия, основанная на механизмах терапия, когнитивно-поведенческая терапия, трансдиагностические модули терапии, связанные с травмой механизмы, социальные процессы, эмпатия.

Schramm E, Elsaesser M, Jenkner C et al. Algorithm-based modular psychotherapy vs. 257 cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial. *World Psychiatry*. 2024;23:257-266. doi:10.1002/wps.21204.

Более чем за семь десятилетий исследований психотерапия прошла долгий путь, доказав свою эффективность в лечении психических расстройств. Множество научных исследований способствовали развитию специфичных для различных расстройств подходов, особенно в области когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Однако это непрерывное развитие не сопровождалось улучшением результатов лечения.

Большинство протоколов доказательной психотерапии основаны на руководствах по отдельным расстройствам, не берущих во внимание наиболее частые коморбидные психические расстройства, трансдиагностические факторы уязвимости (например, раннюю травму) и высокую феноменологическую гетерогенность пациентов. Такое несоответствие между имеющимися протоколами по конкретным расстройствам и индивидуальными особенностями пациен-

тов снижает эффект лечения и может быть одной из причин ограниченного применения доказательных психотерапевтических подходов в клинической практике.

В настоящее время показатели размера эффекта психотерапии находятся на уровне от низкого до умеренного. Если говорить о депрессии, то как минимум у 50% пациентов отмечается отсутствие динамики на фоне психотерапии, а примерно две трети не достигают ремиссии, получая терапию первой линии¹, даже если она проводится в соответствии с клиническими рекомендациями^{2,3}.

В связи с ростом критики в адрес руководств, ориентированных на конкретные расстройства и не учитывающих всю сложность трансдиагностических дисфункциональных механизмов и процессов индивида, исследовательские парадигмы смещаются в сторону персонализации психотерапии⁴⁻⁶. Учитывая индивидуальные особенности и различия

в терапевтических эффектах, персонализированная психотерапия может обеспечить большую гибкость, улучшить результаты и связь между исследованиями с практикой.

В последнее время в рамках этого движения появилось несколько различных подходов. Одним из путей достижения персонализации является модульная терапия⁷⁻¹⁰. В отличие от стандартных протоколов лечения, модульные подходы предоставляют клиницистам доказательный инструментарий, позволяющий встраивать в единую систему терапевтические модули как независимые, но сочетаемые наборы функциональных единиц. Благодаря подбору и применению модулей в соответствии с особенностями каждого пациента модульная терапия обеспечивает более высокую степень принятия пациентами и психотерапевтами, а также демонстрирует лучшие результаты лечения¹¹.

В качестве основополагающего принципа терапии, модульность была создана два десятилетия назад и в основном исследовалась на детях и подростках^{7,12}. Недавно были проведены несколько исследований возможности применения модульных вмешательств для лечения различных психических расстройств, в результате которых получены обнадеживающие результаты¹³⁻¹⁷. Однако до настоящего времени имелось мало данных о критериях принятия решений, используемых для выбора вмешательств. В частности, в программах не использовались алгоритмы выбора модулей на основе характеристик пациентов для персонализации лечения.

Лишь одно современное исследование предоставляет первичные доказательства целесообразности использования статистических алгоритмов принятия решений при оказании помощи в связи с психическими расстройствами¹⁸. Однако их эффективность не может быть четко оценена, поскольку на сегодняшний день доступны лишь результаты одного неконтролируемого открытого исследования, проведенного среди студентов колледжа¹⁹.

В данном исследовании впервые проведено рандомизированное контролируемое испытание алгоритмической модульной психотерапии у взрослых пациентов. Чтобы отразить трудно поддающуюся лечению (*difficult-to-treat*) выборку, регулярно встречающуюся в клинической практике, в исследование были включены пациенты с диагнозом большого депрессивного расстройства по DSM-5, более 18 баллами по 24-пунктовой шкале оценки депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD-24)²⁰, как минимум одним коморбидным психическим расстройством, наличием в детстве как минимум «умеренного или тяжелого» жестокого обращения и нарушение трансдиагностических механизмов, связанных с ранней травмой, согласно Research Domain Criteria (RDoC)²¹.

Цель данного исследования заключалась в оценке целесообразности и приемлемости, представлении предварительных данных об эффективности модульной психотерапии (*modular-based psychotherapy, MoBa*) с использованием персонализированного алгоритма лечения. Этот алгоритм был разработан на основе эмпирических данных об общих механизмах, лежащих в основе развития психических расстройств после перенесенной ранней травмы. К ним относятся чрезмерная активация системы страха/угрозы, а также дисфункции систем регуляции возбудимости/аффекта и социального познания²²⁻²⁴.

Первичным показателем эффективности выбран балл по 24-пунктовой шкале депрессии Гамильтона в конце лечения. Вторичные показатели включали, в частности, частоту ремиссии и терапевтического ответа, а также коррекцию механизмов, связанных с ранней травмой (реакция на социальную угрозу, гиперактивность) и социальных процессов/эмпатии.

МЕТОДЫ

Дизайн исследования и участники

Для участия в слепом по отношению к наблюдателю рандомизированном контролируемом испытании (РКИ) с параллельными группами исследования в двух немецких психиатрических центрах при университетах были набраны 70

пациентов, получающих амбулаторную помощь и имеющих раннюю травму, депрессию и коморбидные психические расстройства.

В исследование были включены пациенты в возрасте от 18 до 65 лет с установленным в соответствии со структурированным клиническим диагностическим интервью для DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5)²⁵ первичным диагнозом большого депрессивного расстройства, баллом выше 18 по HRSD-2420; страдающие минимум одним коморбидным психическим расстройством в соответствии с SCID-5; подвергшиеся умеренному или тяжелому жестокому обращению в детстве минимум по одной из подшкал Опросника детской травмы (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ)²⁶ (т.е., эмоциональное пренебрежение, эмоциональное насилие, физическое пренебрежение или сексуальное насилие); превысившие пороговые значения по крайней мере по одной из трех методик, оценивающих трансдиагностические механизмы, связанные с ранней травмой^{23,27}, т.е. набрали $\geq 9,88$ балла в Опроснике чувствительности к отвержению (Rejection Sensitivity Questionnaire, RSQ)²⁸, < 45 баллов по Межличностному индексу реактивности (Interpersonal Reactivity Index, IRI)²⁹ или $\geq 55,73$ балла по шкале трудностей эмоциональной регуляции (Difficulties in Emotion Regulation Scale-16, DERS-16)³⁰.

Критериями исключения были высокий суицидальный риск, иное психическое расстройство в качестве основного диагноза; соответствие диагностическим критериям шизофрении, биполярного расстройства I типа, нейрокогнитивных расстройств или расстройств, связанных с приемом психоактивных веществ в течение последних 6 месяцев; антисоциальное расстройство личности или более трех признаков пограничного расстройства личности в соответствии со структурированным клиническим интервью расстройств личности по DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders, SCID-5 PD)³¹; тяжелые когнитивные нарушения; тяжелое соматическое заболевание, препятствующее участию в терапевтических сессиях; получение других видов психотерапии или психотропных препаратов, за исключением антидепрессантов и/или снотворных средств, если состав терапии не менялся в течение не менее 3 недель (4 недели для флуоксетина). Разрешалось использование препаратов из группы бензодиазепинов по требованию в течение максимум 2 недель, постоянный прием бензодиазепина не допускался³².

Протокол исследования был одобрен независимыми комитетами по этике Фрайбургского (№ 414/20) и Гейдельбергского университетов (№ S-762/2020). Исследование было предварительно зарегистрировано в регистре клинических исследований Германии (регистрационный номер DRKS00022093). Все участники дали информированное письменное согласие.

Рандомизация, ослепление и мониторинг

Была проведена рандомизация со стратификацией по центрам набора, блоками переменной длины в соотношении 1:1. Длина блоков была задокументирована отдельно и не разглашалась центрам. Клинические интервью и оценка показателей проводились исследователями, которые не были осведомлены о распределении участников по группам лечения.

Эксперты прошли централизованное обучение и сертификацию по оценке клинических показателей, а межисследовательская согласованность была обеспечена в рамках процесса обучения. В центрах проведения исследования были внедрены процедуры, обеспечивающие слепое наблюдение за назначением лечения путем информирования и напоминания пациентам во время каждого визита о том, что они не должны упоминать о своем лечении или связанной с ним информации в разговоре с исследователями. Кроме того, исследователи и участвовавшие психотерапевты находились в разных местах. Терапевты воздерживались от разговоров о любых аспектах индивидуального лечения с исследователями. Клинические наблюдатели из отдела клинических исследований Фрайбурга регулярно проводили мониторинг данных в центрах набора.

Вмешательства

Вмешательство включало 20 индивидуальных сессий КПТ или МоВа в течение 16 недель (дважды в неделю с 1-й по 4-ю неделю, один раз в неделю с 5-й по 16-ю неделю).

Условия проведения КПТ соответствовали немецкому руководству по КПТ для лечения депрессии³³ и включали следующие элементы: создание терапевтического альянса, психообразование, поведенческая активация, когнитивная реструктуризация, а также стратегии поддержания ремиссии и профилактики рецидивов.

Система МоВа включала КПТ, дополненную как минимум одним из трех выбранных модулей, направленных на работу с нарушенными механизмами, связанными с ранними межличностными травмами. Модуль 1 был посвящен системе негативной валентности (в соответствии с RDoC²¹) и системе реакции на социальную угрозу с целью снижения избегающего поведения. В данном модуле использовались элементы системы когнитивно-поведенческого анализа для психотерапии (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, CBASP)^{34,35}. Этот метод предназначен для лечения пациентов с хронической депрессией на ранней стадии и наличием травматического опыта. В модуль включены следующие элементы CBASP: «история о значимом взрослом» с гипотезой переноса, «упражнение на межличностную дискриминацию» и «условная личностная реакция терапевта» (см. также дополнительную информацию). Оценка областей, анализируемых этим модулем, проводилась с помощью опросника RSQ²⁸.

Модуль 2 был посвящен системе социальных процессов (в соответствии с RDoC²¹) с целью улучшения восприятия и понимания себя и других, эмпатии и социальной коммуникации. В данном модуле использовались стратегии терапии, основанной на ментализации (mentalization-based therapy, MBT). Эти стратегии включали моделирование и обучение ментализации, чтобы пациент научился понимать поведение других людей и, таким образом, был вновь включен в свое социальное окружение, что способствовало бы развитию его социальной компетентности (см. также дополнительную информацию). Для оценки областей, охватываемых данным модулем, использовался IRI²⁹.

Модуль 3 был посвящен системе возбуждения (в соответствии с RDoC²¹) с целью снижения гипервозбудимости. В данном модуле использовались техники осознания и регулирования эмоций в рамках когнитивной терапии на основе осознанности (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)³⁷. Техники включали упражнения на осознанность, направленные на непредвзятое наблюдение за внутренними и внешними стимулами, переключение внимания с внутренних травматичных переживаний, отработку навыков преодоления гипервозбудимости или подавления своих эмоций (см. также дополнительную информацию). Области, охватываемые данным модулем, оценивались с помощью опросника DERS-16³⁰.

Клинические психологи-психотерапевты, участвующие в исследовании, имели подготовку в области КПТ и прошли формальное обучение по обоим вмешательствам у экспертов в соответствующих областях. Приверженность руководству обеспечивалась супервизиями. Все психотерапевтические сессии записывались на видео, а супервизоры просматривали случайно выбранные фрагменты. Кроме того, приверженность оценивали посредством заполнения психотерапевтами чек-листа терапевтических элементов (Therapeutic Element Checklist, TEC) (см. дополнительную информацию) сразу после каждого сеанса. TEC регулярно проверялась супервизорами.

Показатели и оценки

Мы исследовали целесообразность выбора терапевтических модулей для отдельных пациентов и возможность применения МоВа, используя вышеупомянутые пороговые значения методик, оценивающих трансдиагностические механизмы, связанные с ранней травмой. Общая удовлетворенность всех участников и психотерапевтов оценивалась

посредством TEC после каждой сессии. Терапевтический альянс оценивался участниками и психотерапевтами по шкале WAI-SR³⁸ в конце терапии. С помощью WAI-SR можно оценить три ключевых аспекта терапевтического альянса: согласованность в отношении задач терапии, ее целей, развитие эмоциональной связи.

Первичный показатель эффективности был определен заранее как балл по шкале HRSD-24²⁰ в конце лечения, измеренный ослепленными независимыми экспертами. Вторичные показатели включали частоту терапевтического ответа (определяемого как снижение балла по шкале HRSD-24 не менее чем на 50% по сравнению с исходным уровнем и оценка <16 баллов после лечения) и частоту ремиссий (определяемую как оценка HRSD-24 ≤8 баллов после лечения).

Дополнительные вторичные показатели включали: а) оценку симптомов депрессии и тревоги с помощью самоопросников депрессии и тревоги Бека (Beck Depression Inventory-II, BDI-II³⁹ и Beck Anxiety Inventory, BAI)⁴⁰; б) коррекцию механизмов реагирования на социальную угрозу, гипервозбудимости и социальных процессов/эмпатии, связанных с ранней травмой и оцениваемых по опросникам RSQ²⁸, DERS-16³⁰ и IRI²⁹, соответственно; в) улучшение показателей социального и профессионального функционирования, оцениваемых клиницистами с помощью шкалы оценки социального и профессионального функционирования (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS)⁴¹, и качества жизни, оцениваемого самостоятельно с помощью краткой версии Опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения (World Health Organization Quality of Life-Brief Version, WHOQOL-BREF)⁴².

В обеих группах мы также оценили степень ухудшения состояния с помощью индекса достоверных изменений, основанного на дисперсии и надежности баллов HRSD-24 на исходном уровне и после лечения.

В течение всего периода терапии с помощью чек-листа регистрировались нежелательные явления (включая серьезные)⁴³. Нежелательными явлениями считались любые неблагоприятные и непредвиденные признаки, симптомы или заболевания, как связанные, так и не связанные с лечением (в эту группу входило ухудшение симптомов, появление новых симптомов, возникновение пассивных суицидальных мыслей, активных суицидальных намерений или планов, проблемы в отношениях между пациентом и терапевтом, личные проблемы, проблемы в профессиональной деятельности или другие медицинские состояния). Серьезными нежелательными явлениями считались любые медицинские явления, которые привели к смерти, были опасными для жизни, потребовали госпитализации в стационар или продолжения существующей госпитализации, или привели к стойкой или значительной инвалидности или нетрудоспособности (включая любое медицинское состояние, которое могло потребовать медицинского или хирургического вмешательства для предотвращения одного из вышеуказанных исходов, в том числе попытки самоубийства).

Статистический анализ

В связи с поисковым характером исследования и отсутствием сопоставимых работ, формальный расчет размера выборки был невозможен³². В соответствии с рекомендациями Billingham et al⁴⁴, размер выборки в виде 30 пациентов в каждой группе считался приемлемым, в результате чего общее количество пациентов составило 60 человек. Предполагалось, что некомплаентность и выбывание пациентов составит не более 14% после рандомизации. Таким образом, 70 пациентов были рандомизированы, разделены на две группы лечения в каждом из двух центров.

Первичный анализ эффективности был проведен в соответствии с принципом «intention-to-treat» (анализ результатов исследования исходя из распределения по группам на этапе рандомизации) и был основан на полном наборе анализов. В него вошли все рандомизированные пациенты, которые были проанализированы в рамках своей группы, независимо от того, отказались ли они от терапии или имели другие отклонения от протокола. Эффекты КПТ и МоВа в

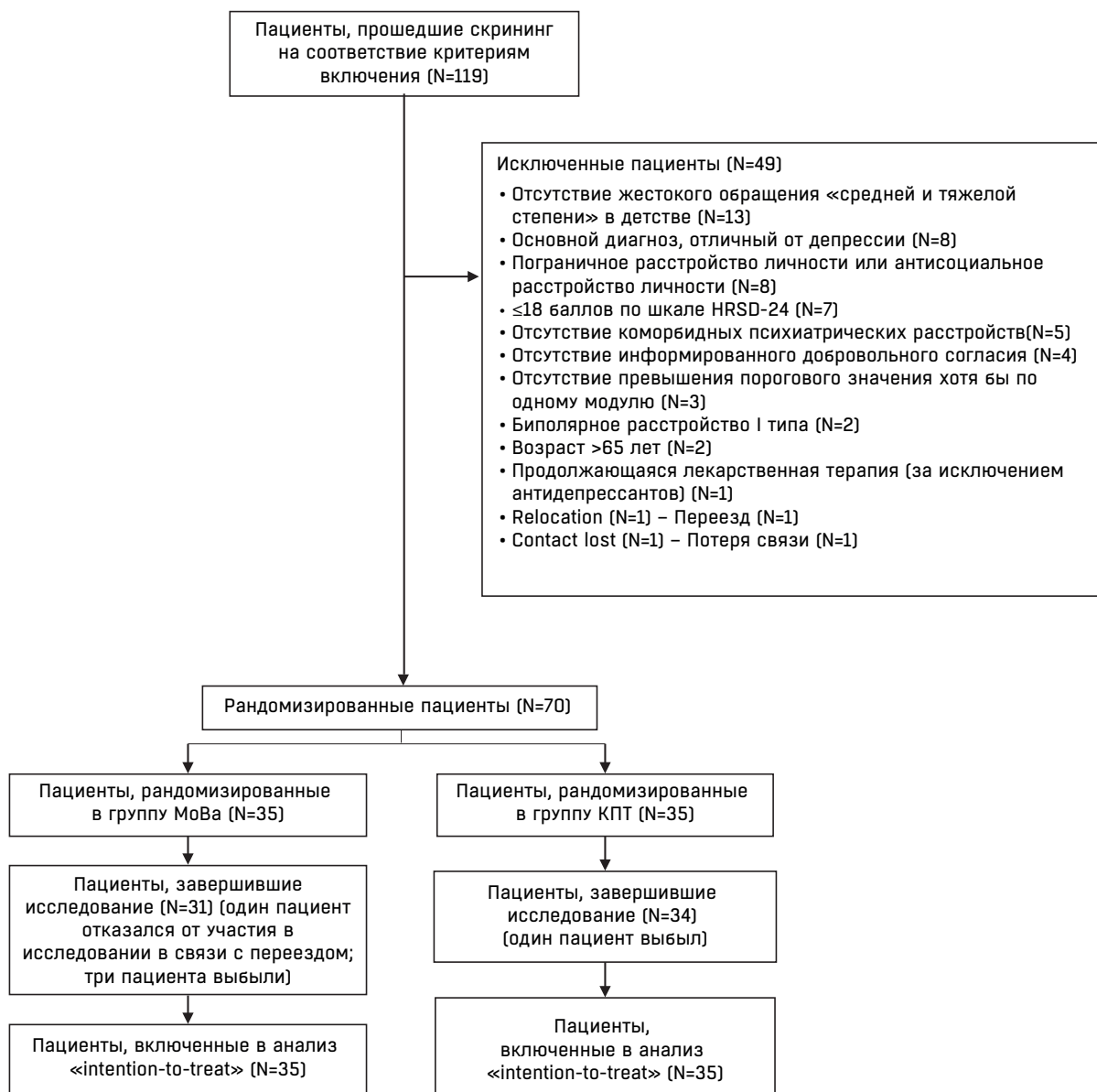


Рисунок 1. Блок-схема процедур исследования. МоВа – алгоритмическая модульная психотерапия (algorithm-based modular psychotherapy), КПТ – стандартная когнитивно-поведенческая терапия (cognitive behavioural therapy), HRSD-24 – 24-пунктовая шкала оценки депрессии Гамильтона (24-item Hamilton Rating Scale for Depression)

отношении баллов HRSD-24 после лечения (первичная конечная точка) оценивались с помощью линейной регрессионной модели и двустороннего 95% доверительного интервала (ДИ). В качестве независимых переменных модель включала тип лечения и центр исследования, а также исходный балл по шкале HRSD-24.

Вторичные конечные точки анализировались описательно аналогичным образом с использованием регрессионных моделей, подходящих для соответствующего типа данных. Эффекты лечения были рассчитаны с соответствующими двусторонними 95% ДИ.

Первичные и вторичные конечные точки также оценивались в моделях линейной регрессии, как описано выше, но с дополнительной коррекцией на тип депрессии (эпизодическое депрессивное расстройство в сравнении с дистимией или дистимическим синдромом с феноменом «двойной депрессии»).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В период с декабря 2019 г. по март 2022 г. в обоих центрах прошли скрининг 119 пациентов, из которых 70 были

включены и рандомизированы в группы МоВа или КПТ. Один пациент из группы МоВа прекратил участие в исследовании в связи с переездом. Четыре пациента (трое в МоВа, один в КПТ) выбыли из исследования после менее чем 17 сессий. Все пациенты были включены в анализ «intention-to-treat» (Рис. 1).

Характеристики выборки

Демографические, анамнестические и клинические исходные характеристики участников выборки «intention-to-treat» представлены в таблице 1. Средний возраст участников составил $38,9 \pm 13,2$ года в группе МоВа и $44,4 \pm 15,3$ года в группе КПТ. Доля женщин составила 71,4% и 68,6% соответственно. Большинство пациентов в обеих группах были одиноки (42,9% и 55,9%) и не работали (33,3% и 47,1%).

Пациенты из группы МоВа чаще имели диагноз дистимии (34,3% в сравнении с 20,0%) или дистимического синдрома с феноменом «двойной депрессии» (34,3% в сравнении с 22,9%). Текущий средний балл HRSD-24 составил $26,3 \pm 4,7$ у пациентов, получавших МоВа, и $27,6 \pm 7,3$ у пациентов,

Таблица 1. Демографические, исторические и клинические исходные характеристики участников исследования		
	МоВа (N=35)	КПТ (N=35)
Возраст (годы), средний возраст $\pm$ стандартное отклонение	38,9 $\pm$ 13,2	44,4 $\pm$ 15,3
Пол, N (%)		
Женщины	25 (71,4)	24 (68,6)
Мужчины	10 (28,6)	10 (28,6)
Небинарные персоны	0	1 (2,9)
Семейное положение, N (%)		
Одинок(-а)	15 (42,9)	19 (55,9)
Замужем (женат) / в гражданском браке	7 (20,0)	5 (14,7)
В незарегистрированных постоянных отношениях	10 (28,6)	1 (2,9)
Разведен(-а)/разошлись	3 (8,6)	9 (26,5)
Потеряли супруга(-у)	0	0
Уровень образования, N (%)		
Низкий (менее 9 лет обучения)	2 (5,7)	2 (5,7)
Средний (10-11 лет обучения)	7 (20,0)	11 (31,4)
Высокий (более 12 лет обучения)	26 (74,3)	22 (62,9)
Трудовая деятельность, N (%)		
Полная занятость	5 (15,2)	4 (11,8)
Частичная занятость	7 (21,2)	9 (26,5)
Нерегулярная занятость	8 (24,2)	3 (8,8)
Проходит обучение (стажировку)	2 (6,1)	2 (5,9)
Не работает	11 (33,3)	16 (47,1)
Тип депрессии, N (%)		
Рекуррентное депрессивное расстройство	11 (31,4)	20 (57,1)
Дистимия	12 (34,3)	7 (20,0)
Дистимический синдром с феноменом «двойной депрессии»	12 (34,3)	8 (22,9)
Возраст первого депрессивного эпизода (годы), средний возраст $\pm$ стандартное отклонение	20,1 $\pm$ 11,4	20,0 $\pm$ 9,3
Наличие психических расстройств в семье, N (%)	27 (77,1)	23 (65,7)
Коморбидные психические расстройства (число), среднее значение $\pm$ SD	1,9 $\pm$ 0,9	1,9 $\pm$ 1,1
Жестокое обращение в детском возрасте по отдельным подшкалам СТQ, N (%)		
Эмоциональное пренебрежение	32 (91,4)	29 (82,9)
Эмоциональное насилие	25 (71,4)	27 (77,1)
Физическое пренебрежение	14 (40,0)	11 (31,4)
Физическое насилие	10 (28,6)	10 (28,6)
Сексуальное насилие	11 (31,4)	7 (20,6)
Подшкалы СТQ, по которым выявлено жестокое обращение, N (%)		
Одна	8 (22,9)	10 (28,6)
Две	8 (22,9)	12 (34,3)
Три	10 (28,6)	6 (17,1)
Четыре	7 (20,0)	3 (8,6)
Пять	2 (5,7)	4 (11,4)
Подшкалы СТQ, по которым выявлено жестокое обращение, среднее значение $\pm$ стандартное отклонение	2,6 $\pm$ 1,2	2,4 $\pm$ 1,3

Таблица 1. Демографические, исторические и клинические исходные характеристики участников исследования (окончание)		
	МоВа (N=35)	КПТ (N=35)
Предыдущее получение психиатрической помощи в стационаре, N (%)		
Да	16 (45,7)	11 (31,4)
Нет	19 (54,3)	24 (68,6)
Текущий балл по шкале HRSD-24, среднее значение $\pm$ SD	26,3 $\pm$ 4,7	27,6 $\pm$ 7,3
Текущие сопутствующие соматические заболевания, N (%)	20 (57,1)	15 (42,9)
Текущее психофармакологическое лечение, N (%)	21 (60,0)	25 (71,4)
МоВа – модульная психотерапия на основе алгоритмов (algorithm-based modular psychotherapy), КПТ – стандартная когнитивно-поведенческая терапия (cognitive behavioural therapy), HRSD-24 – 24-пунктовая шкала оценки депрессии Гамильтона (24-item Hamilton Rating Scale for Depression), СТQ – опросник детских травм (Childhood Trauma Questionnaire)		

получавших КПТ. Средняя продолжительность текущего депрессивного состояния составила 204 дня у пациентов группы из МоВа и 142 дня у пациентов из группы КПТ. Пациенты из группы МоВа в два раза чаще сообщали о суицидальных попытках до начала лечения (34,3% в сравнении с 17,1%) и чаще имели текущие сопутствующие соматические заболевания (57,1% в сравнении с 42,9%).

Среднее количество коморбидных психических расстройств составило 1,9 в обеих группах (диапазон: 1–5). Наиболее частыми коморбидными расстройствами являлись тревожные расстройства: у 27,1% пациентов было диагностировано генерализованное тревожное расстройство, у 22,9% – социальное тревожное расстройство, у 14,3% – паническое расстройство, у 14,3% – специфическая фобия и у 7,1% – агорафобия. Кроме того, 25,7% пациентов имели коморбидное расстройство личности: 20,0% – избегающее, 2,9% – зависимое, 1,4% – нарциссическое и 1,4% – обсессивно-компульсивное. 21,4% имели коморбидное посттравматическое стрессовое расстройство; 15,7% – синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), 11,4% – обсессивно-компульсивное или связанные с ними расстройства; 7,1% – расстройства сна и бодрствования; 5,8% – расстройства приема пищи или пищевого поведения; 4,3% – предменструальное дисфорическое расстройство; и 4,3% – неуточненные соматические симптомы и связанные с ними расстройства.

О жестоким обращении в детстве (по крайней мере, «умеренного» или «тяжелого» уровня) сообщалось в среднем по 2,6 $\pm$ 1,2 подшкалам СТQ в группе МоВа и 2,4 $\pm$ 1,3 в группе КПТ. Таким образом, 87,1% пациентов перенесли эмоциональное пренебрежение (35,7% – «от умеренного до тяжелого» уровня, 51,4% – «от тяжелого до экстремального»); 74,3% – эмоциональное насилие (22,9% – «от умеренного до тяжелого», 51,4% – «от тяжелого до экстремального»); 35,7% – физическое пренебрежение (15,7% – «от умеренного до тяжелого», 20,0% – «от тяжелого до экстремального»); 28,6% – физическое насилие (10,0% – «от умеренного до тяжелого», 18,6% – «от тяжелого до экстремального»); и 26,1% – сексуальное насилие (13,0% – «от умеренного до тяжелого», 13,0% – «от тяжелого до экстремального»).

Доля пациентов, получающих медикаментозное лечение на момент исследования, составила 60,0% в группе МоВа и 71,4% в группе КПТ. В целом, 65,7% пациентов получали медикаментозную терапию. Из них 17,1% сообщили о стабильном приеме селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, 12,9% – неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов, 42,9% – других антидепрессантов. Доля пациентов, ранее проходивших стационарное психиатрическое лечение, составила 45,7% в выборке МоВа и 31,4% в выборке КПТ.

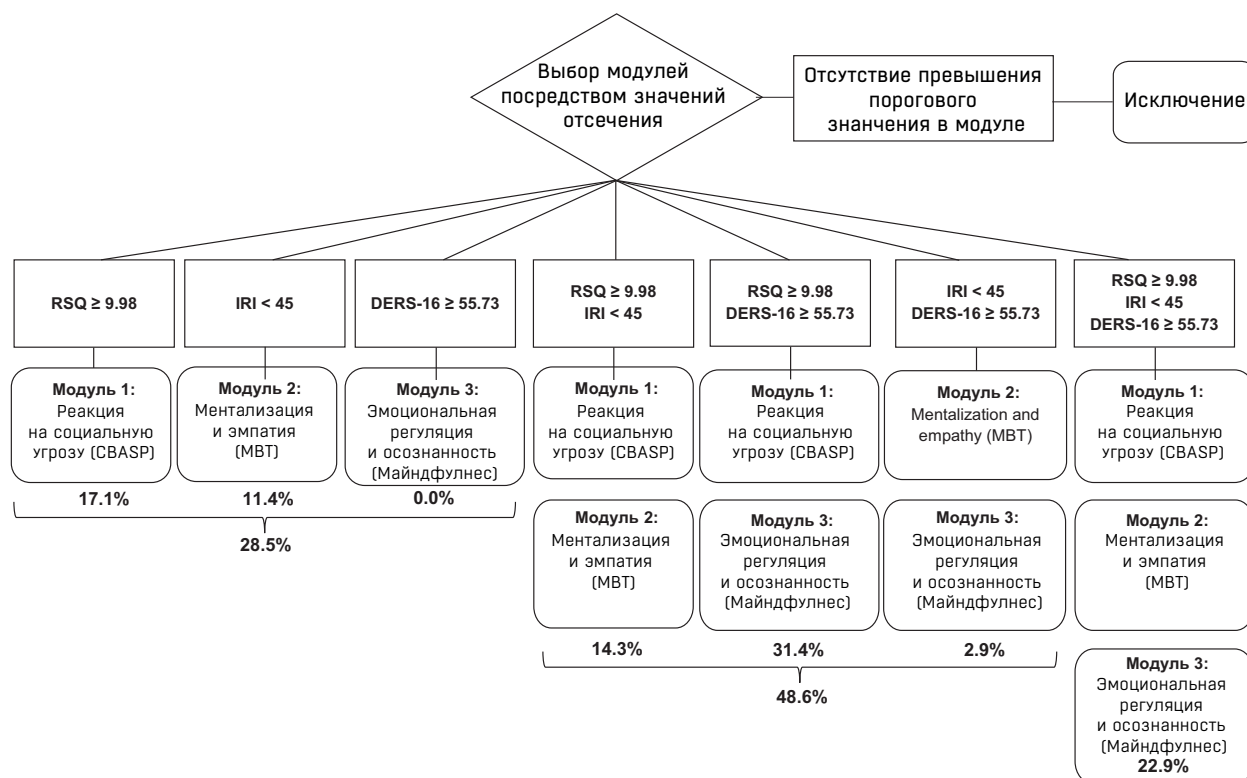


Рисунок 2. Выбор модулей в соответствии с доказательным алгоритмом. RSQ – Опросник чувствительности к отвержению (Rejection Sensitivity Questionnaire), IRI – индекс межличностной реактивности (Interpersonal Reactivity Index), DERS-16 – 16-пунктовая шкала трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale-16), CBASP – системы когнитивно-поведенческого анализа для психотерапии (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy), MBT – терапия, основанная на ментализации (mentalization-based therapy).

Распределение модулей и проведение лечения

В группе МоВа лечебные модули подбирались индивидуально для каждого пациента в соответствии с систематическим алгоритмом, применяя вышеупомянутые пороговые значения по методикам, оценивающим трансдиагностические механизмы, связанные с ранней травмой. Среди пациентов, рандомизированных в эту группу, 17,1% получали только первый модуль; 11,4% – только второй модуль; 14,3% – первый и второй модуль; 31,4% – первый и третий модули; 2,9% – второй и третий модули; 22,9% – первый, второй и третий модули. Ни один пациент не получил только третий модуль (Рис. 2).

Целесообразность и приемлемость

Каких-либо затруднений в выборке трудностей при выборе трансдиагностических модулей у отдельных пациентов, применении вышеуказанных пороговых значений и внедрении МоВа выявлено не было. Психотерапевты чаще отмечали высокую или очень высокую удовлетворенность после сессии модульной терапии, чем после сеанса КПТ (92,8% в сравнении с 82,9%). Пациенты также были высоко удовлетворены сессиями (82,9% в сравнении с 74,3%). О трудностях в терапевтических отношениях сообщили 5,7% пациентов в группе МоВа и 11,4% в группе КПТ. В сравнении с группой КПТ, в группе МоВа участники и терапевты высоко оценивали терапевтический альянс по всем трем факторам: согласованность в задачах терапии (разница средних: 0,24 для терапевтов и 0,22 для пациентов); в цели терапии (0,24 и 0,02); эмоциональной связи (0,05 и 0,16), хотя ни одно из различий не было статистически значимым.

Пациенты в группе МоВа выполняли домашние задания чаще, чем в группе КПТ (89,6% в сравнении с 71,0%). Психотерапевты отмечали больше проблем с наблюдением тайминга сессии при проведении МоВа по сравнению с сеансами КПТ (31,4% в сравнении с 18,6%).

Эффективность

Спустя 16 недель терапии средний балл по шкале HRSD-24 составил 17,2 (95% ДИ: 14,1–20,4) в группе МоВа и 17,4 (95% ДИ: 14,3–20,5) в группе КПТ. Используя модель линейной регрессии, мы оценили разницу средних в -0,2 (95% ДИ: от -4,6 до 4,2). После поправки на тип депрессии разница средних составила -1,0 (95% ДИ: от -5,5 до 3,6). Таким образом, в отношении первичного показателя было выявлено статистически незначимое превосходство МоВа над КПТ (Рис. 3).

В группе МоВа процент терапевтического ответа был несколько выше, чем в группе КПТ (35,3% в сравнении с 31,4%; OR=1,2, 95% ДИ: 0,4–3,2). Однако пациенты группы МоВа почти в три раза чаще достигали ремиссии в конце терапии (29,4% в сравнении с 11,4%, OR=3,2, 95% ДИ: 0,9–11,6).

По вторичным показателям группа МоВа статистически незначимо превосходила КПТ, с разницей средних (после поправки на тип депрессии) -4,2 (95% ДИ: -9,4–1,1) для BDI-II, -0,9 (95% ДИ: -5,2–3,5) для BAI, 3,0 (95% ДИ: -2,4–8,4) для SOFAS, 3,2 (95% ДИ: -6,9–13,2) для WHOQOL-BREF «Психологическое здоровье», 5,9 (95% ДИ: -2,4–14,2) для WHOQOL-BREF «Социальные отношения», 4,0 (95% ДИ: -1,7–9,7) для WHOQOL-BREF «Окружающая среда». Единственным исключением был параметр WHOQOL-BREF «Физическое здоровье», по которому было показано статистически незначимое превосходство КПТ (разница средних: -0,7, 95% ДИ: от -7,7 до 6,4) (см. Рис. 3).

Анализ показателей механизмов продемонстрировал, что уровень социальных процессов/эмпатии у пациентов из группы после терапии у пациентов из группы МоВа был значимо выше с поправкой на тип депрессии с разницей средних в 1,9 (95% ДИ: 0,0–3,8, $p<0,05$) по баллам IRI по сравнению с пациентами из группы КПТ. В группе КПТ после лечения наблюдалось даже некоторое усиление вы-

Таблица 2. Оценка средних различий между модульной психотерапией на основе алгоритмов (МоВа) и стандартной когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) для исходов, основанных на механизмах, с поправкой на тип депрессии

	МоВа		КПТ		Скорректированные оценки эффекта	
	N	Скорректированное среднее (SE)	N	Скорректированное среднее (SE)	Разница средних	95% ДИ
Опросник чувствительности к отвержению (Rejection Sensitivity Questionnaire, RSQ)						
До лечения	35	16,0 (0,93)	35	15,3 (0,88)		
После лечения	34	12,2 (0,81)	33	10,6 (0,81)	1,6	−0,7–3,9
Индекс межличностной реактивности (Interpersonal Reactivity Index, IRI)						
До лечения	35	44,1 (1,04)	35	43,4 (1,34)		
После лечения	34	45,0 (0,68)	35	43,1 (0,65)	1,9	0,0–3,8
16-пунктовая шкала трудностей регуляции эмоций (Difficulties in Emotion Regulation Scale-16, DERS-16)						
До лечения	35	56,7 (1,95)	35	51,8 (1,92)		
После лечения	34	45,5 (2,18)	35	43,7 (2,09)	1,8	−4,3–7,9

Значимые различия между МоВа и КПТ ($p < 0,05$) выделены жирным шрифтом

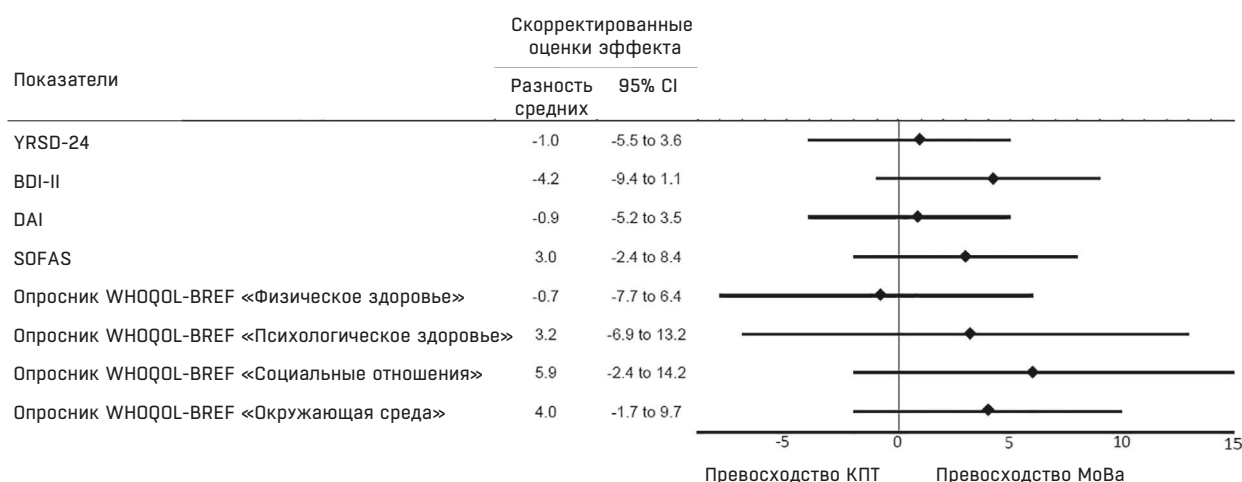


Рисунок 3. Оценка средних различий между алгоритмизированной модульной психотерапией (МоВа) и стандартной когнитивно-поведенческой терапией (КПТ) по показателям клинической эффективности с поправкой на тип депрессии

раженности симптомов, связанных с социальными процессами/эмпатией (см. табл. 2). Скорректированные оценки эффекта также продемонстрировали преимущество МоВа по двум другим показателям механизмов, но не на статистически значимом уровне: разница средних, после корректировки на тип депрессии, составила 1,6 (95% ДИ: от -0,7 до 3,9) для балла по RSQ и 1,8 (95% ДИ: от -4,3 до 7,9) для балла по DERS-16 (см. табл. 2).

В целом, за время лечения состояние 5 из 69 пациентов (7,2%) ухудшилось, среднее количество обострений составило -6,6 (SD=0,5) баллов по шкале HRSD-24. Из них трое пациентов получали МоВа и двое – КПТ.

Безопасность

Всего в ходе исследования было зарегистрировано 44 нежелательных явления, включая обострение симптомов или появление новых симптомов в восьми случаях, пассивные суицидальные мысли в восьми случаях и проблемы в терапевтических отношениях в четырех случаях. Количество нежелательных явлений было значительно ниже в группе МоВа (15; 34,1%), чем в группе КПТ (29; 65,9%), что соответствует среднему числу 0,43 случая на пациента группы МоВа и 0,83 случая на пациента группы КПТ. Не было зарегистрировано ни одного серьезного нежелательного явления.

ОБСУЖДЕНИЕ

Это первое рандомизированное контролируемое исследование, в котором изучались целесообразность, приемлемость и эффективность алгоритмического выбора лечебных модулей, дополняющих стандартную КПТ. Алгоритм был разработан на основе механистической модели последствий психической травмы в раннем возрасте, и психотерапевтам было предложено выбрать для отдельных пациентов соответствующие модули на основе оценки этих последствий на базовом уровне.

Модульный подход оказался приемлемым для пациентов с высоким бременем ранней детской травмы, преимущественно с дистимией или рекуррентным депрессивным расстройством и коморбидными психическими расстройствами. И пациенты, и психотерапевты чаще отмечали высокую или очень высокую удовлетворенность после сессий МоВа, чем после сессий КПТ. Терапевтический альянс был оценен как наилучший и пациентами, и психотерапевтами в группе МоВа по сравнению с группой КПТ по всем ключевым элементам (согласованность в задачах и целях терапии, эмоциональной связи).

Психотерапевты, практикующие МоВа, отметили более выраженную нехватку времени, что, скорее всего, связано с необходимостью интегрировать дополнительные модули в небольшое количество 20 сессий. С другой стороны, па-

пациенты в группе МоВа чаще выполняли домашние задания и сообщали о меньших трудностях в терапевтических отношениях, чем пациенты в группе КППТ.

Лишь у немногих пациентов с тяжелыми расстройствами ухудшилось состояние, либо они выбыли из исследования. Пациенты, получавшие МоВа, сообщили о значительно меньшем количестве нежелательных явлений, чем пациенты из группы КППТ. Серьезных нежелательных явлений не зарегистрировано.

Подход МоВа превосходил стандартную КППТ как по первичным (балл по HRSD-24 на момент окончания лечения), так и почти по всем вторичным показателям (самоотчеты симптомов депрессии и тревоги, оценка клиницистом социального и профессионального функционирования, самоотчеты о качестве жизни). Однако ни одно из различий не достигло статистической значимости, что, скорее всего, связано с небольшим размером выборки.

Пациенты, получавшие модульную терапию, почти в три раза чаще достигали ремиссии после лечения (29,4% в сравнении с 11,4%, OR=3,2). Этот вывод служит предварительным подтверждением полезности модульного подхода, основанного на механизмах и направленного на персонализацию психотерапии^{9,45}, для решения проблемы значительных индивидуальных особенностей и различий в терапевтических эффектах среди пациентов с депрессией^{46–52}.

Используемый алгоритм лечения основан на исходной оценке трех ранних трансдиагностических механизмов, связанных с травмой: реакции на социальную угрозу, гипербудимости и социальных процессов/эмпатии. Были отмечены значимые различия в эффектах терапии. У пациентов из группы МоВа было выявлено значимое улучшение в ходе терапии, в то время как у пациентов из группы КППТ симптомы, связанные с этими механизмами, даже усугубились. Интересно, что модуль, основанный на ментализации, был единственным модулем, включающим элементы не из третьей волны КППТ, а из психодинамического подхода³⁶. Скорректированные оценки эффекта также оказались в пользу МоВа по двум другим показателям механизмов, хотя разница не достигла статистически значимого уровня, что, скорее всего, объясняется небольшим размером выборки.

Поскольку тесты, сравнивающие разные модули, не обладали достаточной мощностью, статистический анализ ограничивался общими сравнениями МоВа и КППТ. В то время как модули были отобраны на основе доказательного алгоритма, последовательность стратегий в модулях была основана на концептуализации пациентов психотерапевтами. Пока не получено надежных доказательств в поддержку алгоритма определения последовательности, основанного на имеющихся данных. Однако, как сообщается, системы мониторинга и обратной связи повышают эффективность психотерапии за счет дальнейшей персонализации и адаптации вмешательств к реакции пациента^{53,54}. Эти данные будут проверены в ходе будущего подтверждающего клинического исследования.

Поскольку оба вида терапии проводились одними и теми же психотерапевтами, могло иметь место некое невольное «смешение» терапий^{55,56}. Таким образом, для систематического предотвращения этого эффекта в будущих исследованиях необходимо, чтобы психотерапевты, прошедшие обучение по определённому вмешательству, проводили только его.

До сих пор получено мало информации о том, как в модульной психотерапии должны быть структурированы вмешательства⁵⁷. В отличие от большинства практикующих клиницистов, которые придерживаются различных подходов к лечению в соответствии со своим опытом и интуицией⁵⁸, для выработки воспроизводимых стандартов лечения необходимы эмпирически обоснованные правила. В данном исследовании впервые был применен принцип персонализированного принятия решений по выбору модуля на основе алгоритма, полученного из механистической модели. Примечательно, что эта модель была основана на подходе RDoC, что не так часто встречается в клинических исследованиях и в практике.

Несмотря на то, что участники группы МоВа были потенциально более резистентны к лечению, чем участники

из группы КППТ, модульный подход оказался целесообразным, безопасным и эффективным, продемонстрировав преимущества, связанные с удовлетворенностью пациентов и психотерапевтов и определенными клиническими результатами. Хотя это кажется весьма перспективным в качестве особого пути достижения персонализации, необходимо провести дальнейшую оценку в полномасштабных подтверждающих исследованиях.

Для учета результатов данного исследования с проверкой концепции, оптимизированный дизайн должен включать больше сеансов терапии и систему мониторинга, вовлекать пациентов в стандартизированное совместное принятие решений относительно последовательности модулей. В будущем сочетание теории и алгоритмов, основанных на данных, может стать оптимальным наряду с анализом данных о факторах риска с помощью машинного обучения для воспроизведения процессов и результатов.

БЛАГОДАРНОСТИ

Данное исследование финансировалось German Research Foundation (грант № SCHR443/16-1), работа была одобрена German Center for Mental Health (DZPG). Авторы выражают благодарность исследовательской группе и всем участникам исследования, в частности координатору проекта R. Bullenkamp, терапевтам N. Zehender, C. Breuninger, J. Hundertmark и F. Herrmann, а также преподавателям модулей S. Taubner и A. Külz. E. Schramm и M. Elsaesser внесли равный вклад в эту работу. Дополнительная информация по данному исследованию доступна на сайте <https://osf.io/spkx4>.

Перевод: Исакулян Елизавета Левоновна, г. Москва

Редактура: Леонова Алёна Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M et al. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021;144:288–99.
2. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry* 2023;22:394–412.
3. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S et al. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry* 2022;21: 133–45.
4. Purgato M, Singh R, Acarturk C et al. Moving beyond a ‘one-size-fits-all’ rationale in global mental health: prospects of a precision psychology paradigm. *Epi-demiol Psychiatr Sci* 2021;30:e63.
5. Huibers MJH, Lorenzo-Luaces L, Cuijpers P et al. On the road to personalized psychotherapy: a research agenda based on cognitive behavior therapy for depression. *Front Psychiatry* 2021;11:607508.
6. Schramm E, Rapee R, Furukawa TA. Time for a paradigm shift for psychotherapies? *Evid Based Ment Health* 2021;24:1.
7. Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR. Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Appl Prevent Psychol* 2005;11:141–56.
8. Bohus M, Herpertz SC, Falkai P. Modulare Psychotherapie – Rationale und Grundprinzipien. *Die Psychiatrie* 2012;9:89–97.
9. Cohen ZD, Delgadillo J, DeRubeis RJ. Personalized treatment approaches. In: Barkham M, Lutz W, Castonguay LG (eds). *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change*, 7th ed. Hoboken: Wiley, 2021:673–703.
10. Herpertz SC, Schramm E. *Modulare Psychotherapie: ein Mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen*. Stuttgart: Schattauer, 2022.
11. Cheron DM, Becker-Haimes EM, Stern HG et al. Assessing practical implementation of modular psychotherapy for youth in community-based settings using benchmarking. *Implement Res Pract* 2022;3:26334895221115216.
12. Venturo-Conerly KE, Reynolds R, Clark M et al. Personalizing youth psychotherapy: a scoping review of decision-making in modular treatments. *Clin Psychol Sci Pract* 2023;30:45–62.
13. Black M, Hitchcock C, Bevan A et al. The HARMONIC trial: study protocol for a randomised controlled feasibility trial of Shaping Healthy Minds – a modular transdiagnostic intervention for mood, stressor-related and anxiety disorders in adults. *BMJ Open* 2018;8:e024546.

14. Black M, Johnston D, Elliott R et al. A randomised controlled feasibility trial (the HARMONIC Trial) of a novel modular transdiagnostic intervention – Shaping Healthy Minds – versus psychological treatment-as-usual, for clinic-attending adults with comorbid mood, stressor-related and anxiety disorders. *PsyArXiv* 2023;10.31234/osf.io/7muz5.
15. Herpertz SC, Matzke B, Hillmann K et al. A mechanism-based group-psychotherapy approach to aggressive behaviour in borderline personality disorder: findings from a cluster-randomised controlled trial. *BJPsych Open* 2020;7:e17.
16. Wilhelm S, Phillips KA, Didie E et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 2014;45: 314-27.
17. Karatzias T, Mc Glanaghy E, Cloitre M. Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (ESTAIR): a new modular treatment for ICD-11 complex posttraumatic stress disorder (CPTSD). *Brain Sci* 2023;13:1300.
18. Wen A, Wolitzky-Taylor K, Gibbons RD et al. A randomized controlled trial on using predictive algorithm to adapt level of psychological care for community college students: STAND triaging and adapting to level of care study protocol. *Trials* 2023;24:508.
19. Wolitzky-Taylor K, LeBeau R, Arnaudova I et al. A novel and integrated digitally supported system of care for depression and anxiety: findings from an open trial. *JMIR Ment Health* 2023;10:e46200.
20. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
21. US National Institute of Mental Health. Research Domain Criteria (RDoC). www.nimh.nih.gov.
22. Schnell K, Herpertz SC. Emotion regulation and social cognition as functional targets of mechanism-based psychotherapy in major depression with comorbid personality pathology. *J Pers Disord* 2018;32(Suppl.):12-35.
23. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM et al. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci* 2016;17:652-66.
24. Rokita KI, Dauvermann MR, Donohoe G. Early life experiences and social cognition in major psychiatric disorders: a systematic review. *Eur Psychiatry* 2018; 53:123-33.
25. First MB, Williams JBW, Karg RS et al. Structured Clinical Interview for DSM-5 – research version. Arlington: American Psychiatric Association, 2015.
26. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Neglect* 2003;27:169-90.
27. Sloan E, Hall K, Moulding R et al. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2017;57:141-63.
28. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol* 1996;70:1327-43.
29. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983;44:113-26.
30. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT et al. Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: the DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess* 2016;38:284-96.
31. First MB, Williams JBW, Benjamin LS et al. User's guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders). Arlington: American Psychiatric Association, 2015.
32. Elsaesser M, Herpertz S, Piosczyk H et al. Modular-based psychotherapy (MoBa) versus cognitive-behavioural therapy (CBT) for patients with depression, comorbidities and a history of childhood maltreatment: study protocol for a randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open* 2022;12:e057672.
33. Hautzinger M. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 2013.
34. McCullough JP. Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. New York: Guilford, 2000.
35. McCullough JP, Penberthy J, Schramm E et al. CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder. London: Routledge, 2014.
36. Bateman AW, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington: American Psychiatric Publishing, 2019.
37. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:275-86.
38. Hatcher RL, Gillaspay JA. Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychother Res* 2006;16:12-25.
39. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
40. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.
41. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-56.
42. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
43. Meister R, Lanió J, Fangmeier T et al. Adverse events during a disorder-specific psychotherapy compared to a nonspecific psychotherapy in patients with chronic depression. *J Clin Psychol* 2020;76:7-19.
44. Billingham SAM, Whithead A, Julious SA. An audit of sample sizes for pilot and feasibility trials being undertaken in the United Kingdom registered in the United Kingdom Clinical Research Network database. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:104.
45. Kramer U, Eubanks CF, Bertsch K et al. Future challenges in psychotherapy re-search for personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2022;24:613-22.
46. Fried EI, Nesse RM. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J Affect Disord* 2015;172:96-102.
47. Goerigk S, Reinhard MA, Barton BB et al. Transdiagnostic analysis of adverse childhood experiences and their association with psychopathology – a TRANS-D conform study. *Psychiatry Res* 2023;329:115545.
48. Elsaesser M, Feige B, Kriston L et al. Longitudinal clusters of long-term trajectories in patients with early-onset chronic depression: 2 years of naturalistic follow-up after extensive psychological treatment. *Psychother Psychosom* 2023; doi: 10.1159/000535005.
49. Kaiser T, Volkmann C, Volkmann A et al. Heterogeneity of treatment effects in trials on psychotherapy of depression. *Clin Psychol Sci Pract* 2022;29:294-303.
50. Solomonov N, Barber JP. Unpacking the heterogeneity in treatment effects as a path to personalized psychotherapies: are we there yet? *Clin Psychol Sci Pract* 2022;29:308-10.
51. Furukawa TA, Efthimiou O, Weitz ES et al. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: personalizing the treatment choice using individual participant data network meta-regression. *Psychother Psychosom* 2018;87:140-53.
52. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry* 2023;22:105-15.
53. Lutz W, Rubel J, Deisenhofer AK et al. Continuous outcome measurement in modern data-informed psychotherapies. *World Psychiatry* 2022;21:215-6.
54. Barkham M, De Jong K, Delgadillo J et al. Routine outcome monitoring (ROM) and feedback: research review and recommendations. *Psychother Res* 2023;33: 841-55.
55. Baldwin SA, Goldberg SB. Methodological foundations and innovations in quantitative psychotherapy research. In: Barkham M, Lutz W, Castonguay LG (eds). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7th ed. Hoboken: Wiley, 2021:19-50.
56. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton, Mifflin & Co., 2002.
57. Stumpp NE, Sauer-Zavala S. Evidence-based strategies for treatment personalization: a review. *Cogn Behav Pract* 2022;29:902-13.
58. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB. Decision making and psychotherapy integration: theoretical considerations, preliminary data, and implications for future research. *J Psychother Integration* 2007;17:225-50.

DOI:10.1002/wps.21204

Абсолютные и относительные результаты психотерапевтических интервенций при восьми психических расстройствах: систематический обзор и метаанализ

Pim Cuijpers^{1,2}, Clara Miguel¹, Marketa Ciharova¹, Mathias Harrer³, Djordje Basic¹, Ioana A. Cristea⁴, Nino de Ponti¹, Ellen Driessen^{5,6}, Jessica Hamblen^{7,8}, Sadie E. Larsen^{7,9}, Minoo Matbourniah¹, Davide Papola^{10,11}, Darin Pauley¹, Constantin Y. Plessen^{1,12}, Rory A. Pfund¹³, Kim Setkowski^{14,15}, Paula P. Schnurr^{7,8}, Wouter van Ballegooijen^{1,16}, Yingying Wang¹, Heleen Riper^{1,16}, Annemieke van Straten¹, Marit Sijbrandij¹, Toshi A. Furukawa¹⁷, Eirini Karyotaki¹

¹Department of Clinical, Neuro and Developmental Psychology, Amsterdam Public Health Research Institute, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; ²International Institute for Psychotherapy, Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania; ³Psychology & Digital Mental Health Care, Technical University of Munich, Munich, Germany; ⁴Department of General Psychology, University of Padua, Padua, Italy; ⁵Department of Clinical Psychology, Behavioural Science Institute, Radboud University, Nijmegen, The Netherlands; ⁶Depression Expertise Center, Pro Persona Mental Health Care, Nijmegen, The Netherlands; ⁷National Center for PTSD, White River Junction, VT, USA; ⁸Department of Psychiatry, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Hanover, NH, USA; ⁹Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA; ¹⁰Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Sciences, Section of Psychiatry, University of Verona, Verona, Italy; ¹¹Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ¹²Department of Psychosomatic Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin; Freie Universität Berlin and Humboldt Universität zu Berlin, Berlin, Germany; ¹³Tennessee Institute for Gambling Education & Research, Department of Psychology, University of Memphis, Memphis, TN, USA; ¹⁴Research Department, 113 Suicide Prevention, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁵Department of Pedagogical and Educational Sciences, Faculty of Behavioural and Social Sciences, University of Groningen, Groningen, The Netherlands; ¹⁶Department of Psychiatry, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁷Department of Health Promotion and Human Behavior, Kyoto University Graduate School of Medicine and School of Public Health, Kyoto, Japan

Психотерапевтические интервенции являются методами лечения первой линии для большинства психических расстройств, однако их абсолютные результаты (т. е. показатели ответа на терапию и ремиссии) изучены недостаточно, несмотря на важность такой информации для пациентов, клиницистов и организаторов здравоохранения. Целью нашего исследования было изучение абсолютных и относительных результатов психотерапии при восьми психических расстройствах: большом депрессивном расстройстве (БДР), социальном тревожном расстройстве, паническом расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), специфических фобиях, посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) и пограничном расстройстве личности (ПРЛ). Для анализа мы использовали серию постоянно обновляемых систематических обзоров, включенных в инициативу Metapsy (www.metapsy.org), с общей стратегией поиска литературы, включения исследований и извлечения данных, а также общим форматом. Поиск литературы проводился в основных библиографических базах данных (PubMed, PsycINFO, Embase и Cochrane Register of Controlled Trials) до 1 января 2023 года. Мы включили рандомизированные контролируемые исследования, сравнивающие психотерапевтические вмешательства при любом из восьми психических расстройств, установленных с помощью диагностического интервью, с контрольной группой (лист ожидания, обычная медицинская помощь или плацебо). Мы провели парные метаанализы с использованием модели случайных эффектов. Основным исходом был абсолютный показатель ответа на терапию (снижение симптомов не менее чем на 50% при оценке до и после лечения) в группах активного лечения и контроля. Вторичные исходы включали относительный риск (ОР) ответа и число больных, которых необходимо лечить (ЧБНЛ). Метаанализы 441 включенных исследований (33 881 пациент) с использованием модели случайных эффектов показали умеренные показатели ответа на психотерапию: 0,42 (95% ДИ: 0,39–0,45) для БДР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для ПТСР; 0,38 (95% ДИ: 0,30–0,47) для ОКР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для панического расстройства; 0,36 (95% ДИ: 0,30–0,42) для ГТР; 0,32 (95% ДИ: 0,29–0,37) для социального тревожного расстройства; 0,32 (95% ДИ: 0,23–0,42) для специфических фобий; 0,24 (95% ДИ: 0,15–0,36) для ПРЛ. Большинство анализов чувствительности, в целом, подтвердили эти результаты. ОР был значимым для всех расстройств, кроме ПРЛ. Наш вывод заключается в том, что большинство психотерапевтических интервенций для восьми психических расстройств эффективны по сравнению с контролем, однако абсолютные показатели ответа умеренные. Необходимы более эффективные методы лечения и вмешательства для тех, кто не отвечает на лечение первой линии.

Ключевые слова: психотерапия, показатели ответа, депрессия, социальное тревожное расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, специфические фобии, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, пограничное расстройство личности.

Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M et al. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):267–275. doi: 10.1002/wps.21203.

Около 970 миллионов человек во всем мире страдают от психических расстройств¹. Наиболее распространенными из них являются депрессия и тревожные расстройства, однако показатели распространенности других расстройств – таких как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и пограничное расстройство личности (ПРЛ) – также заметно высоки. Для лечения этих расстройств существуют доказательные методы терапии, причем в первую их линию входят психотерапевтические вмешательства².

Исходы, или результаты, психотерапевтических интервенций обычно оцениваются с помощью количественных показателей (т. е. средних баллов по оценочным шкалам). В метаанализах количественные исходы, как правило, представляются в виде стандартизованных разностей средних (standardized mean difference, SMD), которые показывают разницу между показателями в группе лечения и контроля

в единицах стандартного отклонения. Хотя это и корректный способ представления результатов, данные размеры эффекта трудно интерпретировать пациентам, клиницистам и организаторам здравоохранения^{3,4}.

Бинарные исходы, такие как ответ на терапию (в случае депрессии определяемый как снижение симптомов на 50% между исходным уровнем и после завершения лечения) и ремиссия (т. е. состояние, при котором у человека наблюдается минимальное количество симптомов или их отсутствие), легче интерпретировать⁸. В клинических исследованиях и метаанализах эти исходы обычно представлены в виде сравнения группы лечения с контрольной группой с помощью показателей относительного риска (ОР), отношения шансов (ОШ) или числа больных, которых необходимо лечить (ЧБНЛ), т. е. числа пациентов, которых необходимо пролечить для получения одного дополнительного положительного исхода по сравнению с контролем⁶.

Абсолютные исходы, выраженные в показателях ответа на терапию или ремиссии, обычно в метаанализах не объединяют для совместной оценки, поскольку это предполагало бы сопоставимость данных показателей в разных исследованиях, что может быть не так⁷. Тем не менее такие абсолютные исходы необходимы для принятия клинических решений. В других областях, например, в метаанализах показателей распространенности психических расстройств, абсолютные показатели объединяются достаточно часто^{8–10}.

Эффекты психотерапевтических интервенций изучались в сотнях рандомизированных контролируемых испытаний, и метаанализы показали, что эти методы терапии эффективны при широком спектре психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство (БДР)^{11,12}, ПТСР^{13,14}, ОКР¹⁵, ПРЛ^{16,17} и тревожные расстройства^{18–22}. Тем не менее лишь в небольшом числе метаанализов оценивались сразу несколько психических расстройств, хотя более широкий фокус на нескольких расстройствах сразу мог бы позволить оценить сравнительную «поддаваемость лечению» этих состояний.

Эта оценка также важна потому, что психотерапевтические интервенции сравниваются с различными типами контрольных условий, что может приводить к разным значениям размера эффекта. Например, в рамках исследований депрессии хорошо известно, что использование листа ожидания в качестве контрольного условия может привести к завышенной оценке эффектов терапии²³. При тревожных расстройствах лист ожидания использовался почти во всех исследованиях, однако есть данные, что при использовании в качестве группы контроля обычной медицинской помощи размеры эффекта могут быть значительно ниже²². При ПРЛ практически во всех исследованиях используется обычная медицинская помощь в качестве контроля^{16,17}. Одним из преимуществ оценки абсолютных исходов является как раз то, что показатели анализируются отдельно для группы лечения и для группы контроля, поэтому сравнение относительной «поддаваемости лечению» психических расстройств не осложняется различиями в контрольных условиях.

В ходе данного метааналитического исследования мы изучили абсолютные и относительные исходы психотерапевтических интервенций при восьми основных психических расстройствах: БДР, ПТСР, ОКР, ПРЛ, паническом расстройстве, генерализованном тревожном расстройстве (ГТР), социальном тревожном расстройстве и специфических фобиях. В качестве основного исхода мы рассматривали абсолютный показатель частоты ответа на терапию. В исследованиях депрессии ответ на терапию часто определяется как снижение симптомов на 50%⁵. При других расстройствах определение ответа менее четкое. Например, в исследованиях тревожных расстройств используется широкий спектр различных определений²⁵, то же самое верно и для ПТСР²⁶. В данном метаанализе мы использовали одно и то же определение ответа на терапию (количество пациентов со снижением симптомов не менее чем на 50% между исходным уровнем и после завершения лечения, разделенное на общее количество пациентов) для всех включенных психических расстройств. Это позволяет получить сопоставимые показатели для разных расстройств, что может дать представление об их относительной «поддаваемости лечению». Насколько нам известно, ни в одном из предыдущих метаанализов не были приведены данные об абсолютных исходах психотерапевтических интервенций для такого спектра психических расстройств.

МЕТОДЫ

Стратегия поиска и критерии включения

Данный метаанализ был зарегистрирован в рамках проекта Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/osf.io/trpw6g>). В исследовании использовался ряд систематических обзоров, включенных в проект Metapsy (www.metapsy.org), с применением единой стратегии поиска литературы, отбора исследований и извлечения дан-

ных, а также единого формата для анализа. Все включенные наборы данных обновляются не реже одного раза в год (дата обновления для текущего исследования: 1 января 2023 г.).

Основные библиографические базы данных, включая PubMed, PsycINFO, Embase и Cochrane Register of Controlled Trials, были просмотрены путем комбинирования терминов (индексных и текстовых слов), характеризующих каждое из психических расстройств и психотерапевтические подходы, с применением фильтров для рандомизированных контролируемых испытаний. Был проведен отдельный поиск по БДР, ПТСР, ОКР и ПРЛ. Комбинированный поиск был проведен по четырем тревожным расстройствам: паническому расстройству, ГТР, социальному тревожному расстройству и специфическим фобиям. Полные поисковые строки представлены в дополнительных материалах.

Все отобранные работы были просмотрены двумя независимыми исследователями. Для работ, которые, по мнению хотя бы одного из исследователей, потенциально могли соответствовать критериям включения, были получены полнотекстовые версии. Решение о включении исследования также принималось двумя независимыми исследователями. Разногласия решались путем консенсуса, а при необходимости проводилась консультация с третьим рецензентом.

В настоящий метаанализ были включены рандомизированные контролируемые испытания, в которых психотерапия²⁷ у взрослых с любым из восьми психических расстройств, установленных с помощью диагностического интервью, сравнивалась с контрольной группой (лист ожидания, стандартное лечение или плацебо). Были исключены исследования с другими типами контроля, исследования с участием пациентов, включенных на основании самооценки симптомов; исследования с участием стационарных больных, детей или подростков; исследования, изучающие неструктурированные методы самопомощи, а также исследования с недостаточными данными для расчета частоты ответа на терапию.

Оценка качества исследований и извлечение данных

Качество включенных исследований оценивалось с использованием инструмента оценки риска систематической ошибки Cochrane (Risk of Bias, RoB) версии 1 (для набора данных по БДР)²⁸ или версии 2 (для остальных семи наборов данных). Мы использовали четыре критерия инструмента RoB 1: генерация последовательности, сокрытие распределения по группам, предотвращение знания о назначенном вмешательстве и обращение с неполными данными о результатах. Инструмент RoB 2 оценивал те же области более детально, а также предусматривал оценку предварительного планирования анализа. Испытания в каждом из восьми наборов данных были разделены на две категории: имеющие низкий риск систематической ошибки и все остальные. Определение низкого риска систематической ошибки варьировало в зависимости от набора данных (определения приведены в Таблице 1). Все оценки риска систематической ошибки проводились двумя независимыми исследователями, а разногласия решались путем обсуждения с третьим автором.

Мы извлекли несколько других характеристик испытаний и вмешательств: средний возраст участников, доля женщин, были ли участники набраны исключительно из клинических выборок, тип психотерапии (определения см. в дополнительной информации), формат терапии, количество сеансов, тип контрольной группы и страна проведения исследования.

Ответ на терапию определялся как количество пациентов с уменьшением симптомов не менее чем на 50% между исходным уровнем и после окончания лечения, разделенное на общее количество пациентов. Для расчета частоты ответа на терапию мы использовали один показатель результата в каждом исследовании. Если использовалось несколько показателей результата, мы выбирали показатель, который использовался наиболее часто.

Таблица 1. Показатели конверсии среди расстройств пищевого поведения									
Характеристика	БДР	ПР	СТР	ГТР	ФОБ	ПТСР	ОКР	ПРЛ	ВСЕГО
Поиск литературы									
Идентифицировано записей, n	33 181	Для всех тревожных расстройств: 19 535				36 108	11 235	11 827	111 886
Записей после удаления дубликатов, n	23 243	Для всех тревожных расстройств: 13 328				14 369	7752	5867	64 559
Полных текстов, оцененных, n	3987	Для всех тревожных расстройств: 1378				2138	573	228	8304
Исследования и включенные пациенты									
Исследования, n	159	48	52	48	22	69	22	21	441
Сравнения, n	196	71	74	61	32	87	26	22	569
Пациенты в группе лечения, N	14 908	3559	4053	3773	1189	2986	1011	795	33 881
Пациенты в контрольной группе, N	6546	1323	1460	1611	478	1538	426	730	14 112
Характеристики включенных исследований									
Клинический набор, n (%)	63 (38,9)	17 (35,4)	4 (7,7)	20 (41,7)	1 (4,2)	31 (44,9)	7 (31,8)	18 (85,7)	160 (36,3)
Возраст, лет (среднее ± CO)	42,2±13,1	37,3±3,8	34,3±6,0	41,9±12,1	32,8±10,8	39,1±7,9	34,5±4,6	31,9±5,6	39,0±10,7
Доля женщин (%)	72±0,2	71±0,1	56±0,1	72±0,1	75±0,2	58±0,4	57±0,2	83±0,1	67±0,2
Тип контроля, n (%)									
Лист ожидания	68 (42,0)	36 (75,0)	44 (84,6)	34 (70,8)	23 (95,8)	54 (79,3)	16 (72,7)	0	270 (61,2)
Стандартное лечение	89 (54,9)	6 (12,5)	4 (7,7)	11 (22,9)	1 (4,2)	13 (18,8)	4 (18,2)	21 (100,0)	149 (33,8)
Плацебо	5 (3,1)	6 (12,5)	4 (7,7)	3 (6,2)	0	2 (3,9)	2 (9,1)	0	22 (5,0)
Страна, n (%)									
Северная Америка	51 (31,5)	24 (50,0)	18 (34,6)	19 (39,6)	13 (54,2)	37 (53,6)	6 (27,3)	7 (33,3)	172 (39,0)
Европа	66 (40,7)	19 (39,6)	21 (40,4)	18 (37,5)	9 (37,5)	17 (24,6)	7 (31,8)	12 (57,1)	166 (37,6)
Другие	45 (27,8)	5 (10,4)	13 (25,0)	11 (22,9)	2 (8,3)	15 (21,7)	9 (40,9)	2 (9,5)	103 (23,4)
Риск систематической ошибки (RoB)									
Инструмент RoB	Версия 1	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2	Версия 2
Определение низкого RoB	Низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск	Общий низкий риск или некоторые проблемы	Общий низкий риск или некоторые проблемы	Общий низкий риск или некоторые проблемы	
Низкий RoB, n (%)	64 (39,5)	3 (6,2)	4 (7,7)	8 (16,7)	3 (12,5)	6 (8,7)	3 (13,6)	2 (9,5)	93 (21,1)
Характеристики вмешательств									
Формат, n (%)									
Индивидуальный	80 (40,8)	39 (54,9)	29 (39,2)	34 (55,7)	23 (71,9)	70 (80,5)	12 (46,2)	8 (36,4)	295 (51,8)
Групповой	60 (30,6)	15 (21,2)	25 (33,8)	14 (23,0)	0	8 (9,2)	0	0	122 (21,4)
Самопомощь с поддержкой	34 (17,3)	12 (16,9)	17 (23,0)	13 (21,3)	1 (3,1)	5 (5,7)	4 (15,4)	0	86 (15,1)
Другие/смешанные	22 (11,2)	5 (7,0)	3 (4,1)	0	8 (25,0)	4 (4,6)	10 (38,5)	14 (63,4)	66 (11,6)
Количество сессии, n (среднее ± CO)	10.6±5.6	9.6±3.8	11.4±5.3	11.3±5.6	3.3±3.1	10.0±5.1	12.4±7.0	53.6±42.6	11.8±8.5
БДР – большое депрессивное расстройство, ПР – паническое расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ФОБ – специфические фобии, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство, ПРЛ – пограничное расстройство личности.									

Пациенты, рандомизированные, но не включенные в анализ ответивших на терапию в оригинальных работах, считались не ответившими на лечение и включались в основной анализ в соответствии с принципом «намерения лечить» («intention-to-treat»). Это считалось наиболее консервативной оценкой. Мы провели анализы чувствительности, в которых включались только пациенты, завершившие исследование, или же все выбывшие из исследования считались ответившими на терапию.

Мы рассчитали частоту ответа на терапию с использованием валидированного метода, основанного на средних значениях и стандартных отклонениях исходных и конечных показателей непрерывных переменных, а также на количестве пациентов на момент контрольного обследования после завершения исследования²⁴. Этот метод оценки ча-

стоты ответа на терапию был проверен в пяти метаанализах методов лечения депрессии и тревоги, что привело к получению корреляции между оцененными и истинными частотами ответа с коэффициентами от 0,94 до 0,97.

Метаанализы

Мы рассчитали частоты ответа на терапию с использованием функции «metaprop» пакета «meta» в программном обеспечении R (версия 4.2.2) и провели все анализы в RStudio (2023.03.0+386). Данные о биномиальных пропорциях были предварительно преобразованы в логарифмические коэффициенты, после чего были проведены метаанализы со случайными эффектами для преобразованных данных. В заключение сводные результаты были преобразова-

ны обратно в исходную шкалу биномиальных пропорций и были рассчитаны оценки и их 95% доверительные интервалы (ДИ). Поскольку мы предполагали значительную гетерогенность, во всех анализах использовалась модель пулинга со случайными эффектами (метод ограниченного максимального правдоподобия).

После метаанализа частот ответа на терапию мы объединили относительные риски (ОР) вмешательства по сравнению с контрольной группой во всех включенных исследованиях с использованием функции «metabin». ЧБНЛ были рассчитаны с использованием объединенного ОР и частоты ответа на терапию в контрольной группе³¹.

Мы провели пять анализов чувствительности: два с менее консервативными оценками частот ответа (т. е., включая только пациентов, завершивших исследование, или считая всех пациентов, выбывших из исследования, ответившими на терапию), один, в котором были исключены выбросы (исследования, в которых 95% ДИ частот не перекрывались с 95% ДИ объединенных частот), один, включающий только исследования с низким риском смещения, и один, скорректированный на публикационную систематическую ошибку. В качестве показателя гетерогенности мы рассчитали статистику I^2 и ее 95% ДИ³². Мы оценивали потенциальную публикационную систематическую ошибку с использованием теста Эггера на перехват и процедуры тримирования и заполнения Дуваля и Твиди.

Мы провели серию анализов по подгруппам с использованием методов смешанных эффектов, учитывая тип психотерапии, формат лечения, набирались ли участники исключительно из клинических выборок, тип контрольной группы и страну проведения исследования. По возможности мы избегали подгрупп с менее чем пятью исследованиями, объединяя их в более крупные группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отбор, включение и характеристики включенных исследований

Поиск по всем расстройствам привел к выделению 111 886 записей (64 559 после удаления дубликатов), 8304 полных текстов и 441 включенному исследованию (см. Табл. 1 для общего обзора и дополнительную информацию для диаграммы потока по каждому расстройству). Количество включенных исследований варьировало от 21 для ПРЛ до 159 для БДР. В связи с многократными сравнениями в некоторых исследованиях общее количество сравнений было больше (всего 569, от 22 для ПРЛ до 196 для БДР). Общее количество включенных пациентов составило 33 881 человек (19 769 в группе лечения и 14 112 в контрольных группах), варьируя от 1011 для ОКР до 14 908 в наборе данных по БДР.

Доля пациентов, набранных исключительно из клинических выборок, варьировала от 4,2% для специфических фобий до 85,7% для ПРЛ и составила в среднем 36,3% по всем расстройствам. Средний возраст пациентов составил $39,0 \pm 10,7$ года (диапазон: от $31,9 \pm 5,6$ года для ПРЛ до $42,2 \pm 13,1$ года для БДР). Общая доля женщин составила 67% (диапазон: от 56% для социального тревожного расстройства до 83% для ПРЛ).

Тип контрольной группы значительно варьировал между наборами данных. Лист ожидания использовался в большинстве испытаний при четырех тревожных расстройствах (от 70,8% до 95,8%), ПТСР (79,3%) и ОКР (72,7%), но реже при БДР (42,0%) и не использовался совсем при ПРЛ. Платцебо использовалось только в небольшом количестве исследований (5,0% в целом), в то время как стандартное лечение было наиболее часто используемой контрольной группой при БДР (54,9%) и ПРЛ (100%). Большинство испытаний проводилось в Северной Америке (39,0%) или Европе (37,6%).

Половина вмешательств проводилась в индивидуальном формате (51,8%; диапазон: от 36,4% для ПРЛ до 80,5% для ПТСР). Групповая терапия не использовалась совсем при некоторых расстройствах (ПРЛ, специфических фобиях и ОКР) и ее доля варьировала от 9,2% для ПТСР до 33,8% для

социального тревожного расстройства. Самопомощь с поддержкой не использовалась при ПРЛ, и ее доля варьировала от 3,1% для специфических фобий до 23,0% для социального тревожного расстройства. Среднее количество сеансов терапии по всем расстройствам составило $11,8 \pm 8,5$ (диапазон: от $3,3 \pm 3,1$ для специфических фобий до $53,6 \pm 42,6$ для ПРЛ). Доля исследований с низким риском систематической ошибки варьировала от 6,2% для панического расстройства до 39,5% для БДР, однако следует учитывать, что определение низкого риска систематической ошибки отличалось в разных наборах данных.

Частоты ответа на психотерапию составили: 0,42 (95% ДИ: 0,39–0,45) для БДР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для ПТСР; 0,38 (95% ДИ: 0,30–0,47) для ОКР; 0,38 (95% ДИ: 0,33–0,43) для панического расстройства; 0,36 (95% ДИ: 0,30–0,42) для ГТР; 0,32 (95% ДИ: 0,29–0,37) для социального тревожного расстройства; 0,32 (95% ДИ: 0,23–0,42) для специфических фобий; и 0,24 (95% ДИ: 0,15–0,36) для ПРЛ (Табл. 2 и Рис. 1). Гетерогенность была умеренной или высокой для всех расстройств (I^2 варьировало от 65% для ОКР до 82% для БДР и ПРЛ).

Когда частоты ответа рассчитывались на основе наименее консервативного предположения, что все пациенты, выбывшие из исследования, достигли положительного ответа на лечение, результаты оказались более позитивными (0,48 для БДР, 0,49 для ПТСР, 0,44 для ОКР, 0,42 для панического расстройства, 0,40 для ГТР, 0,33 для социального тревожного расстройства, 0,35 для специфических фобий и 0,35 для ПРЛ). Гетерогенность оставалась умеренной или высокой (I^2 в диапазоне от 63 до 80%). Частоты ответа, рассчитанные только для пациентов, завершивших исследование, составили 0,44 для БДР, 0,42 для ПТСР, 0,40 для ОКР, 0,40 для панического расстройства, 0,37 для ГТР, 0,34 для социального тревожного расстройства, 0,33 для специфических фобий и 0,26 для ПРЛ (I^2 в диапазоне от 64 до 80%).

Анализ чувствительности показал, что количество исследований с низким риском систематической ошибки было очень небольшим для всех расстройств, за исключением БДР (см. табл. 3). Для БДР частота ответа на психотерапию в исследованиях с низким риском систематической ошибки была несколько ниже, чем в основных анализах, но не существенно (0,37; 95% ДИ: 0,33–0,42). Исключение выбросов не привело к существенным изменениям частот ответа (все различия по сравнению с основными анализами были меньше 0,06). То же самое относилось к корректировке на публикационную систематическую ошибку (все различия <0,08), за исключением ПРЛ, для которого наблюдалась значительно более высокая частота ответа после корректировки (0,38 по сравнению с 0,24).

Общие частоты ответа в контрольных группах варьировали от 0,05 для ОКР до 0,19 для БДР, с гетерогенностью (I^2) от 0% для специфических фобий и ОКР до 75% для ПРЛ. Частоты были выше, когда все пациенты, выбывшие из исследования, считались ответившими на лечение (диапазон: от 0,09 до 0,23, I^2 от 1% до 78%), и промежуточными, когда учитывались только пациенты, завершившие исследование (диапазон: от 0,05 до 0,20; I^2 от 0% до 72%) (см. табл. 2 и рис. 1).

Частоты ответа в контрольных группах в исследованиях с низким риском систематической ошибки были сопоставимы с частотами в основных анализах, за исключением ПРЛ, где наблюдалась существенно более высокая частота в этих исследованиях (0,25 по сравнению с 0,15). Однако это было основано только на трех исследованиях. Исключение выбросов не привело к значительным различиям по сравнению с основными анализами. Коррекция на публикационную систематическую ошибку привела к более высоким частотам ответа по сравнению с основными анализами (см. табл. 3).

Анализ подгрупп показал, что тип психотерапии был связан с различными частотами ответа на лечение для БДР ($p < 0,001$), панического расстройства ($p = 0,02$), специфических фобий ($p = 0,003$) и ПТСР ($p < 0,001$), но не для социального тревожного расстройства ($p = 0,12$), ГТР ($p = 0,31$), ОКР ($p = 0,65$) и ПРЛ ($p = 0,59$) (см. табл. 4). Значимые различия в частотах ответа также были обнаружены для формата

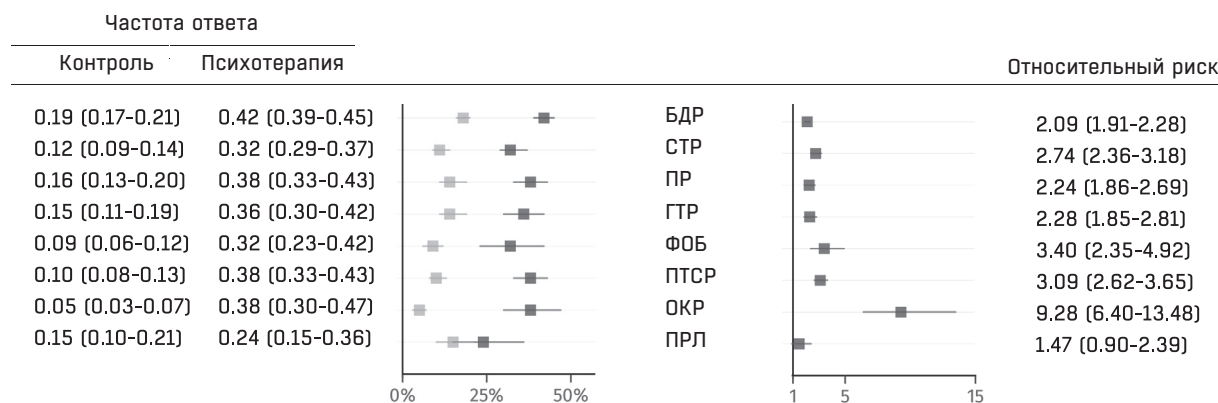


Рисунок 1. Частоты ответов и относительные риски для ответа на психотерапевтические интервенции (в скобках – ДИ 95%). БДР – большое депрессивное расстройство; ПР – паническое расстройство; СТР – социальное тревожное расстройство; ГТР – генерализованное тревожное расстройство; ФОБ – специфические фобии; ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство; ПРЛ – пограничное расстройство личности.

лечения при БДР, паническом расстройстве, социальном тревожном расстройстве, ГТР, специфических фобиях и ПТСР, но не для ОКР и ПРЛ (см. дополнительную информацию). Набор пациентов исключительно из клинических выборок был связан со значительно более низкой частотой ответа на лечение при БДР и ОКР, но не при других расстройствах (см. дополнительную информацию). Значимые различия в частотах ответа между странами были обнаружены для БДР, панического расстройства, специфических фобий и ПРЛ, но не для других расстройств (см. дополнительную информацию). Частоты ответа на лечение значительно отличались в зависимости от типа контрольной группы для БДР, панического расстройства и ПТСР, но не для социального тревожного расстройства, ГТР и ОКР. Все исследования при ПРЛ использовали в качестве контроля стандартное лечение, а во всех исследованиях по специфическим фобиям, за исключением одного, использовалась группа ожидания (см. дополнительную информацию).

ОР и ЧБНЛ

За исключением ПРЛ, все относительные риски (ОР) для психотерапий были статистически значимы. Они составили: 2,09 (95% ДИ: 1,91–2,28) для БДР; 3,09 (95% ДИ: 2,62–3,65) для ПТСР; 9,28 (95% ДИ: 6,40–13,48) для ОКР; 2,24 (95% ДИ: 1,86–2,69) для панического расстройства; 2,28 (95% ДИ: 1,85–2,81) для ГТР; 2,74 (95% ДИ: 2,36–3,18) для социального тревожного расстройства; 3,40 (95% ДИ: 2,35–4,92) для специфических фобий; и 1,47 (95% ДИ: 0,90–2,39) для ПРЛ (см. табл. 2 и рис. 1). Гетерогенность была низкой или умеренной для всех расстройств (I^2 от 0 до 47%).

ЧБНЛ для значимых исходов составили: 4,8 (95% ДИ: 4,1–5,8) для БДР; 4,8 (95% ДИ: 3,8–6,2) для ПТСР; 2,4 (95% ДИ: 1,6–3,7) для ОКР; 5,0 (95% ДИ: 3,7–7,3) для панического расстройства; 5,2 (95% ДИ: 3,7–7,8) для ГТР; 4,8 (95% ДИ: 3,8–6,1) для социального тревожного расстройства; и 4,6 (95% ДИ: 2,8–8,2) для специфических фобий.

ОР для исследований с низким риском систематической ошибки и для анализов, в которых были исключены выбросы, были очень сопоставимы с ОР в основных анализах (все были значимы, за исключением ПРЛ), за исключением того, что ОР для ПРЛ также был значимым при исключении выбросов. В анализах, в которых мы скорректировали результаты на публикационную смешанность, все полученные ОР были ниже, чем в основных анализах, и ОР для панического расстройства перестал быть значимым (см. табл. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Мы провели крупное метааналитическое исследование для оценки абсолютных и относительных результатов психотерапии при восьми основных психических расстрой-

ствах. Частоты ответа в группах лечения варьировали от 0,24 для ПРЛ до 0,42 для БДР, в то время как для остальных шести расстройств они находились в диапазоне от 0,32 до 0,39. Большинство анализов чувствительности в целом подтвердили эти результаты, хотя количество исследований с низким риском систематической ошибки было небольшим, и в нескольких выборках были обнаружены значимые признаки публикационного смещения. Объединенные частоты ответа в трех контрольных группах варьировали от 0,05 для ОКР до 0,19 для БДР. Относительные результаты, выраженные в виде ОР, были значимыми для всех расстройств, кроме ПРЛ.

Эти результаты показывают, что, хотя большинство психотерапевтических интервенций приводят к лучшим результатам по сравнению с контрольными условиями, частоты ответа являются умеренными. Большинство пациентов, получающих психотерапию при всех расстройствах, не демонстрируют снижения симптомов как минимум на 50%. Это означает, что клиницистам часто приходится пробовать несколько вмешательств или переходить на фармакологическое лечение или комбинированную терапию для более эффективного лечения пациентов. К сожалению, было проведено очень мало исследований по таким последовательным методам лечения.

Были обнаружены значимые различия между видами психотерапии в отношении частоты ответа на лечение при БДР, паническом расстройстве, специфических фобиях и ПТСР. При ПРЛ была исследована только одна психотерапия (диалектико-поведенческая терапия), и частота ответа на нее не была значительно выше, чем в группе контроля, получавшей стандартное лечение, которое обычно включает интенсивное лечение. Это может свидетельствовать о том, что специфические психотерапевтические интервенции при ПРЛ могут иметь ограниченные дополнительные преимущества. Однако это предположение следует рассматривать с осторожностью, поскольку некоторые метаанализы, посвященные исключительно ПРЛ, имеют более широкий охват и могут дать более точную оценку эффективности психотерапии^{16,17}.

Существуют некоторые ограничения данного исследования, которые необходимо учитывать. Мы ожидали и обнаружили высокий уровень гетерогенности, хотя большинство частот ответа были относительно стабильными в ряде анализов чувствительности. Мы обнаружили, что количество исследований с низким риском систематической ошибки было ограничено, что означает, что результаты следует интерпретировать с осторожностью.

Включенные метааналитические наборы данных также использовали различные способы определения низкого риска систематической ошибки, поэтому невозможно сравнивать риск систематической ошибки между наборами данных. Частоты ответа не были напрямую указаны в исследованиях, а были оценены. Хотя использованный нами

Таблица 3. Результаты анализов чувствительности.																
Все психотерапевтические интервенции						Все виды контроля				Относительные исходы						
	n	Частота ответа	ДИ 95%	F (%)	ДИ 95%	n	Частота ответа	ДИ 95%	F (%)	ДИ 95%	ОР	ДИ 95%	F (%)	ДИ 95%	ЧБНЛ	ДИ 95%
Только низкий риск систематической ошибки																
БДР	71	0,37	0,33-0,42	86	83-88	64	0,19	0,16-0,22	75	68-80	1,82	1,61-2,06	25	0-45	6,4	5,0-8,6
СТР	5	0,76	0,32-0,95	89	78-95	4	0,14	0,04-0,38	73	23-90	3,50	1,23-9,90	10	0-81	2,9	0,8-31,1
ПР	4	0,22	0,14-0,32	74	27-91	3	0,12	0,02-0,47	88	68-96	1,89	0,50-7,05	39	0-79	9,4	-
ГТР	9	0,44	0,28-0,60	82	67-90	8	0,17	0,13-0,23	29	0-68	2,30	1,64-3,25	13	0-54	4,5	2,6-9,2
ФОБ	3	0,36	0,14-0,66	86	60-95	3	0,08	0,03-0,17	9	0-91	5,44	0,33-90,19	51	0-86	2,8	-
ПТСР	7	0,43	0,31-0,55	66	24-85	6	0,09	0,06-0,15	0	0-75	3,62	1,71-7,63	18	0-62	4,2	1,7-15,6
ОКР	3	0,44	0,21-0,71	62	0-89	3	0,09	0,03-0,24	0	0-90	5,24	0,07-406,51	0	0-90	2,6	-
ПРЛ	4	0,49	0,20-0,78	90	77-96	3	0,25	0,07-0,59	87	64-96	1,45	0,72-2,91	69	10-89	8,9	-
Исключенные выбросы																
БДР	133	0,41	0,39-0,43	31	14-45	131	0,18	0,17-0,20	29	11-43	2,22	2,03-2,42	0	0-19	4,6	3,9-5,4
СТР	63	0,31	0,29-0,34	14	0-38	49	0,11	0,09-0,13	0	0-33	2,89	2,49-3,36	0	0-28	4,8	3,9-6,1
ПР	55	0,35	0,32-0,38	37	13-55	42	0,15	0,12-0,18	32	0-53	2,31	1,92-2,78	0	0-29	5,1	3,7-7,2
ГТР	46	0,37	0,34-0,41	43	19-60	45	0,14	0,11-0,17	37	9-56	2,47	2,02-3,03	0	0-31	4,9	3,5-7,0
ФОБ	26	0,24	0,19-0,30	39	2-62	22	0,09	0,06-0,12	0	0-46	3,40	2,35-4,92	0	0-40	4,6	2,8-8,2
ПТСР	63	0,37	0,34-0,41	40	19-56	66	0,10	0,09-0,12	0	0-29	3,24	2,76-3,80	0	0-27	4,5	3,6-5,7
ОКР	23	0,36	0,31-0,42	36	0-62	22	0,05	0,03-0,07	0	0-46	9,28	6,40-13,48	0	0-43	2,4	1,6-3,7
ПРЛ	17	0,20	0,14-0,28	69	49-81	19	0,13	0,10-0,18	31	0-61	1,61	1,07-2,42	14	0-49	12,6	5,4-109,9
С поправкой на публикационную систематическую ошибку																
БДР	206	0,44	0,41-0,48	84	82-85	217	0,25	0,22-0,28	75	72-78	1,63	1,45-1,84	54	47-60	6,3	4,8-8,9
СТР	90	0,37	0,33-0,42	70	62-75	72	0,15	0,12-0,18	45	27-58	НД				НД	
ПР	71	0,38	0,33-0,44	77	71-82	66	0,23	0,18-0,29	64	53-72	1,29	0,96-1,73	55	43-64	15,0	
ГТР	68	0,40	0,33-0,46	76	70-81	68	0,24	0,18-0,31	73	66-79	1,66	1,26-2,20	31	9-47	6,3	3,5-16,0
ФОБ	40	0,40	0,30-0,51	78	70-84		NC				2,94	1,97-4,38	0	0-36	5,7	3,3-11,5
ПТСР	95	0,41	0,35-0,46	75	69-79	98	0,15	0,12-0,18	49	35-59	2,25	1,80-2,82	11	0-29	5,3	3,7-8,3
ОКР	28	0,41	0,32-0,51	70	55-79	30	0,06	0,04-0,08	0	0-41	7,58	5,11-11,24	0	0-37	2,5	1,6-4,1
ПРЛ	29	0,38	0,24-0,56	84	78-88	31	0,27	0,16-0,42	77	68-84	1,21	0,67-2,19	25	0-53	17,6	
ОР – относительный риск, ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить, БДР – большое депрессивное расстройство, ПР – паническое расстройство, СТР – социальное тревожное расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, ФОБ – специфические фобии, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство, ПРЛ – пограничное расстройство личности, НД – недоступно для вычисления.																

Таблица 4. Частоты ответа и относительные исходы для конкретных типов психотерапевтических интервенций.

		n	Частота ответа	ДИ 95%	p	I ² (%)	ОР	ДИ 95%	I ² (%)	ЧБНЛ	ДИ 95%
БДР	КПТ	110	0,44	0,39-0,48	<0,001	83	2,23	1,96-2,54	51	4,5	3,6-5,8
	Третья волна	17	0,40	0,31-0,50		68	3,57	2,63-4,85	0	2,2	1,4-3,4
	ТПА	9	0,53	0,42-0,65		74	2,13	1,35-3,36	24	4,9	2,4-15,9
	ИПТ	17	0,42	0,33-0,51		79	1,78	1,37-2,31	61	7,1	4,2-15,0
	ПОТ	5	0,53	0,30-0,74		83	2,47	0,29-20,90	23	3,8	-
	ПП	6	0,36	0,17-0,60		88	1,38	0,94-2,04	0	14,6	-
	Контроль	157	0,19	0,17-0,21		73					
ПР	КПТ	42	0,41	0,35-0,47	0,02	80	2,42	1,90-3,09	57	5,0	3,4-7,9
	ПТ	10	0,35	0,25-0,47		55	4,55	2,00-10,31	0	2,0	0,8-7,1
	Релаксация	5	0,41	0,23-0,62		74	2,33	0,75-7,25	29	5,4	-
	Контроль	42	0,16	0,13-0,20		61					
СТР	КПТ	46	0,35	0,30-0,41	0,12	68	3,06	2,58-3,63	0	4,4	3,5-5,8
	Экспозиция	11	0,28	0,20-0,37		46	2,82	1,62-4,93	0	5,0	2,3-14,7
	Третья волна	6	0,29	0,12-0,55		84	2,95	0,96-9,05	11	4,7	-
	Контроль	48	0,12	0,09-0,14		48					
ГТР	К(П)Т	42	0,34	0,28-0,41	0,31	74	2,26	1,71-2,97	52	5,7	3,6-10,1
	Третья волна	8	0,39	0,20-0,61		85	2,48	1,35-4,56	0	4,8	2,0-20,4
	Контроль	45	0,15	0,11-0,19		72					
ФОБ	Экспозиция	20	0,35	0,25-0,46	0,003	77	3,41	1,99-5,84	0	4,6	2,3-11,2
	КПТ	7	0,39	0,15-0,71		87	4,61	2,14-9,93	0	3,1	1,2-9,7
	Контроль	22	0,09	0,06-0,12		0					
ОКР	КПТ	13	0,38	0,31-0,45	0,65	50	8,68	5,36-14,07	0	2,6	1,5-4,6
	ЭПР	7	0,43	0,23-0,66		78	7,82	2,38-25,64	0	2,9	0,8-14,5
	Контроль	20	0,05	0,03-0,07		0					
ПРЛ	ДПТ	7	0,24	0,08-0,55	0,59	86	1,56	0,98-2,46	0	11,9	-
	Контроль	21	0,15	0,10-0,21		75					
ПТСР	ТФ-КПТ	22	0,35	0,28-0,44	<0,001	69	2,57	2,12-3,12	0	6,4	4,7-8,9
	ТФ-экспозиция	21	0,36	0,29-0,44		62	3,90	2,91-5,22	0	3,4	2,4-5,2
	ДПДГ	9	0,34	0,19-0,53		71	4,19	1,90-9,21	21	3,1	1,2-11,1
	НТФ-КПТ	11	0,35	0,20-0,54		80	2,58	1,47-4,51	0	6,3	2,8-21,3
	ТФ-КТ	8	0,52	0,33-0,70		83	5,32	3,11-9,08	0	2,3	1,2-4,7
	Контроль	67	0,10	0,08-0,13		36					

Сравнения с плацебо в виде лекарственных препаратов не были включены, так как показатели ответа в данной группе значительно отличаются от таковых при других видах контроля. ОР – относительный риск; ЧБНЛ – число больных, которых необходимо лечить; БДР – большое депрессивное расстройство; ПР – паническое расстройство; СТР – социальное тревожное расстройство; ГТР – генерализованное тревожное расстройство; ФОБ – специфические фобии; ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство; ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство; ПРЛ – пограничное расстройство личности; КПТ – когнитивно-поведенческая терапия; ТПА – терапия поведенческой активацией; ИПТ – интерперсональная терапия; ПОТ – проблемно ориентированная терапия; ПП – поддерживающая психотерапия; ПТ – поведенческая терапия; ЭПР – экспозиция и предотвращение реакций; ДПТ – диалектическая поведенческая терапия; ТФ – сфокусированная на травме; ДПДГ – десенсибилизация и переработка движением глаз, НТФ – несфокусированная на травме.

метод хорошо проверен, эти оценки могут повлиять на объединенные частоты.

Мы могли включить только те исследования, в которых были представлены достаточные данные для расчета частот ответа, что могло привести к смещению выборки. Мы оценивали только частоты ответа после окончания лечения и не учитывали длительные результаты, что могло привести к дополнительной гетерогенности. Кроме того, мы выбрали снижение симптомов на 50% в качестве основного исхода, что является стандартом при депрессии, но может быть не самым оптимальным выбором для других расстройств, для которых четких стандартов не существует^{25,26}. Наконец, мы не изучали различия между исследованиями по характеристикам пациентов, которые могут влиять на результаты (например, пол и статус ветерана военной службы при ПТСР)³³.

Это первое метааналитическое исследование, изучающее эффекты психотерапии при восьми различных психиче-

ских расстройствах, диагностированных с помощью интервью. Это также первое исследование, которое сообщает абсолютную меру частоты ответа наряду с относительными результатами, используя одно и то же определение ответа (число пациентов с уменьшением симптомов как минимум на 50% между исходным уровнем и контрольным обследованием, разделенное на общее количество пациентов) для всех психических расстройств. Результаты этого исследования могут способствовать улучшению клинического принятия решений и разработке инструментов, поддерживаемых технологиями³⁴.

Мы заключаем, что большинство психотерапевтических интервенций для восьми психических расстройств являются эффективными по сравнению с контрольными условиями, однако частоты ответа являются умеренными, варьируя от 0,24 для ПРЛ до 0,42 для БДР. Необходимы более эффективные интервенции, а также терапевтические под-

ходы для пациентов, не отвечающих на лечение первой линии.

ПРИМЕЧАНИЯ

Дополнительная информация по данному исследованию доступна по адресу: <https://osf.io/2htsv>.

Перевод: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Редактура: Радионов Дмитрий Сергеевич, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.
2. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S et al. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry* 2022;21: 133-45.
3. Cummings P. Arguments for and against standardized mean differences (effect sizes). *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165:592-6.
4. Hieronymus F, Jauhar S, Østergaard SD. One (effect) size does not fit at all: interpreting clinical significance and effect sizes in depression treatment trials. *J Psychopharmacol* 2020;34:1074-8.
5. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M et al. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021;144:288-99.
6. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med* 1988;318:1728-33.
7. Furukawa TA, Guyatt GH, Griffith LE. Can we individualize the 'number needed to treat'? An empirical study of summary effect measures in meta-analyses. *Int J Epidemiol* 2002;31:72-6.
8. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2019;394:240-8.
9. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316:2214-36.
10. Kavousi M, Desai CS, Ayers C et al. Prevalence and prognostic implications of coronary artery calcification in low-risk women: a meta-analysis. *JAMA* 2016; 316: 2126-34.
11. Cuijpers P, Quero S, Noma H et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry* 2021;20:283-93.
12. Furukawa TA, Shinohara K, Sahker E et al. Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2021;20:387-96.
13. Mavranzouli I, Megnin-Viggars O, Daly C et al. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med* 2020; 50:542-55.
14. Hoppen TH, Jehn M, Holling H et al. The efficacy and acceptability of psychological interventions for adult PTSD: a network and pairwise meta-analysis of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol* 2023;91:445-61.
15. Reid JE, Laws KR, Drummond L et al. Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Compr Psychiatry* 2021;106:152223.
16. Setkowski K, Palantza C, van Ballegooijen W et al. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med* 2023;53:3261-80.
17. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al. Efficacy of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:319-28.
18. Papola P, Miguel C, Mazzaglia M et al. Psychotherapies for generalized anxiety disorders in adults: systematic review and network meta-analysis of randomized-controlled trials. *JAMA Psychiatry* 2023;81:250-9.
19. Papola D, Ostuzzi G, Tedeschi F et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2021;221:507-19.
20. Odgers K, Kershaw KA, Li SH et al. The relative efficacy and efficiency of single- and multi-session exposure therapies for specific phobia: a meta-analysis. *Behav Res Ther* 2022;159:104203.
21. Van Dis EA, Van Veen SC, Hagenars MA et al. Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77:265-73.
22. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245-58.
23. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:181-92.
24. Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C et al. Imputing response rates from means and standard deviations in meta-analyses. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20: 49-52.
25. Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP et al. Response rates for CBT for anxiety disorders: need for standardized criteria. *Clin Psychol Rev* 2015;42:72-82.
26. Varker T, Kartal D, Watson L et al. Defining response and nonresponse to posttraumatic stress disorder treatments: a systematic review. *Clin Psychol Sci Pract* 2020;27:e12355.
27. Campbell LF, Norcross JC, Vasequez MJ et al. Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. *Psychotherapy* 2013;50:98-101.
28. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928.
29. Sterne JAC, Savovic J, Page MJ et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019;366:14898.
30. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry* 2020;19:92-107.
31. Higgins JPT, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0. Chichester: Wiley, 2011.
32. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60.
33. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L et al. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e541-50.
34. Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: current findings and future opportunities. *Depress Anxiety* 2017;34:494-501.

DOI:10.1002/wps.21203

Эффективность антидепрессантов, антипсихотиков и их комбинаций в поддерживающем лечении психотической депрессии в реальной клинической практике. Данные внутрисубъектного анализа двух национальных когорт.

Heidi Taipale¹⁻³, Johannes Lieslehto^{1,2}, Markku Lähteenvuo¹, Aleksi Hamina¹, Antti Tanskanen^{1,2}, Ellenor Mittendorfer-Rutz², Tapio Paljärvi¹, Marco Solmi⁴⁻⁷, Andrea Cipriani⁸⁻¹⁰, Christoph U. Correll^{7,11,12}, Jari Tiihonen^{1,2,13,14}

¹Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland; ²Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³School of Pharmacy, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland; ⁴Department of Psychiatry, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁵Regional Centre for Treatment of Eating Disorders and On Track: Champlain First Episode Psychosis Program, Department of Mental Health, Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada; ⁶Ottawa Hospital Research Institute (OHRI) Clinical Epidemiology Program, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁷Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany; ⁸Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK; ⁹Oxford Precision Psychiatry Lab, NIHR Oxford Health Biomedical Research Centre, Oxford, UK; ¹⁰Oxford Health NHS Foundation Trust, Warneford Hospital, Oxford, UK; ¹¹Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, NY, USA; ¹²Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Hempstead, NY, USA; ¹³Center for Psychiatry Research, Stockholm City Council, Stockholm, Sweden; ¹⁴Neuroscience Center, University of Helsinki, Helsinki, Finland.

Психотическая депрессия (ПД) – тяжелое психическое расстройство, приводящее к выраженному нарушению социального функционирования и высокому суицидальному риску. Тем не менее о сравнительной эффективности препаратов, используемых в поддерживающей терапии при данном состоянии, мало что известно. Целью данного исследования было изучение влияния конкретных антипсихотиков и антидепрессантов, а также их комбинаций на риск госпитализации в психиатрический стационар среди лиц с ПД в рутинной практике. В исследование были включены лица в возрасте 16–65 лет с впервые установленным диагнозом ПД, данные о которых получены из финского (2000–2018 гг.) и шведского (2006–2021 гг.) национальных регистров стационарной, специализированной амбулаторной помощи, реестров учета пособий по временной нетрудоспособности и инвалидности. В качестве основных изучаемых факторов были приняты определенные антипсихотики и антидепрессанты, основным показателем исхода – госпитализация как маркер тяжелого обострения. Риск госпитализации, ассоциированный с периодами наличия и отсутствия медикаментозной терапии (выраженный в виде скорректированного отношения рисков (adjusted hazard ratio, aHR), оценивался в рамках внутрисубъектного дизайна исследования, где каждый участник являлся своим собственным контролем, а анализ проводился с помощью стратифицированной модели Кокса. Обе национальные когорты были сначала проанализированы по отдельности, а затем совместно с помощью метаанализа с фиксированным эффектом. Финская когорта включала 19 330 человек (средний возраст: 39,8±14,7 года; 57,9 % женщин), а шведская – 13 684 человека (средний возраст: 41,3±14,0 года; 53,5% женщин). Со снижением риска обострения была ассоциирована монотерапия следующими антидепрессантами (в сравнении с отсутствием антидепрессивной терапии): бупропион (aHR=0,73, 95% ДИ: 0,63–0,85), вортиоксетин (aHR=0,78, 95% ДИ: 0,63–0,96) и венлафаксин (aHR=0,92, 95% ДИ: 0,86–0,98). Любой инъекционный антипсихотик пролонгированного действия (ИАПД) (aHR=0,60, 95% ДИ: 0,45–0,80) и клоzapин (aHR=0,72, 95% ДИ: 0,57–0,91) также были ассоциированы со снижением риска обострения в сравнении с отсутствием антипсихотической терапии. Среди препаратов, используемых в монотерапии, только вортиоксетин (aHR=0,67, 95% ДИ: 0,47–0,95) и бупропион (aHR=0,71, 95% ДИ: 0,56–0,89) продемонстрировали значительное снижение риска обострения по сравнению с отсутствием как антидепрессанта, так и антипсихотика в схеме лечения. В разведочном анализе комбинаций антидепрессантов и антипсихотиков риск обострения был снижен для комбинации амитриптилина-оланzapина (aHR=0,45, 95% ДИ: 0,28–0,71), сертралина-кветиапина (aHR=0,79, 95% ДИ: 0,67–0,93) и венлафаксина-кветиапина (aHR=0,82, 95% ДИ: 0,73–0,91) в сравнении с отсутствием терапии антидепрессантами и антипсихотиками. Использование бензодиазепинов и сходных препаратов (aHR=1,29, 95% ДИ: 1,24–1,34) и миртазапина (aHR=1,17, 95% ДИ: 1,07–1,29) было связано с повышенным риском рецидива. Полученные данные свидетельствуют о том, что в поддерживающей терапии ПД бупропион, вортиоксетин, венлафаксин, любые ИАПД, клоzapин и лишь некоторые специфические комбинации антидепрессантов и антипсихотиков ассоциированы со снижением риска обострения, что ставит под сомнение текущую рекомендацию руководств по терапии использовать комбинацию антипсихотика и антидепрессанта (без дальнейших уточнений) в качестве стандартного лечения ПД.

Ключевые слова: психотическая депрессия, антидепрессанты, антипсихотики, комбинации антидепрессантов и антипсихотиков, поддерживающая терапия, бупропион, вортиоксетин, ИАПД, клоzapин.

Taipale H, Lieslehto J, Lähteenvuo M et al. Real-world effectiveness of antidepressants, antipsychotics and their combinations in the maintenance treatment of psychotic depression. Evidence from within-subject analyses of two nationwide cohorts. *World Psychiatry*. 2024;23(2):276-284. doi:10.1002/wps.21205

Большое депрессивное расстройство с психотическими симптомами (такими как бред или галлюцинации), также известное как психотическая депрессия (ПД), – это тяжелое психическое расстройство, распространенность которого оценивается в 0,4%¹. В большей степени среди пациентов с ПД, в сравнении с тяжелой депрессией без психотических симптомов, представлены возрастные категории 18–27 и 58–65 лет². Кроме того это расстройство относительно часто встречается среди людей в возрасте старше 65 лет¹. ПД считается наиболее тяжелой формой большого депрессивного расстройства, что связано с высоким риском обострения и рецидива, а также смертности, особенно в результате суицидов и несчастных случаев со смертельным исходом¹⁻³.

В настоящее время преобладает мнение, что в отношении ПД следует применять комбинацию антидепрессанта и ан-

типсихотика⁴ или электросудорожную терапию⁵, что отражено в клинических рекомендациях. Недавний Кокрейновский обзор⁶ также продемонстрировал, что комбинация антидепрессанта и антипсихотика может быть более эффективной схемой при купирующей терапии ПД, чем монотерапия антидепрессантом или антипсихотиком. Как бы то ни было, оба сравнительных вывода были основаны, соответственно, на лишь пяти и четырех рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ), а достоверность доказательств была оценена как низкая или очень низкая. Обзор также не обнаружил доказательств превосходства антидепрессанта или антипсихотика над плацебо, но оба сравнения были основаны на единственном исследовании и достоверность доказательств была оценена как очень низкая. Таким образом, рекомендация использовать комбинацию ан-

Таблица 1. Риск психиатрической госпитализации, ассоциированный с отдельными антидепрессантами и антипсихотиками, в финской и шведской когортах.

	Финская когорта				Шведская когорта			
	Случаи	Пациенты	PYs	aHR (95% ДИ)	Случаи	Пациенты	PYs	aHR (95% ДИ)
Антидепрессанты								
Бупропион	184	1,208	1,077	0.74 (0.59-0.93)	213	1,030	879	0.73 (0.60-0.88)
Вортиоксетин	93	638	320	0.77 (0.57-1.06)	111	472	433	0.78 (0.59-1.03)
Сертралин	920	2,622	4,470	0.86 (0.77-0.97)	1,310	3,594	5,593	1.01 (0.91-1.13)
Венлафаксин	3,069	5,454	11,970	0.91 (0.84-0.98)	1,337	2,704	5,145	0.94 (0.84-1.05)
Дулоксетин	584	1,545	2,233	0.97 (0.84-1.12)	695	1,603	2,389	1.07 (0.94-1.22)
Флуоксетин	632	1,679	2,232	0.99 (0.86-1.14)	682	1,346	2,001	1.06 (0.92-1.21)
Пароксетин	444	1,022	1,786	1.00 (0.84-1.18)	206	419	699	1.09 (0.85-1.40)
Циталопрам	1,254	3,434	6,325	1.00 (0.90-1.11)	408	1,535	2,158	1.15 (0.96-1.38)
Эсциталопрам	1,410	4,163	5,718	1.01 (0.91-1.11)	879	2,418	3,412	1.04 (0.92-1.17)
Полифармакотерапия антидепрессантами	5,469	9,595	13,408	1.01 (0.94-1.08)	3,794	7,272	10,036	1.02 (0.94-1.10)
Амитриптилин	221	811	961	1.07 (0.87-1.33)	172	742	724	0.90 (0.70-1.16)
Миртазапин	1,914	5,414	6,544	1.11 (1.02-1.21)	1,203	3,760	3,840	1.17 (1.06-1.30)
Отсутствие антидепрессантов	6,921	15,604	60,159	Reference	5,663	11,219	40,512	Reference
Антипсихотики								
Любой ИАПД	42	108	135	0.43 (0.28-0.67)	51	88	71	0.77 (0.52-1.13)
Клозапин	109	111	201	0.76 (0.58-0.99)	40	39	108	0.61 (0.38-0.98)
Левомепромазин	460	808	1,071	0.93 (0.81-1.07)	293	626	516	1.06 (0.89-1.26)
Кветиапин	4,784	8,145	16,686	0.93 (0.88-1.00)	1,492	2,945	3,842	1.02 (0.93-1.11)
Оланзапин	2,079	3,775	5,956	0.99 (0.91-1.08)	1,963	4,751	5,263	0.98 (0.90-1.07)
Полифармакотерапия антипсихотиками	3,473	5,390	5,225	1.04 (0.97-1.12)	1,827	2,933	2,231	1.11 (1.02-1.21)
Перфеназин	433	1,160	1,501	1.05 (0.90-1.24)	46	106	105	0.81 (0.49-1.32)
Арипипразол	484	1,088	1,160	1.07 (0.93-1.24)	553	1,511	1,679	1.01 (0.88-1.15)
Рisperидон	1,673	3,800	5,677	1.07 (0.97-1.17)	671	1,888	2,092	1.02 (0.89-1.16)
Галоперидол	77	203	139	1.13 (0.81-1.59)	128	399	311	0.71 (0.54-0.92)
Флупентиксол	71	179	142	1.63 (1.12-2.37)	111	308	342	1.07 (0.79-1.46)
Отсутствие антипсихотиков	9,792	17,206	80,798	Reference	10,138	13,034	63,023	Reference

тидепрессанта и антипсихотика имеет весьма ограниченное обоснование в клинических исследованиях. Действительно, есть данные о том, что в рутинной клинической практике наиболее распространенным методом лечения острой ПД является монотерапия антидепрессантами^{7,8}.

Большинство пациентов достигают ремиссии после острого эпизода ПД, но основное бремя этого заболевания связано с его рецидивирующим характером, приводящим к хронизации процесса и нетрудоспособности⁹. В то же время об эффективности поддерживающей терапии ПД известно очень мало. Единственное проведенное на сегодняшний день РКИ показало, что комбинация оланзапина и сертралина была более эффективна для профилактики рецидива, чем сочетание сертралина и плацебо¹⁰. Кроме того, было проведено только одно открытое 15-недельное исследование¹¹, являющееся продолжением 7-недельного РКИ¹² острой фазы ПД, в котором оценивалась эффективность поддерживающей терапии комбинацией антидепрессанта и антипсихотика в сравнении с монотерапией антидепрессантами у ранее включенных пациентов, при этом каких-либо различий между группами выявлено не было.

Данные о сравнительной эффективности различных фармакотерапевтических подходов при ПД скудны в отношении обострений и отсутствуют вообще в отношении их профилактики. Действительно, даже если изучить только пять наиболее широко используемых антипсихотиков и антидепрессантов в качестве монотерапии и пары антипсихотик-антиде-

прессант, было бы необходимо проверить 35 различных вариантов лечения. Потребовались бы тысячи пациентов для достижения достаточной статистической мощности. И хотя набрать такую большую выборку пациентов в рамках РКИ было бы невозможно, оценка релевантных исходов на больших выборках все же может быть произведена в ходе наблюдательных исследований с использованием общенациональных когорт. Тем не менее нам неизвестно ни об одном подобном исследовании, посвященном эффективности антидепрессантов и антипсихотиков или их комбинаций в профилактике рецидивов ПД в условиях реальной клинической практики.

Цель данного исследования заключалась в изучении сравнительной эффективности конкретных антипсихотиков и антидепрессантов, а также их комбинаций в отношении риска повторной госпитализации в психиатрический стационар, рассматриваемой в качестве косвенного показателя рецидива, как и в предыдущих исследованиях с использованием реальных данных¹³⁻¹⁵, среди лиц с впервые развившейся ПД.

МЕТОДЫ

Формирование когорт

Исследование и анализ проводились на основе данных двух стран, Финляндии и Швеции, которые затем были под-
вергнуты метаанализу совместно.

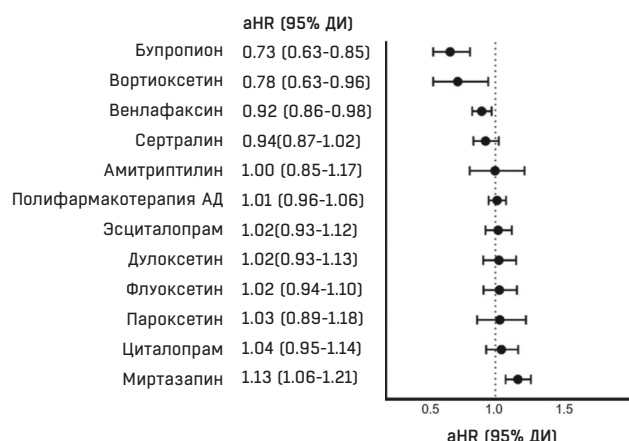


Рисунок 1. Риск госпитализации в психиатрический стационар, ассоциированный с применением отдельных антидепрессантов в сравнении с их неиспользованием, в метаанализе с фиксированным эффектом. aHR – скорректированное отношение рисков (adjusted hazard ratio), АД – антидепрессант.

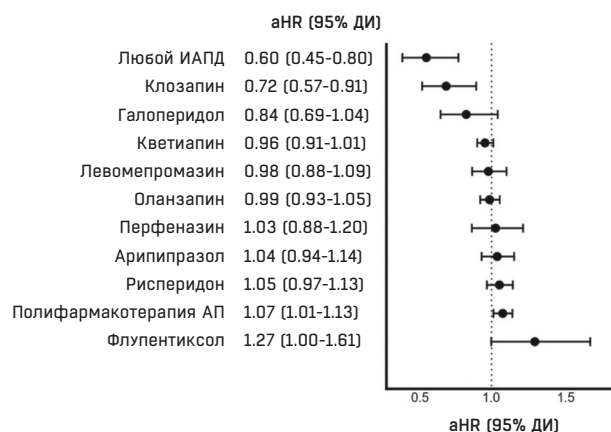


Рисунок 2. Риск госпитализации в психиатрический стационар, ассоциированный с применением отдельных антипсихотиков, по сравнению с отсутствием антипсихотической терапии, в метаанализе с фиксированными эффектами. aHR – скорректированное отношение рисков (adjusted hazard ratio), АП – антипсихотик, ИАПД – инъекционный антипсихотик длительного действия.

Финская когорта включала лиц с впервые развившейся ПД, диагностированной в период с 2000 по 2018 год в возрасте 16–65 лет, без предшествующего диагноза шизофрении или биполярного расстройства (с 1987 г.), выявленных в финских общенациональных регистрах. ПД определялась на основе кодов МКБ-10 F32.3 и F33.3. Для формирования когорты использовались регистры стационарной и специализированной амбулаторной психиатрической помощи (Регистр здравоохранения), реестров учета пособий по временной нетрудоспособности (Институт социального страхования, ИСС) и пенсии по инвалидности (ИСС и Центр пенсионного обеспечения).

Данные по этой когорте были связаны с другими общенациональными реестрами, включая Реестр рецептов, который содержит записи о выдаче всех льготных лекарств. Учет этих данных осуществлялся составителями реестра с использованием уникального персонального идентификационного номера, который присваивается всем жителям страны при рождении или иммиграции. Данные были анонимизированы, а контакт с участниками исследования был исключен. Исследование было освобождено от одобрения этическим комитетом в соответствии с законодательством Финляндии. Исследовательский проект был рассмотрен и одобрен учреждениями, ответственными за ведение регистров: Национальным институтом здравоохранения и социального обеспечения Финляндии (635/5.05.00/2019), ИСС Финляндии (31/522/2019), Финским центром пенсионного обеспечения (19023) и Статистическим управлением Финляндии (ТК-53-56919).

В шведскую когорту также вошли лица с впервые развившейся ПД (коды МКБ-10 F32.3 и F33.3), диагностированной в период с 2006 по 2021 год в возрасте 16–65 лет, без предшествующего диагноза шизофрении или биполярного расстройства (с 1969 г.). Они были выявлены в Национальном регистре пациентов (включая стационарную и специализированную амбулаторную психиатрическую помощь) и регистре MiDAS (включая данные о пособиях по временной нетрудоспособности и пенсионном обеспечении в связи с инвалидностью). Включение в когорту было ограничено 2006 годом, поскольку Регистр выписанных препаратов был основан в июле 2005 года. Проект был одобрен Региональным советом по этике Каролинского института (2007/762-31 и 2021-06441-02).

Процедуры исследования

Для обеих когорт наблюдение начиналось с момента постановки диагноза (дата выписки для тех, кто находился на стационарном лечении в этот момент). Оно заканчивалось

в случае смерти, диагностирования шизофрении или биполярного расстройства или окончанием сбора данных (31 декабря 2018 г. для финской когорты и 31 декабря 2021 г. для шведской когорты), в зависимости от того, что наступит раньше.

В качестве основного изучаемого фактора были выделены отдельные антидепрессанты (анатомо-терапевтическо-химическая классификация – АТХ, код N06A) и антипсихотики (код N05A, за исключением лития). Все инъекционные антипсихотики пролонгированного действия (ИАПД) были объединены в группу «любые ИАПД». Совместное использование нескольких антидепрессантов кодировалось как «полифармакотерапия АД», аналогичным образом было сделано для антипсихотиков. Далее мы классифицировали антипсихотики на слабые дофаминовые D₂-блокаторы (арипипразол, клозапин, оланзапин и кветиапин, включая как пероральные формы, так и ИАПД) и сильные D₂-блокаторы (прочие)¹⁶.

Периоды получения медикаментозной терапии (т. е. время начала и окончания приема лекарств) вычислялись с помощью достоверного метода математического моделирования под названием PRE2DUP¹⁷. Этот метод рассчитывает сроки лечения, учитывая даты выдачи препаратов, данные о выданном количестве лекарств и специфических для каждого препарата параметров, которые определяют клинически значимые верхний и нижний пределы суточной дозы. Метод учитывает индивидуальную регулярность закупок, накопление запасов и периоды стационарного лечения, когда лекарства предоставляются стационарным подразделением и поэтому их выдача не регистрируется в реестре.

Основным показателем исхода была психиатрическая госпитализация (рецидив), т. е. госпитализация по причине любого психического расстройства (коды F МКБ-10), преднамеренного самоповреждения (X60-X84) или травмы/отравления с неустановленным намерением (Y10-Y34). Вторичным показателем была госпитализация по причине развития аффективных расстройств (коды МКБ-10 F30-F39). Исходы рассматривались как повторяющиеся события, то есть они могли повторяться несколько раз за время наблюдения за одним и тем же человеком.

Статистический анализ

Мы использовали внутрисубъектный дизайн, в котором каждый человек выступает в роли собственного контроля для минимизации смещения выборки, поскольку все стабильные во времени факторы (такие как генетика, пол, анамнез до включения в когорту) автоматически учтены. Отсчет времени после каждого события, приводящего к ис-

Таблица 2. Риск психиатрической госпитализации, ассоциированный с отдельными антидепрессантами и антипсихотиками, в сравнении с наиболее часто используемыми антидепрессантом (миртазапином) или антипсихотиком (кветиапином) в финской и шведской когортах по отдельности и в метаанализе с фиксированным эффектом.

	Финская когорта	Шведская когорта	Метаанализ с фиксированными эффектами
	aHR (95% ДИ)	aHR (95% ДИ)	aHR (95% ДИ)
Антидепрессанты (реф. миртазапин)			
Бупропион	0.67 (0.53-0.85)	0.62 (0.50-0.77)	0.64 (0.55-0.75)
Вортиоксетин	0.70 (0.51-0.96)	0.67 (0.50-0.89)	0.68 (0.55-0.84)
Венлафаксин	0.82 (0.74-0.90)	0.80 (0.70-0.92)	0.81 (0.75-0.88)
Сертралин	0.78 (0.68-0.89)	0.87 (0.76-0.99)	0.82 (0.75-0.90)
Амитриптилин	0.97 (0.78-1.21)	0.77 (0.60-1.00)	0.88 (0.74-1.04)
Дулоксетин	0.87 (0.75-1.02)	0.91 (0.79-1.06)	0.89 (0.80-0.99)
Полифармакотерапия антидепрессантами	0.91 (0.83-0.99)	0.87 (0.79-0.96)	0.89 (0.84-0.95)
Флуоксетин	0.89 (0.77-1.04)	0.90 (0.77-1.06)	0.90 (0.81-1.00)
Эсциталопрам	0.91 (0.81-1.02)	0.88 (0.77-1.02)	0.90 (0.82-0.98)
Пароксетин	0.90 (0.75-1.08)	0.93 (0.72-1.21)	0.91 (0.79-1.06)
Циталопрам	0.90 (0.80-1.02)	0.99 (0.81-1.20)	0.92 (0.83-1.02)
Антипсихотики (реф. кветиапин)			
Любой ИАПД	0.47 (0.30-0.72)	0.76 (0.51-1.11)	0.61 (0.46-0.81)
Клозапин	0.81 (0.62-1.06)	0.60 (0.37-0.97)	0.76 (0.60-0.95)
Галоперидол	1.21 (0.87-1.70)	0.69 (0.53-0.91)	0.86 (0.70-1.07)
Левомепромазин	1.00 (0.86-1.15)	1.04 (0.87-1.25)	1.01 (0.91-1.14)
Оланзапин	1.06 (0.97-1.16)	0.97 (0.87-1.08)	1.03 (0.96-1.10)
Арипипразол	1.15 (0.99-1.33)	0.99 (0.85-1.15)	1.07 (0.96-1.18)
Перфеназин	1.13 (0.96-1.33)	0.79 (0.48-1.30)	1.09 (0.93-1.27)
Рisperидон	1.14 (1.04-1.26)	1.00 (0.86-1.16)	1.10 (1.01-1.19)
Полифармакотерапия антипсихотиками	1.12 (1.04-1.20)	1.10 (0.99-1.21)	1.11 (1.05-1.17)
Флупентиксол	1.74 (1.20-2.55)	1.05 (0.77-1.45)	1.30 (1.02-1.65)

aHR — скорректированное отношение рисков (adjusted hazard ratio), ИАПД — инъекционный антипсихотик длительного действия.

ходу, начинался заново. Стратифицированные модели Кокса были скорректированы с учетом изменяющихся во времени факторов, к которым относились прием других лекарств, время, прошедшее с момента включения в когорту, и длительность лечения.

Анализ применения антидепрессантов корректировался с учетом сопутствующего приема антипсихотиков и наоборот. При вторичном анализе другие психотропные препараты, а именно стабилизаторы настроения (карбамазепин, вальпровая кислота, ламотриджин и литий), бензодиазепины или подобные лекарственные средства (Z-препараты), также учитывались в качестве воздействующего фактора.

Финская и шведская когорты анализировались отдельно. Затем результаты были объединены с помощью метаанализа с фиксированным эффектом. В анализе антидепрессантов по отдельным препаратам референсом служило отсутствие антидепрессивной терапии, а в анализе антипсихотиков — отсутствие антипсихотической. Дополнительный анализ проводился для непосредственного сравнения с наиболее часто используемым антидепрессантом (миртазапином) или антипсихотиком (кветиапином).

Для анализа группы «только антидепрессант» (без сопутствующего антипсихотика, «монотерапия антидепрессантом») и группы «только антипсихотик» («монотерапия антипсихотиком»), а также для комбинации антидепрессанта и антипсихотика, контрольной категорией было отсутствие использования как антидепрессантов, так и антипсихотиков. На этом этапе все группы с монотерапией (например, только циталопрам, без антипсихотиков) также были проанализированы повторно, поскольку референсная категория была иной, чем в первичном анализе по отдельным препаратам.

Анализ чувствительности проводился путем отсека первых 30 дней после начала любой терапии, чтобы учесть «протопатическое смещение» (protopathic bias, т. е. когда начало приема лекарств часто следует за ухудшением симптомов), а также в связи с тем, что для достижения полного терапевтического эффекта требуется время. Кроме того, был проведен анализ чувствительности, исключающий лиц, которым в ходе наблюдения был поставлен диагноз «шизофрения» или «биполярное расстройство», чтобы убедиться, что они не влияют на результаты. Наконец, был проведен анализ чувствительности, в ходе которого низкие дозы миртазапина (<18 мг/сут., что часто встречается при бессоннице) были исключены из выборки по этому препарату в финской когорте, так как для этой выборки было доступно моделирование дозы.

Обработка данных и внутрисубъектный анализ проводился с помощью SAS 9.4, а метаанализ — RStudio, пакет *metafor* (версия 3.0-2). Результаты представлены в виде скорректированного отношения рисков (adjusted hazard ratio, aHR) с 95% доверительными интервалами (ДИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Финская когорта включала 19 330 человек. Средний возраст составил 39,8±14,7 года, 57,9% из них были женщины. Шведская когорта включала 13 684 человека (средний возраст 41,3±14,0 года; 53,5% женщин).

В финской когорте у 39,0% участников (N=8106) было отмечено обострение в период наблюдения (медиана времени наблюдения: 5,1 года; межквартильный размах (interquartile range), IQR: 1,4–10,6). Соответствующий показа-

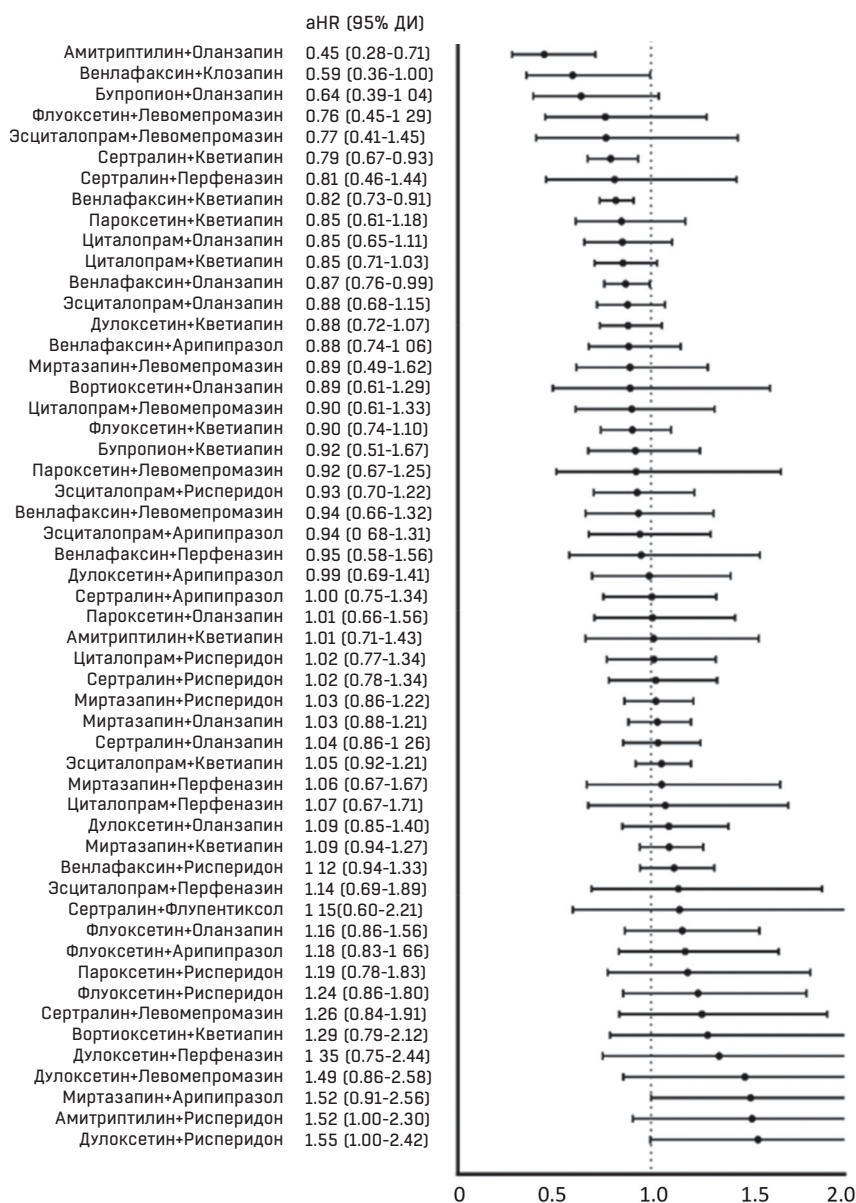


Рисунок 3. Риск госпитализации в психиатрический стационар, ассоциированный с применением лекарственных комбинаций антипсихотик+антидепрессант из десяти наиболее распространенных антипсихотиков и одиннадцати самых часто используемых антидепрессантов в сравнении с неиспользованием обоих. aHR – скорректированное отношение рисков (adjusted hazard ratio)

тель в шведской когорте составил 47,6% (N=6511), а медиана времени наблюдения составила 5,1 года (IQR: 1,8–9,8).

В период наблюдения антидепрессанты использовали 87,9% участников (N=17 000), антипсихотики – 74,4% (N=14 378) в финской когорте. Соответствующие показатели в шведской когорте составили 88,9% (N=12 166) и 66,5% (N=9097). В финской выборке венлафаксин был наиболее часто используемым антидепрессантом (28,2%, N=5454), за ним следовали миртазапин (28,0%, N=5414) и эсциталопрам (21,5%, N=4163). В шведской выборке наиболее часто используемым антидепрессантом был миртазапин (27,5%, N=3760), за ним следовали сертралин (26,3%, N=3594) и венлафаксин (19,8%, N=2704). Кветиапин (42,1%, N=8145) был наиболее часто используемым антипсихотиком в финской когорте, за которым следовал рisperидон (19,6%, N=3800), в то время как в шведской когорте наиболее популярным был оланзапин (34,7%, N=4751), за ним следовал кветиапин (21,5%, N=2945) (см. табл. 1).

По сравнению с отсутствием антидепрессантов, бупропион (aHR=0,73, 95% ДИ: 0,63–0,85), вортиоксетин (aHR=0,78, 95% ДИ: 0,63–0,96) и венлафаксин (aHR=0,92, 95% ДИ: 0,86–0,98) были ассоциированы со снижением

риска обострения (см. рис. 1). Это также было справедливо для любых ИАПД (aHR=0,60, 95% ДИ: 0,45–0,80) и клозапина (aHR=0,72, 95% ДИ: 0,57–0,91) в сравнении с отсутствием антипсихотиков (см. рис. 2).

При сравнении в ходе внутрисубъектного анализа с наиболее часто используемым антидепрессантом в двух когортах (миртазапин), бупропион (aHR=0,64, 95% ДИ: 0,55–0,75), вортиоксетин (aHR=0,68, 95% ДИ: 0,55–0,84), венлафаксин (aHR=0,81, 95% ДИ: 0,75–0,88), сертралин (aHR=0,82, 95% ДИ: 0,75–0,90), дулоксетин (aHR=0,89, 95% ДИ: 0,80–0,99), полифармакотерапия антидепрессантами (aHR=0,89, 95% ДИ: 0,84–0,95) и эсциталопрам (aHR=0,90, 95% ДИ: 0,82–0,98), были связаны со снижением риска рецидива (см. табл. 2).

В ходе внутрисубъектного анализа при непосредственном сравнении с наиболее распространенным антипсихотиком в обеих когортах (кветиапин), любой ИАПД (aHR=0,61, 95% ДИ: 0,46–0,81) и клозапин (aHR=0,76, 95% ДИ: 0,60–0,95) были ассоциированы со снижением риска обострения (см. табл. 2), а флуентиксол (aHR=1,30, 95% ДИ: 1,02–1,65) и рisperидон (aHR=1,10, 95% ДИ: 1,01–1,19) – с его повышением.

Таблица 3. Риск психиатрической госпитализации, ассоциированный с применением бензодиазепинов и сходных препаратов (в сравнении с их отсутствием) и стабилизаторов настроения (по сравнению с их отсутствием) в финских и шведских когортах и в метаанализе с фиксированным эффектом.

	Финская когорта				Шведская когорта				Метаанализ с фиксированными эффектами
	Случаи	Пациенты	PYs	aHR (95% ДИ)	Случаи	Пациенты	PYs	aHR (95% ДИ)	aHR (95% ДИ)
Бензодиазепины и сходные препараты	11,527	11,120	29,400	1.23 (1.17-1.29)	7,943	8,940	17,279	1.39 (1.31-1.47)	1.29 (1.24-1.34)
Карбамазепин	127	275	622	0.66 (0.48-0.90)	183	193	474	0.83 (0.64-1.08)	0.75 (0.62-0.92)
Литий	432	572	1,048	0.91 (0.78-1.05)	566	770	1,358	0.73 (0.64-0.84)	0.81 (0.73-0.89)
Ламотриджин	688	1,113	1,922	0.76 (0.67-0.86)	975	1,304	2,126	0.93 (0.83-1.04)	0.85 (0.78-0.92)
Вальпроевая кислота	955	1,152	1,989	0.88 (0.78-0.98)	244	346	461	0.95 (0.78-1.17)	0.89 (0.81-0.99)

PYs – человеко-годы (person-years), aHR – скорректированное отношение рисков (adjusted hazard ratio), ИАПД – инъекционный антипсихотик длительного действия.

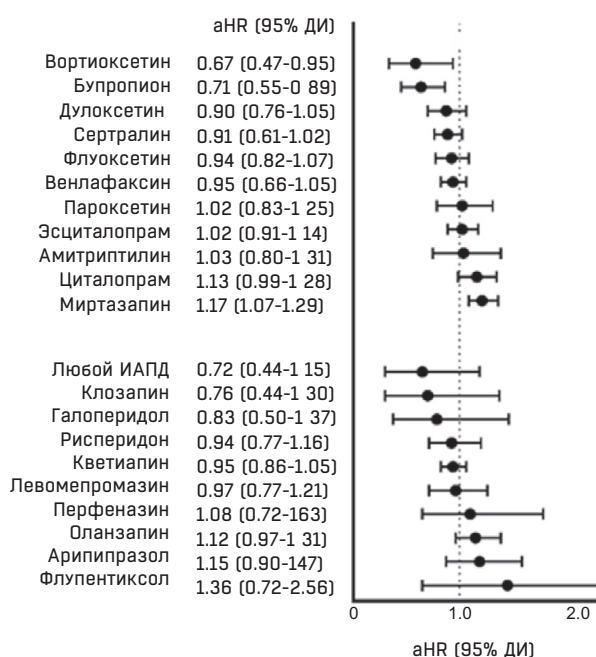


Рисунок 4. Риск госпитализации в психиатрический стационар, ассоциированный с применением десяти наиболее распространенных антипсихотиков и одиннадцати наиболее распространенных антидепрессантов в монотерапии в сравнении с отсутствием в терапии как антипсихотиков, так и антидепрессантов. aHR – скорректированное отношение рисков (adjusted hazard ratio), ИАПД – инъекционный антипсихотик длительного действия.

В анализе чувствительности, где первые 30 дней были исключены из анализа, наблюдался аналогичный порядок ранжирования, но с несколько меньшей статистической мощностью. Межсубъектный анализ также продемонстрировал сходный порядок, при этом любой ИАПД и бупропион имели самые низкие aHR. Аналогичные результаты были получены и в метаанализе со случайными эффектами, за исключением того, что они больше не были значимыми для любого ИАПД. При исключении лиц, чей диагноз был изменен на шизофрению или биполярное расстройство в период наблюдения, результаты не изменились (см. дополнительную информацию). Исключение низких доз (<18 мг/сут.) миртазапина из анализа финской когорты также не повлияло на результаты для этого препарата (aHR=1,19, 95% ДИ: 1,09–1,31).

При рассмотрении комбинаций двух препаратов из десяти наиболее распространенных антипсихотиков и одиннадцати наиболее часто используемых антидепрессантов, амитриптилин-оланзапин (aHR=0,45, 95% ДИ: 0,28–0,71), сертралин-кветиапин (aHR=0,79, 95% ДИ: 0,67–0,93) и вен-

лафаксин-кветиапин (aHR=0,82, 95% ДИ: 0,73–0,91) были ассоциированы со снижением риска рецидива по сравнению с отсутствием антидепрессанта и антипсихотика (см. рис. 3).

Среди антидепрессантов, используемых в качестве монотерапии, только вортиоксетин (aHR=0,67, 95% ДИ: 0,47–0,95) и бупропион (aHR=0,71, 95% ДИ: 0,56–0,89) были ассоциированы со снижением риска обострения в сравнении с отсутствием терапии как антидепрессантами, так и антипсихотиками. Среди антипсихотиков, используемых в качестве монотерапии, ни один не был ассоциирован с уменьшением риска рецидива в сравнении с отсутствием антидепрессантов и антипсихотиков (см. рис. 4).

Комбинация антидепрессанта и слабого D2-антагониста была ассоциирована со снижением риска обострения (aHR=0,92, 95% ДИ: 0,87–0,98) по сравнению с отсутствием и того, и другого, в то время как комбинация антидепрессанта и сильного D2-антагониста такого эффекта не показала (aHR=1,03, 95% ДИ: 0,95–1,11). Последнее также верно для использования антипсихотика с сильным D2-блокирующим действием без антидепрессанта (aHR=0,98, 95% ДИ: 0,86–1,13), слабого D2-антагониста без антидепрессанта (aHR=0,99, 95% ДИ: 0,91–1,08) или любого антидепрессанта без антипсихотика (aHR=1,00, 95% ДИ: 0,94–1,05).

Прием любого антидепрессанта в целом не был ассоциирован со снижением риска рецидива по сравнению с их отсутствием (aHR=1,01, 95% ДИ: 0,97–1,05). Применение любого антипсихотика в целом не было ассоциировано со снижением риска рецидива по сравнению с отсутствием антипсихотической терапии (aHR=0,99, 95% ДИ: 0,96–1,03). Комбинация любого антидепрессанта и антипсихотика в целом не была ассоциирована с уменьшением риска рецидива по сравнению с отсутствием как антидепрессивной, так и антипсихотической терапии (aHR=1,01, 95% ДИ: 0,96–1,06).

Применение бензодиазепинов и сходных по действию препаратов было ассоциировано с повышенным риском обострения (aHR=1,29, 95% ДИ: 1,24–1,34) в сравнении с их отсутствием. Использование карбамазепина (aHR=0,75, 95% ДИ: 0,62–0,92), лития (aHR=0,81, 95% ДИ: 0,73–0,89), ламотриджина (aHR=0,85, 95% ДИ: 0,78–0,92) и вальпроевой кислоты (aHR=0,89, 95% ДИ: 0,81–0,99) было ассоциировано со снижением риска рецидива по сравнению с отсутствием стабилизаторов настроения в схеме терапии (см. табл. 3). Эти результаты не претерпели существенных изменений после исключения первых 30 дней из анализа во всех исследуемых группах (см. дополнительную информацию).

Что касается повторных случаев исхода (повторные госпитализации по причине аффективных расстройств), то те же антидепрессанты были ассоциированы со снижением риска, а именно бупропион (aHR=0,70, 95% ДИ: 0,60–0,82), вортиоксетин (aHR=0,79, 95% ДИ: 0,63–0,98) и венлафаксин (aHR=0,90, 95% ДИ: 0,84–0,97) в сравнении с отсутствием антидепрессивной терапии (см. табл. 4). Миртаза-

Таблица 4. Риск госпитализации в связи с аффективными расстройствами, ассоциированный с отдельными антидепрессантами (по сравнению с отсутствием антидепрессивной терапии) и антипсихотиками (по сравнению с отсутствием антипсихотической терапии) в финских и шведских когортах и в метаанализе с фиксированным эффектом.

	Финская когорта		Шведская когорта		Метаанализ с фиксированными эффектами
	Случаи	aHR (95% ДИ)	Случаи	aHR (95% ДИ)	aHR (95% ДИ)
Антидепрессанты					
Бупропион	125	0.65 (0.49-0.86)	213	0.73 (0.60-0.88)	0.70 (0.60-0.82)
Вортиоксетин	68	0.80 (0.55-1.16)	111	0.78 (0.59-1.03)	0.79 (0.63-0.98)
Венлафаксин	2,185	0.87 (0.79-0.96)	1,337	0.94 (0.84-1.05)	0.90 (0.84-0.97)
Сертралин	617	0.75 (0.64-0.87)	1,310	1.01 (0.91-1.13)	0.92 (0.84-1.00)
Амитриптилин	132	0.97 (0.73-1.28)	172	0.90 (0.70-1.16)	0.93 (0.77-1.12)
Пароксетин	271	0.88 (0.70-1.11)	206	1.09 (0.85-1.40)	0.97 (0.82-1.15)
Дулоксетин	398	0.88 (0.74-1.05)	695	1.07 (0.94-1.22)	1.00 (0.90-1.11)
Эсциталопрам	908	0.95 (0.84-1.09)	879	1.04 (0.92-1.17)	1.00 (0.91-1.09)
Флуоксетин	357	1.01 (0.83-1.22)	682	1.06 (0.92-1.21)	1.04 (0.93-1.16)
Циталопрам	800	1.05 (0.91-1.21)	408	1.15 (0.96-1.38)	1.09 (0.97-1.22)
Миртазапин	1,334	1.08 (0.96-1.21)	1,203	1.17 (1.06-1.30)	1.13 (1.04-1.22)
Отсутствие антидепрессантов	4,115	Референс	5663	Референс	Референс
Антипсихотики					
Любой ИАПД	32	0.38 (0.22-0.64)	51	0.77 (0.52-1.13)	0.60 (0.44-0.82)
Клозапин	73	0.61 (0.44-0.85)	40	0.61 (0.38-0.98)	0.61 (0.47-0.80)
Галоперидол	58	1.55 (1.01-2.37)	128	0.71 (0.54-0.92)	0.88 (0.70-1.10)
Кветиапин	3,066	0.87 (0.80-0.95)	1,492	1.02 (0.93-1.11)	0.94 (0.88-0.99)
Перфеназин	299	0.96 (0.79-1.18)	46	0.81 (0.49-1.32)	0.94 (0.78-1.13)
Оланзапин	1,649	0.96 (0.86-1.06)	1,963	0.98 (0.90-1.07)	0.97 (0.91-1.04)
Левомепромазин	264	0.96 (0.79-1.17)	293	1.06 (0.89-1.26)	1.02 (0.89-1.15)
Арипипразол	384	1.03 (0.88-1.22)	553	1.01 (0.88-1.15)	1.02 (0.92-1.13)
Рisperидон	1,319	1.04 (0.93-1.16)	671	1.02 (0.89-1.16)	1.03 (0.94-1.12)
Полифармакотерапия антипсихотиками	2,440	1.01 (0.92-1.11)	1,827	1.11 (1.02-1.21)	1.06 (1.00-1.13)
Флупентиксол	55	1.60 (1.02-2.50)	111	1.07 (0.79-1.46)	1.22 (0.94-1.57)
Отсутствие антипсихотиков	6,004	Референс	10,138	Референс	Референс

aHR – adjusted hazard ratio, LAI – long-acting injectable antipsychotic

пин был ассоциирован с повышенным риском (aHR=1,13, 95% ДИ: 1,04–1,22). По сравнению с отсутствием антипсихотической терапии любой ИАПД (aHR=0,60, 95% ДИ: 0,44–0,82), клозапин (aHR=0,61, 95% ДИ: 0,47–0,80) и кветиапин (aHR=0,94, 95% ДИ: 0,88–0,99) были ассоциированы со снижением риска (см. табл. 4).

ОБСУЖДЕНИЕ

Это первое исследование, в котором изучалась сравнительная эффективность антидепрессантов и антипсихотиков, а также их комбинаций в поддерживающем лечении ПД. Наши результаты, полученные в двух национальных когортах, включавших 33 014 пациентов, показывают, что бупропион, вортиоксетин, венлафаксин, любой ИАПД, клозапин, комбинация антидепрессанта со слабым D₂-блокирующим антипсихотиком и несколько специфических комбинаций антидепрессанта и антипсихотика (а именно амитриптилин-оланзапин, сертралин-кветиапин и венлафаксин-кветиапин) ассоциированы со снижением риска обострения ПД. Совокупные группы монотерапии любыми антидепрессантами, любыми антипсихотиками и терапии любыми комбинациями антидепрессантов и антипсихотиков не ассоциированы с пониженным риском рецидива, а некоторые конкретные препараты ассоциированы с его повышением, что подчеркивает важность тщательного выбора конкретных препаратов и отказ от рассмотрения их как

«эквивалентных». Полученные данные о том, что монотерапия некоторыми антидепрессантами ассоциирована со снижением риска рецидива, идут вразрез с рекомендациями клинических руководств, согласно которым ПД следует лечить антидепрессантом в сочетании с антипсихотиком^{18,19}, хотя эти руководства не содержат конкретных рекомендаций по профилактике обострений.

Результаты, касающиеся бупропиона, могут показаться неожиданными, поскольку этот препарат ингибирует обратный захват дофамина и норадреналина и повышает синаптический уровень дофамина. Имеются сообщения о случаях психозов, вызванных бупропионом, но, согласно систематическому обзору, бупропион безопасен для пациентов с шизофренией, и риск развития психоза, вызванного бупропионом, представляется незначительным²⁰. Клиническая картина ПД – особенно среди пациентов с наиболее тяжелым течением – часто напоминает фенотип двигательной заторможенности, наблюдаемый при кататонической шизофрении. Поскольку кататоническая шизофрения связана со снижением, а не повышением дофаминергической нейротрансмиссии²¹, усиление активности дофамина под действием бупропиона может быть полезным при лечении ПД, однако следует помнить, что это всего лишь гипотеза, которая требует отдельного подтверждения.

Наш вывод о снижении частоты рецидивов при использовании венлафаксина соответствует данным Кокрейновского обзора²². Насколько нам известно, ранее не было подоб-

ных сведений о вортиоксетине, хотя некоторые предварительные данные свидетельствуют о том, что этот препарат может быть более эффективным, чем другие антидепрессанты при депрессивных эпизодах, связанных с расстройствами шизофренического спектра²³. Вортиоксетин – единственный антидепрессант с существенным антагонизмом 5-HT₇, а результаты исследований на животных и стволовых клетках человека свидетельствуют о том, что антагонисты 5-HT₇-рецепторов могут быть эффективны при психозах^{24,25}.

Клозапин был единственным пероральным антипсихотиком, чье применение было ассоциировано со снижением риска рецидива. Это самый эффективный антипсихотик в лечении шизофрении²⁶, в том числе в отношении депрессивных симптомов¹⁶. Кроме того, он оказывает уникальное превентивное действие в отношении суицидальных попыток и суицидов^{27,28}. Использование любого ИАПД также было ассоциировано со снижением риска рецидива. Эти препараты демонстрировали лучшие результаты лечения, чем пероральные антипсихотики в нескольких исследованиях шизофрении и биполярного расстройства, проведенных в условиях реальной клинической практики^{14,15,29}. Нарушение комплаентности в отношении антипсихотической терапии является проблемой и при ПД, что может объяснить эффективность ИАПД в данном контексте.

Снижение риска рецидива было ассоциировано с использованием некоторых определенных комбинаций антидепрессантов и антипсихотиков, а именно амитриптилина-оланзапина, сертралина-кветиапина и венлафаксина-кветиапина, в сравнении с отсутствием антидепрессантов и антипсихотиков, что согласуется с выводом о том, что сочетание антидепрессанта со слабым D2-блокирующим антипсихотиком является самым выигрышным. Как бы то ни было, разведочный анализ этих пар антидепрессант-антипсихотик мог иметь недостаточную статистическую мощность.

Очень часто назначаемые циталопрам и эсциталопрам не были ассоциированы с уменьшением риска рецидива, что позволяет предположить, что их не следует использовать при ПД. Что касается мirtазапина, то можно было бы предположить, что наблюдаемый повышенный риск рецидива был вызван его частым использованием для лечения бессонницы в недостаточных для развития антидепрессивного эффекта дозах. Однако это оказалось не так, поскольку результат в финской когорте (где было доступно моделирование доз) не изменился, когда мы исключили из анализа использование мirtазапина в низких дозах.

Применение бензодиазепинов было связано с повышенным риском рецидива, в том числе и тогда, когда из анализа исключались первые 30 дней. В то же время карбамазепин, литий, ламотриджин и вальпроевая кислота продемонстрировали снижение риска, хотя результаты по отдельным странам были не столь однозначны за счет большей гетерогенности, что, вероятно, является следствием недостаточной статистической мощности. Эти результаты должны способствовать более активному использованию лития и других стабилизаторов настроения в качестве дополнительных препаратов и минимизировать применение бензодиазепинов при ПД.

К преимуществам нашего исследования относятся использование валидных общенациональных данных из двух стран, большие когорты и длительный период наблюдения. Для идентификации когорт применялась одна и та же методология из аналогичных реестров в двух странах. Критерии включения, моделирование воздействия и приема лекарств, исходы и анализ также были идентичными. Более того, мы использовали внутрисубъектный анализ, чтобы свести к минимуму смещение выборки.

Данное исследование имеет ряд ограничений, связанных с особенностями использованных источников данных, в первую очередь это отсутствие рандомизации и подробных клинических данных (например, мы не имели возможности учесть использование электростимуляторной терапии и психотерапии). Кроме того, нам не хватало данных о продолжительности персистирования психотических симптомов, а также о том, были ли пациенты в ремиссии и когда. Ана-

лиз некоторых комбинаций антидепрессантов и антипсихотиков не обладал достаточной статистической мощностью. Наконец, в междисциплинарном анализе могли остаться некоторые вмешивающиеся факторы, связанные, например, с тяжестью заболевания или симптомов. Однако следует отметить, что результаты анализа чувствительности, в котором первые 30 дней исключались из рассмотрения, результаты междисциплинарного анализа, в котором были исключены участники, у которых были диагностированы биполярное расстройство или шизофрения, а также данные метаанализа со случайными эффектами (за исключением ИАПД) соответствовали основным полученным результатам.

В заключение следует отметить, что полученные нами результаты ставят под сомнение существующие в настоящее время рекомендации клинических руководств по использованию в качестве стандартной стратегии лечения ПД комбинации антипсихотика и антидепрессанта, по крайней мере, в отношении профилактики рецидивов. Эти результаты также призывают к более тщательному подбору антидепрессантов и антипсихотиков для поддерживающего лечения ПД, поскольку большинство препаратов не были ассоциированы с уменьшением риска рецидива, а некоторые широко используемые антидепрессанты были связаны даже с его повышением. Положительные результаты применения ИАПД могут означать, что приверженность к антипсихотикам является проблемой в условиях реальной клинической практики, на что стоит обратить внимание в отношении пациентов с ПД.

БЛАГОДАРНОСТИ

Данное исследование было профинансировано Министерством социального обеспечения и здравоохранения Финляндии через фонд развития Nuuvanniemi Hospital. H. Taipale получил поддержку от Академии Финляндии (гранты 315969, 320107, 345326) и Sigrid Jusélius Foundation. В этом проекте использовались данные консорциума REWARD, поддержанного Шведским исследовательским советом (грант 2021-00154). Финансирующие организации не принимали участия в разработке и проведении исследования; сборе, обработке, анализе и интерпретации данных, подготовке, рецензировании и утверждении рукописи, а также в принятии решения о представлении рукописи к публикации. Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу: <https://www.niuvu.fi/wpcontent/uploads/2023/11/taipale-real-worldeffectiveness-of-ads-and-aps-for-psychotic-depression-supplement.pdf>.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Jääskeläinen E, Juola T, Korpela H et al. Epidemiology of psychotic depression — systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2018;48:905-18.
2. Paljärvi T, Tiihonen J, Lähteenmies M et al. Mortality in psychotic depression: 18-year followup study. *Br J Psychiatry* 2023;222:37-43.
3. Paljärvi T, Tiihonen J, Lähteenmies M et al. Psychotic depression and deaths due to suicide. *J Affect Disord* 2023;321:28-32.
4. Farahani A, Correll CU. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment. *J Clin Psychiatry* 2012;73:486-96.
5. Rothschild AJ. Challenges in the treatment of major depressive disorder with psychotic features. *Schizophr Bull* 2013;39:787-96.
6. Kruizinga J, Liemburg E, Burger H et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;12:CD004044.
7. Hamina A, Paljärvi T, Tanskanen A et al. Use of antipsychotics and antidepressants in first-episode psychotic depression: a nationwide register-based study. *Acta Psychiatr Scand* 2023;148:416-25.
8. Andreescu C, Mulsant BH, Peasley-Miklus C et al. Persisting low use of antipsychotics in the treatment of major depressive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 2007;68:194-200.
9. Nietola M, Heiskala A, Nordström T et al. Clinical characteristics and outcomes of psychotic depression in the Northern Finland Birth Cohort 1966. *Eur Psychiatry* 2018;53:23-30.
10. Flint AJ, Meyers BS, Rothschild AJ et al. Effect of continuing olanzapine vs placebo on relapse among patients with psychotic depression

- in remission: the STOP-PD II randomized clinical trial. *JAMA* 2019;322:622-31.
11. Wijkstra J, Burger H, Van Den Broek WW et al. Long-term response to successful acute pharmacological treatment of psychotic depression. *J Affect Disord* 2010;123:238-42.
 12. Wijkstra J, Burger H, Van Den Broek WW et al. Treatment of unipolar psychotic depression: a randomized, double-blind study comparing imipramine, venlafaxine, and venlafaxine plus quetiapine. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:190-200.
 13. Tiihonen J, Tanskanen A, Hoti F et al. Pharmacological treatments and risk of readmission to hospital for unipolar depression in Finland: a nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017;4:547-53.
 14. Tiihonen J, Mittendorf-Rutz E, Majak M et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2017;74:686-93.
 15. Lähteenvuo M, Paljärvi T, Tanskanen A et al. Real-world effectiveness of pharmacological treatments for bipolar disorder: register-based national cohort study. *Br J Psychiatry* 2023;223:456-64.
 16. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multiepisode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019;394:939-51.
 17. Tanskanen A, Taipale H, Koponen M et al. From prescription drug purchases to drug use periods — a second generation method (PRE2DUP). *BMC Med Inform Decis Mak* 2015;15:21.
 18. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Washington: American Psychiatric Association, 2010.
 19. National Institute of Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. London: National Institute of Health and Care Excellence, 2022.
 20. Englisch S, Morgen K, Meyer-Lindenberg A et al. Risks and benefits of bupropion treatment in schizophrenia: a systematic review of the current literature. *Clin Neuropharmacol* 2013;36:203-15.
 21. Cattarinussi G, Gugliotta AA, Hirjak D et al. Brain mechanisms underlying catatonia: a systematic review. *Schizophr Res* 2024;263:194-207.
 22. Wijkstra J, Lijmer J, Burger H et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;7:CD004044.
 23. Kotzalidis GD, Lombardozzi G, Matrone M et al. Vortioxetine vs. other antidepressants in patients with major depressive episode with or without substance use disorder. *Curr Neuropharmacol* 2021;19:2296-307.
 24. Tajiri M, Hayata-Takano A, Seiriki K et al. Serotonin 5-HT7 receptor blockade reverses behavioral abnormalities in PACAP-deficient mice and receptor activation promotes neurite extension in primary embryonic hippocampal neurons: therapeutic implications for psychiatric disorders. *J Mol Neurosci* 2012;48:473-81.
 25. Tiihonen J, Koskuvi M, Lähteenvuo M et al. Molecular signaling pathways underlying schizophrenia. *Schizophr Res* 2021;232:33-41.
 26. Taipale H, Mehtälä J, Tanskanen A et al. Comparative effectiveness of antipsychotic drugs for rehospitalization in schizophrenia — a nationwide study with 20-year followup. *Schizophr Bull* 2018;44:1381-7.
 27. Leucht S, Cipriani A, Spineli L et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013;382:951-62.
 28. Meltzer HY, Alphas L, Green AI et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
 29. Taipale H, Lähteenvuo M, Tanskanen A et al. Comparative effectiveness of antipsychotics for risk of attempted or completed suicide among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2021;47:23-30.

DOI:10.1002/wps.21205

Роберт Спитцер и депатологизация гомосексуальности: некоторые соображения в день пятидесятилетнего юбилея

Jerome C. Wakefield. R. Spitzer and the depathologization of homosexuality: some considerations on the 50th anniversary. *World Psychiatry*. DOI:10.1002/wps.21206.

Пятьдесят лет назад Американская психиатрическая ассоциация (АПА) исключила гомосексуальность из списка психических расстройств в своем первом официальном руководстве DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), а затем и во втором издании DSM-II. Это событие стало наиболее социально значимым за всю современную историю психиатрии. Решение было принято в декабре 1973 года во время голосования Попечительского совета АПА, однако его результат был оспорен. На самом деле, решение о выводе гомосексуальности из списка психических расстройств было принято во время референдума в апреле 1974 года. Не дожидаясь выпуска третьего издания DSM, изменения были внесены сразу же в следующую печать второго издания.

Резолюция об исключении гомосексуальности из списка психических расстройств была принята благодаря действиям гей-активистов, а также поддержке психиатров и сотрудников АПА. Однако главной движущей силой являлся американский психиатр Роберт Спитцер (Robert Spitzer, 1932–2015), активное участие которого привело к данному решению. Р. Спитцер сыграл ключевую роль в данном решении как политически, так и интеллектуально, а приведенные им доводы в пользу исключения гомосексуальности из списка психических расстройств до сих пор косвенно влияют на современное развитие DSM.

Несмотря на отсутствие сформированного мнения, Р. Спитцер, являвшийся на тот момент членом комитета по номенклатуре психиатрических заболеваний АПА (APA's Nomenclature and Statistics Committee), стал ключевой фигурой в дискуссии о гомосексуальности в психиатрической сфере. В конце 1972 года Р. Спитцер присутствовал на конференции, посвященной конверсионной терапии. Во время конференции защитники прав гомосексуальных людей протестовали против отнесения гомосексуальности к психическим расстройствам, и Р. Спитцер предложил им возможность предстать перед комитетом по номенклатуре, а также пообещал обсудить вопрос категоризации гомосексуальности на следующем ежегодном собрании ассоциации.

В феврале 1973 года группа защитников прав гомосексуальных людей смогла предстать перед комитетом. Главным выступающим был клинический психолог С. Silverstein. В своей речи вместо прямых обвинений в причиненном психиатрией ущербе гомосексуальным людям, связанной с постановкой оправдывающего их преследования диагноза, С. Silverstein попытался аргументировать свою позицию с точки зрения профессионала. Указав на отсутствие доказательств о росте психологических проблем среди гомосексуального населения и предоставив примеры спорных психиатрических диагнозов в прошлом, С. Silverstein выразил мнение, что рассмотрение гомосексуальности как диагноза может быть лишь замаскированным под медицину общественным моральным осуждением. Тем не менее большая часть комитета признала аргументы неубедительными, и диагноз гомосексуальности не был исключен из списка психиатрических расстройств.

Р. Спитцер сдержал свое обещание и организовал в мае дискуссию вокруг проблемы диагноза гомосексуальности на встрече АПА в Голлулу. По окончании собрания борец за права гомосексуалов R. Gold пригласил Р. Спитцера на тайную встречу организации «Gay-PA». В организацию входили психиатры, скрывающие свою ориентацию, и Р. Спитцер был поражен интеллектом и профессионализмом коллег. В свете своих последних размышлений насчет концепции психического расстройства и значения психиат-

рического диагноза, Р. Спитцер был окончательно убежден в неверности восприятия гомосексуальности как расстройства. В течение следующих нескольких недель Р. Спитцер передал Комитету номенклатуры и статистики письмо с объяснением его позиции и предложением убрать гомосексуальность из перечня психических расстройств в руководстве DSM, предоставив также концептуальное основание для такого решения.

Несмотря на отказ комитета одобрить заявку, Р. Спитцер решил перенаправить свое предложение высокопоставленным лицам организации. К своему предложению Р. Спитцер также подготовил заявление о поддержке защиты гражданских прав гомосексуальных людей АПА, которое получило одобрение Комитета. В декабре 1973 года оба документа прошли первоначальное рассмотрение попечительским советом, однако во время следующего референдума риск отклонения проекта был высок. Р. Спитцер подготовил письмо, в котором подробно описал свою позицию и предоставил аргументы в пользу исключения гомосексуальности из списка расстройств, после чего разослал его всем членам ассоциации.

В письме свою позицию Р. Спитцер подкреплял предложением определения психического расстройства, а также причины, по которым гомосексуальность не могла являться таковой по данному определению. Он аргументировал свою точку зрения следующим образом: «психическое состояние классифицируется как психическое расстройство в том случае, если таковое приносит субъективный дистресс или регулярно ассоциируется с некоторым общим нарушением социальной активности и функционирования пациента». В случае, когда нарушение не является общим, а затрагивает лишь одну из сфер жизни, данная сфера должна считаться достаточно «важной» для диагностирования расстройства. По мнению Р. Спитцера, определение «важности» затронутой сферы включает в себя оценочное суждение. Такой логический подход перевесил неубедительные доводы и контраргументы с обеих сторон. Он также привел контраргументы для точки зрения, настроенной против психиатрии в целом и отрицающей существование психических расстройств как таковых. В своем письме Р. Спитцер указал на влияние психоанализа на психиатрию, из-за которого любое неоптимальное социальное функционирование пациента определялось как расстройство, однако само понятие психического расстройства более узкое и предполагает наличие значительного дистресса и нарушения социального функционирования, чтобы считаться таковым.

Р. Спитцер был убежден в важности способности человека вступать в близкие сексуальные и эмоциональные отношения с другим человеком, однако пол партнера при этом не играет роли. Таким образом, гомосексуальные люди не имеют психических нарушений, однако могут иметь таковые, если испытывают дистресс от своей ориентации. После исключения гомосексуальности из списка психиатрических расстройств во втором издании появилась новая категория – «расстройство половой ориентации», которая впоследствии также была изменена на «эгодистоническую гомосексуальную ориентацию» в третьем издании DSM. Категория включала в себя испытывающих дистресс от собственной сексуальной ориентации пациентов. Точка зрения Р. Спитцера подразумевала сохранение категории парафилических расстройств, так как в рамках данных состояний нарушается способность пациента испытывать удовлетворительные близкие сексуальные и эмоциональные отношения с другим человеком.

По очевидным причинам, люди с гомосексуальной ориентацией часто испытывали дистресс впоследствии травли или «интернализированной (внутренней) гомофобии», т. е. принятии и интернализации негативного общественного мнения. Однако Р. Спитцер отметил, что для постановки диагноза расстройство должно само по себе причинять субъективный дистресс и являться источником нарушения социального функционирования. По мнению Р. Спитцера, постановка диагноза психиатрического расстройства невозможна в том случае, если дистресс является последствием осуждения со стороны общества.

Хотя исключение гомосексуальности из списка расстройств относится к давно минувшим историческим эпизодам, логические обоснования Р. Спитцера все еще оказывают влияние на развитие АПА. Такие концепции, как дистресс и нарушение, как их определил доктор Р. Спитцер, не были включены в DSM-II, однако появились в третьем его издании. В определение психического расстройства в руководстве также включили критерий о «значительном дистрессе и нарушении», согласно Р. Спитцеру: «Психические расстройства чаще всего ассоциированы со значительным дистрессом или нарушениями в социальной, трудовой или другой важной сфере жизни». В DSM-IV был включен критерий клинической значимости в качестве дополнительного необходимого условия для постановки диагноза в основных диагностических категориях. Такое решение было принято с целью уменьшить оказавшийся неправдоподобно высоким показатель распространенности психических расстройств в результате проведения эпидемиологических исследований. Например, для постановки диагноза большого депрессивного расстройства симптомы должны причинять пациенту «клинически значимый дистресс или нарушение в социальной, трудовой или другой сфере жизни». Концепция «значимого» или «клинически значимого» дистресса или нарушения совпадает с представлением Р. Спитцера о существенном ущербе, который должно причинять расстройство жизни пациента, а не просто являться неоптимальным состоянием. По мнению Р. Спитцера, само состояние не всегда является расстройством как таковым, однако вызванный этим состоянием дистресс может в действительности им являться. Данная концепция была внедрена в DSM-5. Таким образом, название «расстройство гендерной идентичности» из четвертого издания DSM было за-

менено на «гендерную дисфорию» в пятом, и позволяло сосредоточиться на дисфории как на источнике клинической проблемы, нежели на идентичности как таковой. Такое описание предполагает отсутствие расстройства у людей, не страдающих от дистресса вследствие несоответствия гендерной идентичности.

Пятьдесят лет назад Р. Спитцер положил конец разногласиям на тему восприятия гомосексуальности как расстройства, а результаты его работ до сих пор нередко используются в руководствах по диагностике расстройств. В дальнейшем психиатрам предстоит развивать концепцию Р. Спитцера о дистрессе и нарушении, выявлять оценочные суждения, неизбежно присутствующие при постановке диагноза, и избавляться от них.

Jerome C. Wakefield

Center for Bioethics, School of Global Public Health, and Silver School of Social Work, New York University, New York, NY, USA

Перевод: Бурлакова Ольга Алексеевна, г. Лион (Франция)

Редактура: Радионов Дмитрий Сергеевич, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Bayer R. Homosexuality and American psychiatry: the politics of diagnosis. New York: Basic Books, 1981.
2. Decker H. The making of DSM-III: a diagnostic manual's conquest of American psychiatry. New York: Oxford University Press, 2013.
3. Silverstein C. J Homosexuality 1976;2:153-8.
4. Gold R. In: Ridinger RB (ed). Speaking for our lives: historic speeches and rhetoric for gay and lesbian rights (1892–2000). New York: Harrington Park Press, 2004:212-24.
5. Spitzer RL. Am J Psychiatry 1973;130:1214-6.
6. Spitzer RL. Am J Psychiatry 1981;138:210-5.
7. Spitzer RL, Endicott J. In: Spitzer RL, Klein DF (eds). Critical issues in psychiatric diagnosis. New York: Raven Press, 1978:15-39.
8. Spitzer RL, Wilson PT. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Comprehensive textbook of psychiatry, Vol. 1. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975:826-45.
9. Wakefield JC. World Psychiatry 2007;6:149-56.

DOI:10.1002/wps.21206

Стандарты эффективности психологических методов лечения для рандомизированных контролируемых испытаний

Mohr DC. Standards for randomized controlled trials of efficacy of psychological treatments. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):286-287. doi: 10.1002/wps.21207.

Рандомизированное контролируемое испытание (РКИ) является золотым стандартом для оценки доказательности медицинских вмешательств, в том числе психологических методов лечения, таких как психотерапия. Действительно, доказательными считаются только те методы лечения, для которых имеются два или более поддерживающих их РКИ высокого качества.

РКИ психологических методов лечения во многом схожи с фармакологическими РКИ по таким методологическим характеристикам, как четкое определение выборки участников, рандомизация в экспериментальную или контрольную группы и стандартизированная оценка, которая является единообразной для всех групп лечения. Однако существуют некоторые уникальные проблемы, связанные с РКИ психологических методов лечения, такие как особенности контрольных условий, процедуры обеспечения единообразия лечения и вопросы, связанные с испытаниями вмешательств с использованием цифровых технологий.

Контрольная группа предназначена для устранения влияния факторов, угрожающих внутренней валидности, таких как естественное течение исследуемого состояния, эффекты исследовательских процедур и статистические погрешности (регрессия к среднему значению). Тем самым ее наличие повышает уверенность в том, что результат испытания можно однозначно отнести к заданным экспериментальным условиям. Хотя плацебо-контролируемое испытание является стандартом для фармакологических РКИ, для РКИ психологических методов лечения не существует приоритетного способа подтверждения эффективности.

Для вышеупомянутых РКИ существует множество форм контроля, таких как отсутствие лечения или лист ожидания, стандартное лечение, а также контрольные условия, включающие в себя часть особенностей экспериментальной группы, например, контроль внимания или активный контроль, представляющий собой другой вид терапии с доказанной эффективностью. Выбор контрольных условий зависит, главным образом, от вопроса исследования. РКИ

оценивает те элементы лечения, которые однозначно связаны с экспериментальной группой, поскольку общие для экспериментальной и контрольной групп элементы терапии нивелируются за счет рандомизации. Если вопрос заключается в том, может ли предложенное лечение улучшить показатели состояния пациентов по сравнению с имеющимися в настоящее время, то выбор контрольной группы, которая получает стандартное лечение, может быть оправданным, при условии, что она правильно подобрана¹. Если вопрос заключается в том, насколько эффективен определенный набор процедур, более подходящим может стать активный контроль, включающий в себя все остальные лечебные процессы, не относящиеся к изучаемому.

Одной из проблем является то, что контрольные группы сами по себе оказывают различное влияние на результат: некоторые из них более очевидны, другие – менее². Чем большее влияние оказывает контрольная группа, тем меньше разница между контрольным и исследуемым видами лечения. Например, в группах активного контроля (такие как контроль внимания или альтернативное лечение), вероятно, будут выявлены более высокие размеры эффекта, что, в свою очередь, будет приводить к уменьшению различий между экспериментальной и контрольной группами. Контрольные группы с минимальным или отсутствующим лечением (например, контроль без лечения) дают меньшие изменения в показателях, тем самым приводя к большему различиям между группами.

Однако контрольные группы могут также вызывать непреднамеренные или неожиданные эффекты. Например, два метаанализа показали, что контрольные группы по типу «лист ожидания» демонстрируют значительно меньшие улучшения по сравнению с группами без лечения, что, в свою очередь, приводит к более значительным искажениям в оценке эффективности исследуемого лечения относительно контрольной группы^{2,3}. Одно из возможных объяснений заключается в том, что участники, назначенные в группу без лечения, осознают, что не получают его, и потому начинают искать другие решения своих проблем, в то время как контрольные группы из листа ожидания лечения подавляют естественные попытки поиска помощи. Участники, распределенные в группу листа ожидания, предполагают, что лечение будет предоставлено, и, следовательно, выполняют указания исследователей – они ждут. Таким образом, на первый взгляд схожие контрольные группы могут давать совершенно разные результаты.

Предложено несколько подходов к выбору контрольных групп^{4,5}. В общем и целом, эти подходы предполагают, что на ранних фазах РКИ, тестирующих вмешательство, следует использовать контрольные группы с меньшим потенциальным размером эффекта, поскольку наибольшая угроза общественному благу на этих этапах заключается в вероятности отбросить многообещающие инновационные методы лечения. На более поздних фазах РКИ контрольные группы должны контролироваться строже, так как критически важно защитить пациентов, специалистов, оказывающих помощь, и страховщиков от неэффективных или опасных методов лечения.

Исследуемое лечение должно быть четко определено и прописано с помощью специальных стандартных протоколов. Лечащие врачи должны пройти специальное обучение, а соблюдение протоколов лечения должно строго контролироваться. Хотя эти процедуры обеспечения единообразия лечения обычно применяются к изучаемым вмешательствам, многие РКИ не применяют их к контрольным методам лечения. Метаанализ показал, что в тех РКИ, в которых не используются стандартные протоколы контрольного вмешательства, не проводится достаточное обучение специалистов, оказывающих контрольные терапевтические вмешательства, и контроль за ними, не проводится мониторинг соблюдения протокола для контрольной группы, выявляются значительно большие размеры эффектов между терапевтическими группами по сравнению с РКИ, в которых все эти процедуры применяются одинаково для всех групп лечения². Таким образом, все исследовательские процедуры, включая процедуры обеспечения единообразия лечения, должны одинаково применяться для всех групп.

Выявленные в строго контролируемых РКИ эффекты, как правило, в условиях реальной клинической практики не столь велики. Это явление, известное как «падение напряжения» («voltage drop») или разрыв между теорией и практикой⁶, распространено в медицине, но имеет некоторые уникальные особенности в области психологических методов лечения. Многие исследовательские процедуры, которые необходимы для обеспечения валидности результатов, ухудшают возможность их экстраполяции на более широкие группы. Например, процессы обеспечения контроля единообразия лечения могут улучшить результаты лечения, однако они обычно не применяются в реальных условиях. Необходимы последующие испытания по внедрению терапевтических подходов, чтобы оценить эффективность лечения в условиях реальной клинической практики⁷.

В последние два десятилетия наблюдается резкий рост числа РКИ, оценивающих цифровые вмешательства в области психического здоровья, которые реализуются через мобильные приложения или веб-сайты. Эти вмешательства могут быть представлены в виде полностью автоматизированных решений (без какого-либо человеческого сопровождения), решений, включающих поддержку или руководство (некоторую низкоинтенсивную помощь со стороны терапевта или коуча), а также дополнения к стандартному лечению. Поскольку цифровое вмешательство в области психического здоровья четко определяется через программный код, меры по обеспечению единообразия лечения для его цифровой части не требуются. Хотя процедуры обеспечения единообразия лечения по-прежнему рекомендуются для компонентов поддержки с участием человека, эта поддержка, как правило, гораздо менее сложна, чем психотерапия, и, следовательно, проще в управлении и потенциально более универсальна. Определение и выбор контроля влекут за собой те же проблемы, что и упомянутые ранее, с возможными дополнительными элементами контроля, такими как использование плацебо или альтернативного приложения.

Традиционная методология РКИ предполагает, что лечение должно оставаться неизменным на протяжении всего исследования, чтобы обеспечить четкость в определении оцениваемых аспектов вмешательства. В отличие от медикаментов, которые не изменяются вовсе, и психотерапии, где методические материалы остаются постоянными, приложения часто претерпевают изменения. После завершения РКИ приложение, скорее всего, будет изменено перед его выпуском и продолжит модифицироваться в дальнейшем. Таким образом, следует отметить, что в РКИ должны проверяться методы и принципы лечения с использованием цифровых вмешательств в области психического здоровья, а не сами продукты, поскольку они будут продолжать развиваться, пока сохраняются их доступность и поддержка.

Методология испытаний принципов вмешательства (trials of intervention principles, TIPs)⁸ позволяет изучаемому приложению итеративно улучшаться в ходе исследования за счет поступления новой информации, что отражает динамическую природу цифровых технологий. Основное утверждение формулируется заранее и служит основой для ограничения любых итеративных изменений, вносимых в ходе испытания, что помогает сохранять внутреннюю валидность исследования. В соответствии с руководящими принципами отчетности CONSORT-HEALTH любые изменения в приложении должны быть задокументированы и представлены, что обеспечивает прозрачность⁹. Хотя TIPs предлагает решение для проблем, возникающих при оценке цифровых вмешательств в области психического здоровья, вопрос о том, как определяется доказательность для цифровых продуктов, которые постоянно развиваются, остается предметом обсуждения.

Таким образом, хорошо контролируемые РКИ психологических вмешательств играют ключевую роль в защите всех заинтересованных сторон, в том числе пациентов, от неэффективных методов лечения. Особенности РКИ для психологических вмешательств заключаются в четком определении контрольной группы и в обеспечении единообразия терапевтических процедур в каждой из групп исследования. С ростом числа РКИ для цифровых вмешательств

в области психического здоровья необходимо адаптировать методологию РКИ с учетом изменчивой природы цифровых технологий. Это может включать подходы, позволяющие вносить изменения в экспериментальное приложение в процессе испытания.

David C Mohr

Center for Behavioral Intervention Technologies, Department of Preventive Medicine, Chicago, IL, USA.

Перевод: Якуба Анастасия Станиславовна, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Freedland KE, Mohr DC, Davidson KW et al. *Psychosom Med* 2011;73:323-35.

2. Mohr DC, Ho J, Hart TL et al. *Transl Behav Med* 2014;4:407-23.
3. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM et al. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:181-92.
4. Mohr DC, Spring B, Freedland KE et al. *Psychother Psychosom* 2009;78:275-84.
5. Gold SM, Enck P, Hasselmann H et al. *Lancet Psychiatry* 2017;4:725-32.
6. Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. *Implement Sci* 2013;8:117.
7. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H et al. *BMC Psychol* 2015;3:32.
8. Mohr DC, Schueller SM, Riley WT et al. *J Med Internet Res* 2015;17:e166.
9. Eysenbach G, CONSORT- EHEALTH Group. *J Med Internet Res* 2011;13:e126.

DOI: 10.1002/wps.21207

Будущее динамических сетей в науке и клинической практике

Bringmann F. The future of dynamic networks in research and clinical practice. *World Psychiatry*. 2024;23:288–289. doi:10.1002/wps.21209.

Беда не приходит одна¹. У человека, испытывающего, например, чувство грусти, со временем нередко развиваются и другие симптомы – такие как нарушения сна, тревожность или снижение активности. Понимание того, что одни симптомы могут порождать другие, легло в основу теории психопатологических сетей, получившей широкое распространение². Согласно этой концепции, психические расстройства представляют собой не статичные диагнозы, а динамические системы, состоящие из взаимосвязанных симптомов. В рамках данной теории каждый симптом рассматривается как «узел», а связи между ними – как «ребра» сети.

Одной из ключевых идей теории является ее персонализированный характер: считается, что у каждого пациента сеть симптомов уникальна и может изменяться во времени. Важно не только наличие определенных симптомов, но и характер связей между ними. Например, у одного пациента бессонница может способствовать возникновению суицидальных мыслей, тогда как у другого такая связь отсутствует. Следовательно, эффективное вмешательство должно быть направлено не только на изолированные симптомы, но и на разрушение патологических связей между ними, разрывающих тем самым замкнутый круг.

В клинических исследованиях сети чаще всего строятся на основе временных рядов, полученных в результате регулярного (несколько раз в день) самонаблюдения пациента за собственным состоянием с применением опросников или мобильных приложений. Такие структуры получили название *динамических персонифицированных сетей*. Несмотря на то, что статистические модели, лежащие в их основе, существовали и ранее, особенность подхода – в его визуальной наглядности, что делает его особенно привлекательным как для исследователей, так и для практикующих врачей³.

Однако между теорией и ее практическим применением все еще существует значительный разрыв. Для построения клинически значимой модели необходимо определить, какие именно данные будут собираться, как они будут интерпретироваться и каким образом они отразят заявленные теоретические принципы.

Первый шаг – сбор и отбор необходимых данных. Основное внимание, как правило, уделяется эмоциональным состояниям и симптомам, поскольку именно они отражают текущее самочувствие пациента. Однако включение поведенческих, контекстуальных и когнитивных переменных значительно расширяет аналитический потенциал модели⁴. Например, данные о действиях, социальных контактах и мыслях, предшествующих возникновению грусти, позво-

ляют более точно определить мишени терапевтического воздействия⁵. Важно подчеркнуть, что наполнение сети должно быть персонализировано и согласовано с самим пациентом, что позволяет лучше отразить индивидуальные переживания, интересы и структуру жизни.

Дополнительные источники данных, такие как информация из социальных сетей, пассивный сбор данных (например, GPS-трекинг) и другие формы цифрового мониторинга, могут существенно снизить нагрузку на пациента и одновременно повысить точность интерпретации. Так, если пациент с социальной тревожностью сообщает о «посещении лекции», только геоданные смогут уточнить, действительно ли он находится в кампусе или смотрел лекцию онлайн из дома – два принципиально разных поведенческих сценария.

После определения источников данных следует выбор модели, с помощью которой будет построена сама сеть. Чаще всего используется векторная авторегрессия, которая позволяет оценивать взаимное влияние переменных во времени: например, вызывает ли стресс последующее чувство грусти или же эти состояния взаимно усиливают друг друга.

Несмотря на то, что эта модель отражает динамическую структуру данных, она все же обладает рядом ограничений⁶. Она плохо справляется с динамикой изменений в структуре сети, что важно для отслеживания терапевтического прогресса. Кроме того, она не может одновременно учитывать переменные, измеряемые на разных временных шкалах (например, ежедневное качество сна и многократные оценки настроения). Наконец, для построения стабильной модели требуется большое количество наблюдений – более 100 временных точек на одного пациента, что делает включение большого количества переменных проблематичным.

Важно понимать, что теория сетей как таковая не диктует выбор конкретной модели или числа переменных. Таким образом, построение динамической сети на основе векторной авторегрессии – это лишь один из возможных путей и не всегда самый рациональный. Напротив, чрезмерное расширение количества переменных при недостаточном количестве наблюдений снижает точность и достоверность модели^{7,9}.

Альтернативой может стать переход от моделирования всей сети к проверке конкретных гипотез, актуальных для данного пациента и терапевта. Такой подход, например, реализуется в функциональном анализе, где изучается связь между двумя или тремя ключевыми переменными

(например, физическая активность и качество сна). Это не только отвечает духу теории сетей – с ее акцентом на причинные связи, – но и позволяет использовать более адаптированные методы анализа, например, модели переключения режимов, которые позволяют сравнивать состояния с разным уровнем активности и выявлять ассоциации с другими изменениями (например, в настроении или во сне)⁴. Таким образом, различные исследовательские вопросы требуют различных методов анализа, а развитие статистического инструментария – важный шаг на пути интеграции теории сетей в практику.

В заключение, несмотря на то, что персонализированные динамические сети уже используются в исследовательских целях, их практическое применение пока остается ограниченным. Необходимо помнить, что теория психопатологических сетей не ограничивает исследователя в выборе данных и моделей – напротив, она предоставляет гибкую рамку, в которую можно интегрировать различные источники информации и аналитические подходы. Основная задача будущих исследований – понять, какие данные и какие модели наилучшим образом подходят для анализа конкретных клинических случаев и как использовать полученные сети для принятия решений в реальной практике.

Laura F. Bringmann

Department of Psychometric and Statistics and Interdisciplinary Center Psychopathology and Emotion regulation (ICPE), University of Groningen, Groningen, The Netherlands

Перевод: Исакулян Елизавета Левоновна, г. Москва
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Fried EI, Cramer AO. *Perspect Psychol Sci* 2017;12:999-1020.
2. Borsboom D. *World Psychiatry* 2017;16:5-13.
3. Epskamp S, Cramer AO, Waldorp LJ et al. *J Stat Softw* 2012;48:1-18.
4. Bringmann LF, Albers C, Bockting C et al. *Behav Res Ther* 2022;149:104011.
5. von Klipstein L, Riese H, van der Veen et al. *BMC Med* 2020;18:1-8.
6. Bringmann LF. *Curr Opin Psychol* 2021;41:59-64.
7. Mansueto AC, Wiers RW, van Weert J et al. *Psychol Methods* 2023;28:1052-68.
8. Scholten S, Lischetzke T, Glombiewski JA. *Psychother Res* 2022;32:52-64.
10. Haslbeck JMB, Ryan O. *Multivar Behav Res* 2022;57:735-66.

DOI:10.1002/wps.21209

Перспективы терапии социального восстановления при неаффективных психотических расстройствах

Fowler D. The promise of social recovery therapy in non-affective psychoses. *World Psychiatry*. 2024;23:289–290. doi:10.1002/wps.21208.

Неаффективные психотические расстройства (шизофрения и шизофреноподобные расстройства) являются хроническими психическими расстройствами, которые поражают лиц трудоспособного возраста и чаще всего ассоциированы со снижением социального функционирования. В ходе долгосрочных исследований показано, что менее 50% лиц с этими расстройствами достигают социального восстановления, менее 15% – устойчивого восстановления как с точки зрения симптомов, так и с точки зрения социального функционирования, и только 10–20% лиц возвращаются к конкурентной занятости, несмотря на то, что большинство пациентов с данными расстройствами сообщают о желании работать¹.

Терапия социального восстановления (social recovery therapy, SRT) – это вид психосоциальной терапии, направленной на восстановление социальной адаптации у лиц с неаффективными психотическими расстройствами, которые испытывают социальную изоляцию, страдают коморбидными расстройствами и не отвечают на текущие психосоциальные вмешательства. SRT основана на модели, согласно которой социальная дезадаптация развивается в результате низкой активности как способа поведенческого избегания и поддерживается чувством безнадежности, снижением воли и мотивации.

Социальная дезадаптация при психотических расстройствах обычно возникает при наличии хронической позитивной и негативной симптоматики и когнитивных нарушений, часто сопровождаемых депрессией, тревогой и другими психопатологическими проявлениями. Наряду с этими проблемами существуют сложные социальные обстоятельства и системные проблемы, включая проблемные отношения в семье, виктимизацию, угрозу со стороны социума и социальную депривацию. Столкнувшись с такими проблемами, люди отстраняются от социума, бросают работу или учебу, теряют социальные связи.

Принципы SRT описаны в руководстве², терапия проводится индивидуально в течение 9 месяцев. Сессии проходят на дому у участников и в общественных местах. Обычно используются промежуточные контакты по телефону и электронной почте. Проведение SRT состоит из трех этапов. Первый этап включает оценку и разработку совмест-

ной формулировки социального восстановления. Второй этап включает выявление и работу над среднесрочными и долгосрочными целями, руководствуясь системной формулировкой барьеров для восстановления, с акцентом на повышение агентности, надежды и мотивации, а также наощущение активности при сопутствующем лечении психотических симптомов. Третий этап включает активное развитие структурированной деятельности, связанной со значимыми целями, при одновременном лечении симптомов.

Цель вмешательства – сосредоточиться на ценностях и целях человека, выявить проблемы и препятствия на пути к достижению целей, мотивировать к значимым поведенческим изменениям и активным действиям в их достижении. Для преодоления избегания и значимых изменений в образе жизни с одновременным воздействием на симптомы рекомендованы поведенческие стратегии (поведенческие эксперименты, постепенная экспозиция и поведенческая активация). Доказательства и опыт, полученные в ходе поведенческой терапии, используются для дальнейшего укрепления надежды и позитивных убеждений о себе, пока человек работает над достижением значимых изменений в своей жизни.

Поскольку SRT направлена на вовлечение лиц с психотическими расстройствами в структурированную деятельность, в ее рамках оказывается поддержка в получении доступа к трудоустройству, образованию, обучению, волонтерству и организации досуга. SRT проходит также в общественных местах. Полезно сопровождение пациента терапевтом при посещении новых мест или пользовании общественным транспортом.

Для достижения успехов в социальном восстановлении на фоне многолетнего отстранения и социального неблагополучия терапевтам необходимо интегрировать методы, ассоциированные с ассертивным лечением в сообществе (assertive community treatment) и поддержкой в трудоустройстве. Важным также является системная работа с семьями и заинтересованными сторонами, окружающими человека, для содействия развития его возможностей в социальной среде. Поведенческая активация и эксперименты проводятся в соответствии с целями и ценностями клиента в темпе, комфортном для клиента с учетом его трудностей. Тера-

певт работает вместе с клиентом, чтобы помочь ему в мотивации и вовлечении в определенные действия, которые могут быть включены в повседневную жизнь, и разрабатывает совместные стратегии для коррекции текущей симптоматики *in vivo*.

На текущий момент нами были проведены два слепых рандомизированных контролируемых испытания SRT у людей с психотическими расстройствами с тяжелой социальной дезадаптацией.

В исследовании социальной реабилитации при первом психотическом эпизоде (Improving Social Recovery in Early Psychosis, ISREP)³ 77 участников с аффективными или неаффективными психотическими расстройствами и социальной изоляцией были распределены на группы, в которых участники получали либо SRT вместе со стандартной терапией (treatment-as-usual, TAU), либо только TAU. TAU включало социальную поддержку со стороны команды специализированной психиатрической помощи. В группе с неаффективными психотическими расстройствами SRT показало значимый и клинически полезный эффект по основному показателю – количеству еженедельных часов структурированной деятельности, – а также повлияло на выраженность позитивных и негативных симптомов. Отмечен эффект SRT в отношении снижения чувства безнадежности и развития положительных убеждений о себе, причем улучшения этих показателей опосредовали изменения в структурированной деятельности. Вмешательство также оказалось экономически эффективным.

Более крупное исследование второй фазы, SUPEREDEN³⁵ (N=154), было направлено на улучшение социальной реабилитации у пациентов, резистентных к терапии служб раннего вмешательства (early intervention service, EIS), путем сочетания стандартного EIS с SRT. Первичный анализ показал, что комбинация SRT с EIS была ассоциирована с увеличением структурированной деятельности в среднем на 8 часов в неделю больше, чем только EIS (95% ДИ: 2,5–13,6; $p=0,005$). Размер эффекта соответствовал количеству активности, эквивалентному полноценному рабочему дню.

В результате обоих исследований было доказано, эффект от SRT может сохраняться в течение 6 месяцев после активного лечения. В последующем долгосрочном исследовании группы ISREP⁶ ни один из 24 пациентов из группы TAU не был задействован в оплачиваемой работе в течение года после окончания периода вмешательства по сравнению с 5 из 20 (25%) случаев в группе SRT+TAU.

SRT наиболее перспективна в содействии социальной реабилитации лиц с тяжелыми неаффективными психотическими расстройствами, которые слабо отвечают на другие вмешательства. Хотя результаты двух доступных рандомизированных контролируемых исследований являются

положительными, требуются дальнейшие крупномасштабные исследования в реальной клинической практике, которые могут вовлечь в участие больше пациентов с хроническим течением заболеваний. Также может быть перспективным сочетание подходов SRT с другими психосоциальными вмешательствами, такими как когнитивная ремедиационная терапия⁷.

Мы разработали SRT таким образом, чтобы эту терапию можно было применять в условиях разделения задач с помощью более доступного и менее затратного персонала, чем та, которая была задействована в вышеупомянутых испытаниях. Мы разработали обширные учебные материалы, включая видеоролики, а также руководства по приверженности терапии и супервизии, которые представлены на сайте⁸. В ходе этой и других работ мы обнаружили, что «неэкспертных» терапевтов можно обучить ключевым элементам подхода SRT, которые затем могут быть успешно применены на практике.

В будущем необходимо развивать потенциал существующих испытаний SRT, сосредоточив усилия на дальнейшем исследовании и внедрении с участием терапевтов-непрофессионалов, а также расширяя применение этой методики для более широких групп людей с неаффективными психотическими расстройствами в сообществе.

David Fowler

School of Psychology, University of Sussex, Brighton, UK

Перевод: Исакулян Елизавета Леоновна, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Griffiths SL, Wood SJ, Birchwood M. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:140-5.
2. Fowler D, Hodgekings J, Berry C et al. *Psychosis* 2019;11:261-72.
3. Fowler D, Hodgekings J, Painter M et al. *Psychol Med* 2009;39:1627-36.
4. Barton GR, Hodgekings J, Mugford M et al. *Schizophr Res* 2009;112:158-63.
5. Fowler D, Hodgekings J, French P et al. *Lancet Psychiatry* 2018;5:41-50.
6. Fowler D, Hodgekings J, French P. *Schizophr Res* 2019;203:99-104.
7. Frawley E, Cowman M, Cella M et al. *Pilot Feasibility Stud* 2022;8:109.
8. Fowler D, Hodgekings J, Berry C et al. <https://www.socialrecoverytherapy.co.uk>.

DOI:10.1002/wps.21208

Совокупность минимальных улучшений: практико-ориентированная философия клинической помощи в психиатрии

Berk M, Marx W, Nierenberg AA. The aggregation of marginal gains: a pragmatic philosophy of clinical care in psychiatry. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):291-292. doi: 10.1002/wps.21174.

Сетования на ограниченную эффективность конкретных терапевтических подходов являются клишированным первым предложением множества статей. Тем не менее эта конкретная истина не описывает всю картину. Теория совокупности минимальных улучшений (aggregation of marginal gains), также известная как «теория вклада 1%», предполагает, что незначительные, продолжительные и поэтапные улучшения по различным направлениям могут привести к существенному прогрессу в какой-либо сфере¹. Данная теория применялась в различных сферах, включающих спорт, бизнес, а также здравоохранение. Она же, по-видимому, может быть актуальной и для психиатрической клинической практики.

Наиболее известным примером использования данного подхода является опыт британской велосипедной команды «Sky». Менеджеры команды ввели множество небольших изменений и улучшений различных аспектов деятельности команды – тренировок, питания, сна, оборудования и восстановления. Цель заключалась в объединении этих небольших по отдельности улучшений в значительное общее повышение уровня команды. Эта «алхимия» позволила уйти от горьких поражений к победам на велогонках «Tour de France». С тех пор концепция «совокупности минимальных улучшений» широко использовалась в различных сферах и стала популярной стратегией достижения долговременных улучшений¹. В области психиатрии эта идея согласуется с недавно опубликованным в данном журнале мнением Stein et al.² о том, что прогресс в психиатрии будет обусловлен не появлением какой-либо одной новой преобразующей концепции, а «постепенным прогрессом и повторяемой интеграцией».

Концепция совокупности минимальных улучшений в психиатрии может заключаться в одновременном применении у каждого человека ряда подходов, направленных на устранение определенных факторов риска или патогенетических звеньев. По утверждению Kendler³, психические заболевания крайне мультикаузальны, например, для депрессии было выявлено как минимум 37 факторов риска. В дополнение Borsboom et al.⁴ показали, что сложные психиатрические синдромы объясняются скорее комплексным сетевым взаимодействием множества факторов, а не редукционистскими моделями.

Аналогично Loscazo et al.⁵ использовали математику сетей для демонстрации взаимодействия между всеми существенными факторами («интеракт-ом») и всеми изменениями, которые могут привести к патологическому состоянию («болезне-ом») данной сети. Эти сети приобретают здоровое состояние («здоровье-ом»), когда подвергаются терапевтическому вмешательству. Тем не менее это здоровое состояние склонно существовать временно и скоро возвращается в патологическое состояние, «если множественные терапевтические вмешательства не зафиксируют сеть в здоровом состоянии»⁵.

Помимо этого, моделирование тех факторов, что вызывают другие факторы (например, бессонница может приводить к утомляемости), может помочь клиницистам выявить наиболее важные мишени для терапии². Так, продемонстрировать дальнейший путь развития может модель снижения риска «Швейцарский сыр»⁶. Данный подход, широко используемый в здравоохранении, фокусируется на поэтапных улучшениях нескольких несовершенных вмешательств для того, чтобы обеспечить суммарный эффект, который будет превосходить эффект какого-либо вмешательства по отдельности.

Попытки концептуализировать психические заболевания как имеющие строго одну причину или сугубо линейные по большей части были неудачными. Следовательно, необходимы подходы, которые используют вышеупомянутые сложные мультикаузальные сетевые модели, что также может способствовать персонализации терапии. Подходы прецизионной медицины; в основном, нацелены на какие-либо биомаркеры или другие единичные факторы, по которым можно отделять пациентов, требующих различных терапевтических подходов. В отличие от этого, клинический подход нацелен на понимание и объяснение разнообразия и взаимосвязи множества предрасполагающих, инициирующих и закрепляющих факторов, которые и приводят к возникновению нарушений и симптомов у каждого отдельного человека⁷. В их число входят генетическая предрасположенность, различные этиологические факторы для раннего или позднего начала, влияние прошлых или текущих жизненных событий и факторов стресса, факторы образа жизни и окружающей среды; сопутствующее употребление психоактивных веществ, соматические или психические расстройства; прежний жизненный опыт, развитие и последующее закрепление когнитивных схем, слабые и сильные стороны личности, текущие отношения и поддержка^{7,8}.

Объединение принципов совокупности минимальных изменений и комплексного клинического подхода – это действенный практико-ориентированный подход для определения индивидуальных факторов риска и сочетанного использования множества возможных и доступных методов лечения.

Кроме того, для устранения факторов, способных помешать лечению, существует субтрактивный подход. Существует два таких потенциально модифицируемых фактора: разрыв в лечении («treatment gap»), когда люди, страдающие расстройствами, не имеют доступа к лечению, и разрыв между теорией и практикой («evidence-practice gap»), отражающий несоответствие между лечением и исследовательскими данными о его эффективности². Системы здравоохранения представляют из себя сложные взаимосвязанные цепи, и повреждение любого звена способно оказать пагубное влияние на оказываемую помощь. Подход продолжительных изменений включает в себя регулярную оценку состояния пациента; и постоянный поиск новых областей для улучшения. Постоянные небольшие улучшения на системном и индивидуальном уровнях, а также постоянная корректировка лечебного плана по мере необходимости могут помочь клиницистам достичь постоянного прогресса в лечении пациентов.

Образ жизни пациента влияет как на психические, так и на неинфекционные соматические заболевания. Существует большое количество данных, что курение повышает риск развития ряда психических заболеваний и ухудшает их течение. Существует настолько же большое количество данных о том, что отказ от курения не так труден, как считалось раньше, легкодостижим и приводит к улучшению во многих аспектах психического здоровья. То же относится и к повышению физической активности, улучшению качества сна и питания, снижению количества проводимого перед экраном времени: данные улучшения положительно влияют на психическое здоровье и сопутствующие соматические заболевания. Более того, свои минимальные улучшения для некоторых подгрупп людей могут повлечь фармакогеномное тестирование, а также цифровые фенотипирование и терапия².

В дополнение к своему непосредственному влиянию; болезни и их симптомы подрывают возможности людей зани-

маться значимой, полезной и целенаправленной деятельностью. Расписание занятий, поддержка хобби и другой деятельности, поддержание профессиональной увлеченности, волонтерство и укрепление социальных связей, а также поддержка близких и значимых людей могут помочь справиться с этими трудностями.

Таким образом, мультидисциплинарные подходы, заключающиеся во внедрении небольших улучшений в разных сферах, могут улучшить здоровье в целом. Незначительные на первый взгляд улучшения, могут со временем складываться в большие позитивные изменения. Каждое улучшение – это маленькая победа, которая слегка усиливает надежду, уверенность и самодостаточность человека, что улучшает его возможности справляться с последующими задачами. Точно так же, как и в финансовом инвестировании, прибыль от которого не появляется в первые годы, но в течение нескольких десятилетий вырастает многократно, каждое клиническое улучшение усиливает другое и открывает дорогу дальнейшему улучшению состояния.

Другим важным синергетическим фактором является настойчивость. В недавно опубликованной статье было показано, что пациенты, получавшие вплоть до десяти различных методов лечения, показали значительное клиническое улучшение⁹. Этот вывод согласуется с эпидемиологическими данными, показавшими, что люди, получавшие специализированное, многокомпонентное лечение гораздо чаще сообщают, что лечение им «очень сильно» помогло². Очевидным ограничением также является время: шести или восьми недель клинического испытания недостаточно для достижения значимого улучшения самочувствия у большинства пациентов. Необходимо иметь реалистичные ожидания, ведь для большинства пациентов достижение значимого клинического улучшения – это вопрос месяцев, если не лет.

Таким образом, теория совокупности минимальных улучшений может быть прагматико-ориентированной и оптимистичной парадигмой клинической помощи. Из-за сложной природы психических расстройств «панацей» не так уж и много. Если сосредоточить внимание на множестве маленьких, поэтапных улучшений в различных актуальных для каждого конкретного пациента областях, то врачи смогут добиться значимого улучшения психического здоровья в целом. Используя клинический подход, врачи смогут выбрать из всего многообразия методов лечения подходящий каждому конкретному пациенту с учетом его

потребностей и запросов. Кроме того, используя мультидисциплинарный подход и метод продолжительных улучшений, врачи смогут также в дальнейшем еще больше повысить качество оказываемой помощи

**Michael Berk^{1,2}, Wolfgang Marx¹,
Andrew A Nierenberg^{3,4}**

¹ Institute for Mental and Physical Health and Clinical Translation (IMPACT), School of Medicine, Deakin University, Geelong, VIC, Australia

² Orygen, Florey Institute for Neuroscience and Mental Health, and Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

³ Dauten Family Center for Bipolar Treatment Innovation, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA

⁴ Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.

Работа М. Berk поддержана стипендией Senior Principal Research Fellowship и грантами Leadership Investigator Grant (№ 1156072 и № 2017131) Австралийского национального совета по здравоохранению и медицинским исследованиям (Australian National Health and Medical Research Council). Работа W. Marx спонсируется грантом Investigator Grant (№ 2008971) и стипендией Multiple Sclerosis Research Australia earlycareer fellowship. Работа А.А. Nierenberg поддержана P. Hackett Endowed Chair Главного госпиталя Массачусетса (Massachusetts General Hospital), фондами Erdman Fund и Dauten Family Innovation Fund.

Перевод: Ланикин Илья Константинович, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Slater M. Olympics cycling: marginal gains underpin Team GB dominance. BBC Sport, August 8, 2012.
2. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. World Psychiatry 2022;21:393-414.
3. Kendler KS. JAMA Psychiatry 2019;76:108591.
4. Borsboom D, Haslbeck JMB, Robinaugh DJ. World Psychiatry 2022;21:4202.
5. Lee LY, Loscalzo J. Am J Pathol 2019;189:131126.
6. Reason J. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 1990;327:47584.
7. Maj M, van Os J, De Hert M et al. World Psychiatry 2021;20:433.
8. Macneil CA, Hasty MK, Conus P et al. BMC Med 2012;10:13.
9. Kessler RC, Kazdin AE, AguilarGaxiola S et al. World Psychiatry 2022;21:27286.

DOI:10.1002/wps.21174

NIMH поддерживает более всесторонние и инклюзивные геномные исследования в психиатрии

Gitik M, Bingaman LA, Rowland LM, Marques AH. The NIMH supports more comprehensive and inclusive genomic studies in psychiatry. *World Psychiatry*. 2024 Jun;23(2):292-293. doi: 10.1002/wps.21211.

Включение разнообразных популяций в геномные исследования, а также обеспечение объективности и беспристрастности исследования – это важнейшие составляющие получения более точных и актуальных результатов. Тем не менее большинство геномных исследований было проведено на когортах европейского происхождения, с минимальным включением представителей иных популяций^{1,2}. Для устранения этого исторического пробела US National Institute of Mental Health (NIMH, Национальный институт психического здоровья США), используя два источника финансирования, создал Ancestral Population Network (APN, Сеть популяций различного происхождения)³.

APN создавалась для достижения следующих грандиозных целей: а) ускорение генетических исследований психических расстройств в когортах неевропейского происхождения; б) продвижение глобальных исследований в области психического здоровья; в) способствование единообразию измерений и подходов к анализу данных для достижения большей точности и воспроизводимости результатов; г)

создание информационного ресурса для членов APN и научного сообщества. В APN также применяется отчетливый глобальный подход для преодоления различий и несоответствий в уровне исследований психического здоровья через поддержку национальных лидеров в данной сфере, предоставление возможностей для проведения исследований и помощь в профессиональном развитии молодых ученых.

В общем и целом APN соберет и проанализирует данные 200 000 участников (пациенты, контрольные группы и семьи) из более чем 25 организаций по всему миру. Эта работа будет проводиться в рамках семи проектов.

В проекте «Populations Underrepresented in Mental Illness Association Studies» (PUMAS, Недостаточно представленные в исследованиях психических расстройств популяции) будет использовано недавно изобретенное смешанное геномно-экзомное (blended genome exome, BGE) секвенирование для генетической характеристики тяжелых психических заболеваний (ТПЗ), включая шизофрению и биполярное расстройство, в Африке, Южной Америке и США. Це-

лью проекта является создание крупнейшего на сегодняшний день банка фенотипов и генотипов людей с ТПЗ не-европейского происхождения.

Проект «Genomics of Schizophrenia in the South Africa Xhosa» (SAX-II, Геномика шизофрении южно-африканского народа коса) охарактеризует геномную структуру шизофрении у представителей коренного народа коса Южной Африки с помощью сочетания методов полногеномного секвенирования (ПГС) длинных и коротких участков для определения новых классов патогенных мутаций. Использование этих инновационных геномных технологий позволит получить более глубокое понимание геномной структуры людей с шизофренией, а также откроет новый источник данных, позволяющий проводить сравнительные исследования по типу «случай-контроль» для коренных популяций.

Проект «Latin American Trans-Ancestry Initiative for OCD Genomics» (LATINA, Инициатива в геномике ОКР латиноамериканцев различного происхождения) поможет определить геномные локусы обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) в крупнейшей на сегодняшний день латиноамериканской когорте. Локусы с полногеномной значимостью будут подвергнуты точечному картированию. Также для определения генетической предрасположенности будут рассчитаны индивидуальные полигенные шкалы риска (polygenic risk scores, PRS). Результаты данного исследования позволят улучшить понимание патофизиологии ОКР и дадут новые возможности для лечения и улучшения состояния данных пациентов.

Проект «Identifying the Genetic Causes of Depression in a Deeply Phenotyped Population from South Korea» (КОМО-GEN-D, Идентификация генетических причин депрессии в глубоко фенотипированной когорте из Южной Кореи) позволит выявить генетические вариации в глубоко фенотипированной когорте южнокорейских женщин с тяжелой рекуррентной депрессией. Полученные в ходе данного проекта данные будут включены в метаанализ вместе с данными других когорт, что позволит повысить пользу от этого уникального источника собранных данных.

В проекте «Genetic Architecture of Early-Onset Psychosis in Mexicans» (EPIMex, Генетическая архитектура психозов с ранним началом у мексиканцев) будет использоваться BGE-секвенирование для изучения генетической архитектуры психозов с ранним началом в глубоко фенотипированной педиатрической когорте г. Мехико (включая данные о социальных детерминантах здоровья и показатели влияния окружающей среды). Таким образом, будет создан крупнейший на сегодняшний день банк данных людей с данным расстройством. Данный проект позволит улучшить наше понимание факторов риска; с упором на популяцию Мексики, слабо представленную в психиатрических генетических исследованиях.

Проект «Asian Bipolar Genetics Network» (A-BIG-NET, Азиатская сеть генетики биполярного расстройства) создаст крупномасштабный банк генетических данных для изучения биполярного расстройства 1-го типа в популяциях Восточной и Юго-Восточной Азии. Будет проведено глубокое фенотипирование и BGE-секвенирование участников из Тайваня, Южной Кореи, Индии и Сингапура, затем будут внесены данные предыдущего исследования, проведенного в Пакистане. Все это позволит выявить новые генетические ассоциации и возможные генетические причины данного состояния. Кроме того, этот источник данных также предоставит возможность изучать и сравнивать генетическую архитектуру биполярного расстройства 1-го типа у разных популяций по всему миру, что позволит ускорить работу по выявлению новых вовлеченных генов.

В рамках проекта «Genomics of Autism in Latinx Ancestries» (GALA, Геномика аутизма у людей латиноамериканского происхождения) будет исследован генетический риск развития расстройств аутистического спектра в популяциях испанского/латиноамериканского происхождения, проведены полногеномные ассоциативные исследования (genome-wide association studies, GWAS) у людей разного происхождения для выявления общих генетических полиморфизмов, проведено точное картирование и ко-локализа-

ция результатов GWAS, рассчитаны PRS и идентифицированы редкие генетические варианты.

APN предоставляет уникальную возможность улучшения важных аспектов крупномасштабных геномных исследований, включающих согласованность клинических и когнитивных фенотипов в различных социокультурных условиях по всему миру, роль социальных детерминант здоровья, этические принципы глобальных исследований на людях, местный исследовательский потенциал и лидерство, равноправный обмен полученными данными между организациями.

Для сотрудничества в этих областях было создано несколько рабочих групп: а) рабочая группа по согласованию фенотипов, целями которой являются формирование необходимых нормативов и стандартов согласования, поиск возможностей для согласования фенотипирования по всем проектам, ввод новых фенотипических показателей и методов стандартизации; б) рабочая группа по социальным детерминантам здоровья, целями которой являются развитие дискуссии о роли социальных детерминант в геномных исследованиях, содействие анализу взаимодействия между генетикой и социальными факторами в рамках различных проектов APN, разработка стандартного и удобного в использовании протокола для сбора данных о социальных детерминантах; в) рабочая группа по этике, целями которой являются формирование и распространение рекомендаций по надлежащей практике в области взаимодействия с сообществом, установление равноправия в глобальном сотрудничестве, информирование согласия и оценки способности к принятию решения, деятельность этических комитетов; г) рабочая группа по наращиванию потенциала, целями которой является формирование стратегий и практик по наращиванию человеческого капитала путем оценки и определения потребностей, проблем и сильных сторон проектов в рамках APN, кураторства и разработки учебных материалов, а также предложение наилучших практик, связанных с равноправным сотрудничеством; д) рабочая группа по согласованию геномных данных, целями которой являются согласование геномных данных, полученных от популяций различного происхождения, необходимое для получения результатов высокого качества в проектах APN, разработка простых в использовании и стандартизированных планов анализа и вычислений в различных центрах, а также содействие интеграции анализа распространенных и редких вариантов для совместного согласованного генетического анализа; е) рабочая группа по генетическим концепциям, целями которой являются содействие и координация совместного тестирования различных генетических гипотез в рамках APN.

Благодаря своим совместным усилиям APN стремится создать уникальный ресурс в данной области, содержащий примеры и рекомендации о том, как осуществлять равноправное глобальное научное генетическое сотрудничество, а также этические соображения для создания новых центров набора, привлечения местных сообществ и решения проблем стигматизации и нерешительности в отношении участия в научных исследованиях в области психиатрической генетики. Кроме того, APN предоставит наилучшие практики по согласованию фенотипирования с учетом культурных особенностей и интеграции фенотипических и геномных данных. Также будут включены рекомендации по сбору показателей социальных детерминант здоровья и других факторов окружающей среды в генетических исследованиях психического здоровья.

В плоскости геномных исследований целью APN является поддержка усилий по поиску новых генов, при улучшении возможности распространенных и редких вариантов, исследовании специфичных для популяций определенного происхождения вариантов, поддержании усилий по точному картированию среди популяций различного происхождения. В свою очередь, это поможет облегчить использование PRS в различных популяциях, решить проблемы, связанные со смешением популяций, создать более полные справочные карты для каждой конкретной популяции, изучить сходства и различия в генетической структуре различных психических расстройств и их симптомов.

В плоскости подготовки кадров и расширения исследовательского потенциала, APN прививает новому поколению исследователей по всему миру психиатрический генетически ориентированный подход. С помощью объединения различных популяций со всего мира APN стремится к улучшению нашего понимания психических расстройств, что позволит разработать новые подходы для оказания помощи людям различных расовых и этнических групп.

Miri Gitik, Lora A. Bingaman, Laura M. Rowland, Andrea Horvath Marques

National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Больше информации о Ancestral Populations Network вы сможете найти по ссылке: <https://www.nimh.nih.gov/about/organization/dnbbs/genomics-research-branch/ancestral-populations-network-apn>.

Перевод: Ланикин Илья Константинович, г. Москва
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Fatumo S, Chikowore T, Choudhury A et al. Nat Med 2022;28:24350.
2. Ju D, Hui D, Hammond DA et al. Annu Rev Biomed Data Sci 2022;5:32139.
3. US Department of Health and Human Services. <https://grants.nih.gov/grants/guide/pafiles/par20026.html>. DOI:10.1002/wps.21174

DOI:10.1002/wps.21211

Лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в местах лишения свободы: заявление УНП ООН – ВОЗ, Комиссии ООН по обороту наркотических средств

Volkow ND, Scoppetta O, Busse A, Poznyak V, Krupchanka D, Campello G, Zhao M. Treatment of substance use disorders in prison settings: statement by the UNODC-WHO Informal Scientific Network, UN Commission on Narcotic Drugs. World Psychiatry, 23(2), 294-295.

С 2014 года Неформальная научная сеть (ННС) Управления Организации Объединенных Наций по наркотическим средствам и преступности (УНП ООН) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) привносит голос науки в международные дискуссии по вопросам наркополитики, особенно в Комиссии по наркотическим препаратам (КНП), которая является органом ООН, разрабатывающим нормативно-правовое регулирование контроля над наркотическими веществами. В политических дебатах в рамках системы ООН важное место стали занимать вопросы общественного здоровья, связанные с проблемой наркотиков во всем мире, включая профилактику и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ)¹.

Многие попавшие в систему уголовного правосудия имеют в анамнезе расстройства, связанные с употреблением ПАВ, и другие психические нарушения. По некоторым оценкам, каждый третий, находящийся в тюрьме, употреблял наркотики в период заключения². В мире насчитывается 11,2 миллиона заключенных³, и эта цифра продолжает расти. Данный факт, отражающий переполненность тюрем, оказывает глубокое влияние на физическое и психическое здоровье людей, находящихся в заключении, а также на благополучие их семей и окружающих.

Если люди с расстройством, связанным с употреблением ПАВ, и участвуют в преступной деятельности, то зачастую это незначительные правонарушения, вызванные необходимостью продолжения употребления ПАВ⁴. Тюремное заключение не является эффективной мерой борьбы с употреблением ПАВ и со связанными с ним расстройствами⁵, однако оно может усугубить уже существующие проблемы. Расстройства, связанные с употреблением ПАВ, следует рассматривать как патологические состояния, а не как преступное поведение. Важно обеспечить доступное доказательное лечение этих расстройств в обществе и вводить различные меры, не связанные с лишением свободы, в качестве альтернативы осуждению или наказанию для людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, и совершивших правонарушения, главным образом, лечение этих расстройств. В случае совершения правонарушений, связанных с личным употреблением наркотиков и других не тяжких правонарушений людьми, злоупотребляющими ПАВ, государство должно направлять их на получение медицинской помощи и мер социальной

поддержки вместо применения неэффективных карательных мер.

Этот подход соответствует Международным стандартам лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ, УНП ООН – ВОЗ⁴ и Международным конвенциям по контролю над наркотическими средствами, Минимальным стандартным правилам ООН в отношении обращения с заключенными⁶, Минимальным стандартным правилам ООН в отношении мер, не связанных с лишением свободы⁷, а также Правилам ООН по обращению с женщинами-заключенными и мерам, не связанным с лишением свободы, в отношении женщин-правонарушителей⁸.

Когда тяжесть преступления не позволяет рассматривать лечение в качестве альтернативы приговору или наказанию, государство должно обеспечить как доступ к лечению в условиях тюрьмы, так и его продолжение на должном уровне после окончания заключения. Обеспечение лечения и помощи в местах лишения свободы соответствует резолюции Комиссии по наркотическим веществам (КНВ) 61/7 «Удовлетворение особых потребностей уязвимых членов общества в ответ на общемировую проблему наркотических средств»⁹ и Итоговому документу Специальной сессии по наркотикам Генеральной Ассамблеи ООН 2016 года¹.

Чтобы гарантировать получение людьми с расстройством, связанным с употреблением ПАВ, в местах лишения свободы, приемлемого лечения в соответствии с международными стандартами и рекомендациями, ННС рекомендует следующее:

Лица, употребляющие ПАВ в немедицинских целях или страдающие расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, не должны подвергаться уголовному преследованию за употребление ПАВ. Данная категория граждан, в том числе находящиеся в местах лишения свободы, должна иметь доступ к добровольному лечению независимо от их правового статуса. Альтернативы осуждению или наказанию должны быть предусмотрены для людей с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, совершивших не тяжкие правонарушения, с целью снижения уровня преступности, рецидивизма и смертности, а также улучшения здоровья и благосостояния при одновременном укреплении социальной справедливости. Необходимо проводить скрининговое клиническое обследование на предмет выявления расстройств, связанных с употреблением ПАВ, и сопут-

ствующих состояний, в частности суицидальности, до прибытия в места лишения свободы и во время нахождения в них для постановки правильного диагноза, необходимого для обеспечения адекватного лечения и предотвращения рецидива употребления и связанных с ним расстройств. Помощь при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ, должна осуществляться в соответствии с этическими нормами, отстаивать принципы прав человека и соответствовать международным стандартам. Она не должна применяться в карательных целях. Для обеспечения качественной помощи и этичного лечения в местах лишения свободы необходимо создать независимые механизмы оценки, соответствующие общепринятым стандартам. Во всех случаях, связанных с системой правосудия, люди, отбывающие наказание, должны получать помощь и лечение того же уровня, что и вне мест лишения свободы, независимо от пола, возраста, расы, религиозного, культурного или социального статуса, включая программы для лиц с особыми потребностями в лечении и помощи. Лечение лиц с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, должно осуществляться в соответствии с принципом преемственности оказания помощи, включающего расширенный спектр медицинских и социальных услуг, чтобы сохранить достигнутый успех после возвращения в общество и для профилактики возобновления употребления наркотиков, особенно для детей и членов семей заключенных. Лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в тюремных медицинских учреждениях должно проводиться независимо от тюремной администрации и при этом эффективно координироваться. Доказательные подходы в психофармакотерапии должны широко применяться для лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ, а также коморбидных состояний, в период отбывания наказания и по возвращении в общество. Налоксон должен быть доступен для купирования передозировок как в учреждениях уголовного правосудия, так и после освобождения, также необходимо обеспечить соответствующую подготовку специалистов и сотрудников тюрем. Для обеспечения качественной помощи и устойчивого развития необходимо обеспечить соответствующую подготовку как сотрудников системы здравоохранения, так и уголовного правосудия. Необходимо обеспечить достаточное финансирование для обеспечения качественной помощи людям с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, до, во время и после заключения. Необходимо обеспечить финансовую поддержку и инвестиции в систематический сбор данных для мониторинга, оценки и распределения ресурсов. Признавая, что социальные детерминанты здоровья могут быть факторами риска для употребления ПАВ и правонарушений, следует разработать законодательные и регуляторные меры, направленные на их устранение, поскольку они одинаково важны для реабилитации и выздоровления людей с расстройствами употребления ПАВ.

Доказательный подход в терапии расстройств, связанных с употреблением ПАВ, имеет решающее значение для снижения уровня потребления ПАВ, передозировок, рецидивов употребления и совершения правонарушений среди людей, имеющих опыт взаимодействия с системой уголовного правосудия. Терапевтические меры, производимые в соответствии с международными стандартами УНП ООН и ВОЗ, могут способствовать как улучшению благосостояния общества, так и выздоровлению конкретного человека. Чтобы гарантировать, что все люди с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, оказавшиеся в контакте с си-

стемой уголовного правосудия, включая тех, кто находится в тюрьме, получат равный уровень ухода и уважительного отношения, ННС призывает государства – члены ООН рассматривать расстройства, связанные с употреблением ПАВ, не с позиции уголовного правосудия, а с позиции общественного здравоохранения.

Nora D. Volkow¹, Orlando Scoppetta², Anja Busse³, Vladimir Poznyak⁴, Dzmitry Krupchanka⁴, Giovanna Campello³, and the UNODC/WHO Informal Scientific Network

¹National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD, USA;

²Corporacion Nuevos Rumbos, Bogotá, Colombia;

³UN Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria;

⁴Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Авторы благодарят за их ценный редакторский труд С. Gamboa-Riano, H. Fritz, J. Hobin, A. Lee, E. Einstein, E.M. Wargo и T. Clarke. Ответственность за взгляды, выраженные в этом письме, несут только его авторы, они необязательно отражают взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны. Состав УНП ООН – ВОЗ ННС включает: E. AdjeiAcquah, M. al'Absi, S. Al Emadi, O.A. Alibrahim, P. Arwidson, S. Ben-Ezra, J.G. Bramness, M. Branting, E. Bryun, M. Chakali, C.F. Damin, G. Fischer, E. Krupitsky, R. Lal, C. Leonardi, Z. Liu, M.A. Mahfouz, I. Maremmanni, M.T. Matar, S.A. Maua, M.E. Medina-Mora, T. Mota Ronzani, E. Neumeier, I. Obot, S. Onen, K.M. Ostaszewski, P. Roska, M.P. Schaub, O. Scoppetta, V.I. Skriabin, M. Torrens, S.T. Zhenkova, J. Toufiq, G. Vilar, J.A. Villatoro-Velázquez, N. Volkow, K. Vyshinsky and M. Zhao.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск

Редактура: Шишкова Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. UN Office on Drugs and Crime. Outcome document of the 2016 UN General Assembly special session on the world drug problem. New York: United Nations, 2016.
2. UN Office on Drugs and Crime. World drug report 2017: global overview of drug demand and supply. Vienna: United Nations, 2017.
3. UN Office on Drugs and Crime. Data matter snapshot — global prison population and trends (2023). Vienna: United Nations, 2023.
4. UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Vienna and Geneva: UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization, 2020.
5. Jordan AE, Kashino W, Suhartono S et al. *Crim Justice Behav* 2023;50:787-805.
6. UN Office on Drugs and Crime. The UN standard minimum rules for the treatment of prisoners. Vienna: United Nations, 2015.
7. United Nations. UN standard minimum rules for non-custodial measures. New York: United Nations, 1990.
8. United Nations. UN rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders. New York: United Nations, 2010.
9. Commission on Narcotic Drugs. Addressing the specific needs of vulnerable members of society in response to the world drug problem. Vienna: United Nations, 2018.

DOI:10.1002/wps.21210

Система ведения пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями в Китае: вопросы, требующие ответов

Tang YL, Luo XN, Wang XD. The Serious Mental Illness Management System in China: concerns to be addressed. *World Psychiatry*. 2024;23(2):295-296. doi:10.1002/wps.21212

Система ведения пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями (SMIMS – Serious Mental Illness Management System, SMIMS) в Китае – это национальная государственная программа, направленная на удовлетворение потребностей людей с тяжелыми психическими расстройствами на общественном уровне. Руководящий документ «Стандарты ведения и лечения тяжелых психических заболеваний» был обновлен в 2018 году¹.

Система направлена на оказание помощи на уровне сообщества людям с установленным диагнозом одного из шести психических расстройств: шизофрения, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство, биполярное расстройство, психическое расстройство вследствие эпилепсии и умственная отсталость¹. Она отражает многогранный подход, предполагающий привлечение специалистов в области психического здоровья, полиции, специалистов по социальной работе и волонтеров для формирования общей команды.

По состоянию на 2020 год в системе было зарегистрировано не менее 6,4 миллиона пациентов². Однако, учитывая реальное количество людей с тяжелыми психическими заболеваниями в Китае, система, скорее всего, используется явно недостаточно. Исследование показало, что более 50% людей с вышеперечисленными диагнозами не были зарегистрированы в системе³.

Предполагается, что SMIMS должна предоставлять ряд видов помощи на уровне сообщества, включая амбулаторное наблюдение, посещение родственников, бесплатное лекарственное обеспечение и финансовую помощь. Недавнее исследование⁴ показало, что среди выписанных из стационара пациентов с шизофренией 88,9% согласились на последующее наблюдение. В ряде других исследований сообщалось, что пациенты, участвующие в программе SMIMS, имели более благоприятные исходы, включая меньшее число повторных госпитализаций, лучшую приверженность медикаментозному лечению и меньшую выраженность симптомов^{2,5,6}.

Проект SMIMS, вероятно, является самым крупным и всеобъемлющим в мире, в нем задействовано множество уровней власти и специалистов из разных сфер. Он принес пользу миллионам пациентов, в том числе повысил доступность лечения. Однако с годами возникли некоторые опасения относительно баланса между мониторингом и лечебными мероприятиями, отсутствия механизма выхода из системы и возможных ограничений для отдельных лиц после их регистрации в системе.

Одна из основных проблем, связанных с SMIMS, заключается в том, что в ней делается упор на мониторинг, а не на лечение. Как только человеку выставляют диагноз одного из шести вышеперечисленных заболеваний, врач обязан внести информацию о пациенте в базу данных SMIMS. После регистрации пациенты и их семьи теоретически могут отказаться от последующей социальной поддержки, однако было установлено, что более чем в 95% случаев мониторинг в последующем продолжается², что скорее говорит об обязательном включении всех зарегистрированных пациентов в систему мониторинга.

Кроме того, информация о пациентах в SMIMS передается в полицейские управления и локальные комитеты, что вызывает опасения по поводу конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни. Хотя предотвращение насилия и преступлений, а также обеспечение стабильности общества является важной и обоснованной целью, важно также отметить, что у людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, риск стать жертвой преступ-

ления гораздо выше, чем риск его совершить⁷, и меры контроля не должны подрывать суть пациент-ориентированной помощи. Разумный баланс между мониторингом и лечением необходим для того, чтобы избежать дальнейшей стигматизации и отчуждения людей с тяжелыми психическими заболеваниями, а также для создания среды, в которой пациенты чувствуют поддержку и новые возможности на пути к выздоровлению⁸.

Отсутствие механизма выхода из системы SMIMS вызывает этические опасения. В настоящее время, как только человек оказывается зарегистрирован в системе, информация о нем остается там на неопределенный срок, независимо от того, улучшилось ли его состояние, достиг ли он ремиссии или изначально по случайности был выставлен неверный диагноз. Такая практика не учитывает динамическую природу психических расстройств и возможность выздоровления или значительного улучшения функционирования с течением времени. Механизм выхода не только позволит избежать ненужного обременения для тех, кто больше не соответствует критериям тяжелого психического заболевания, но и позволит более эффективно распределять ресурсы среди тех, кто в них больше всего нуждается.

Тот факт, что правительство имеет доступ к информации о пациентах, вызывает опасения, что права пациентов могут быть ущемлены. Согласно действующим правилам с расплывчатыми формулировками, возможные ограничения для лиц, зарегистрированных в SMIMS, включают отказ в выдаче водительских прав⁹. Когда информация о пациентах вносится в SMIMS, их обычно информируют о преимуществах, но не о потенциальных рисках. Нередко пациенты и их семьи задают вопросы психиатрам, поставившим эти диагнозы, что приводит к конфронтации. В результате многие психиатры, особенно ведущие амбулаторный прием, могут не решаться ставить определенные диагнозы или прибегать к диагнозам, не входящим в перечисленные шесть категорий, например, ставить неуточненное расстройство настроения вместо биполярного расстройства. Стоит задуматься о том, почему система, созданная с благими намерениями, не только оттолкнула многих пациентов, но и стала источником конфликтов между пациентами и врачами.

Кроме того, не существует организованной системы для оспаривания или обжалования вышеупомянутых ограничений. Любые ограничения должны быть тщательно продуманы, четко определены и регулярно пересматриваться с целью защиты как прав отдельных лиц, так и благополучия общества.

Чтобы решить обозначенные проблемы и усовершенствовать SMIMS, необходимо предпринять несколько шагов. Во-первых, необходимо провести строгие независимые исследования для оценки эффективности и применимости системы в сравнении с данными об аналогичных программах на уровне сообщества. Исследования должны быть направлены на изучение влияния системы на пациентов, специалистов и общество. Во-вторых, система должна сместить акцент с мониторинга на пациент-ориентированный подход, который ставит во главу угла индивидуальное благополучие, лечение и выздоровление. В-третьих, в SMIMS должен быть предусмотрен механизм выхода из системы, чтобы выводить из нее пациентов, которые больше не соответствуют критериям тяжелого психического заболевания или которым был поставлен неверный диагноз. Регулярный анализ состояния пациентов обеспечит эффективное распределение ресурсов и позволит избежать излишнего давления на пациентов. Наконец, любые потенциальные

ограничения в отношении отдельных лиц в рамках SMIMS должны быть прозрачны, четко определены и доведены до сведения пациентов и их семей, а пациенты должны иметь механизм для оспаривания и обжалования таких ограничений.

В заключение надо сказать следующее. Мы верим, что система SMIMS в Китае представляет собой исторически значимую попытку решить проблемы управления тяжелыми психическими заболеваниями в рамках сообщества. Тем не менее необходима всесторонняя независимая оценка системы, которая должна послужить основой для внесения изменений, основанных на доказательном подходе, которые ставят во главу угла заботу о пациенте, права личности и общую цель – улучшение жизни пациентов и их окружения. В частности, необходимо решить проблемы, связанные с балансом между мониторингом и лечением, отсутствием механизма выхода и потенциальным ограничением прав человека.

Yi-Lang Tang^{1,2}, Xiao-Nian Luo³, Xiang-Dong Wang⁴

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University, Atlanta, GA, USA;

²Mental Health Service Line, Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA;

³Wu Zhongpei Memorial Hospital, Foshan City, Guangdong Province, China;

⁴Institute of Mental Health, Peking University Sixth Hospital, Peking University, Beijing, China.

Авторы выражают благодарность L. Zhou за комментарии к статье.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск

Редактура: Шишкова Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. National Health Commission of China. Standards for the management and treatment of serious mental illness. Beijing: National Health Commission of China, 2018.
2. Zhang WF, Ma N, Wang X et al. Chinese J Psychiatry 2022;55:122-8.
3. Guo J, Zhou L, Liu J et al. Chin Ment Health J 2019;33:728-33.
4. Wang J, Su J, Sun X et al. Asian J Psychiatry 2023;80:103433.
5. Zhu XX, Li Y, Zhou AH. Contemp Med 2022;28:5-8.
6. Wang W, Tang Y, Xiong KW et al. Clin Med 2017;37:30-2.
7. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA et al. World Psychiatry 2023;22:230-1.
8. Tang YL. Chin Ment Health J 2013;27:563-8.
9. Ministry of Public Security of China. Regulations on the application and use of motor vehicle driving licenses. Beijing: Ministry of Public Security of China, 2021.

DOI:10.1002/wps.21212

Прием препаратов и выход на больничный при биполярном расстройстве: общенациональное регистровое исследование

Holm M, Tanskanen A, Tiihonen J et al. Medication use and sickness absence from work in bipolar disorder: a nationwide register-based study. *World Psychiatry*. 2024;23(2):296-297. doi:10.1002/wps.21213.

Согласно репрезентативным регистровым исследованиям демографических данных в Скандинавских странах¹⁻³, меньше половины лиц с биполярным аффективным расстройством трудоустроены, а у тех, кто трудоустроен, затруднено поддержание стабильной занятости и распространены выходы на больничный⁴.

Известно, что антипсихотики и стабилизаторы настроения эффективны для купирующей терапии мании и профилактики рецидивов биполярного расстройства⁵⁻⁸. Несмотря на то, что схема приема препаратов может оказывать значительное влияние на трудоспособность, связь между приемом лекарств и посещением работы у лиц с биполярным расстройством не была изучена.

Целью настоящего исследования было изучение связи приема стабилизаторов настроения, антипсихотиков и антидепрессантов с риском временной нетрудоспособности (выход на больничный) среди трудоустроенных лиц с биполярным расстройством в общенациональной когорте.

Выборку составили лица с диагнозом биполярного расстройства (коды F30 или F31 по МКБ-10 или 2962–2964 и 2967A по финской версии МКБ-9) в период с 1987 по 2017 год, согласно Финскому реестру здравоохранения, в возрасте от 18 до 63 лет.

Наблюдение началось с 1 января 2005 года или с момента первой постановки диагноза биполярного расстройства, или по достижении людьми возраста 18 лет (в зависимости от того, что наступило последним). Наблюдение закончилось 31 декабря 2018 года или по достижении людьми возраста 63 лет, или в случае их смерти (в зависимости от того, что наступило раньше).

Из всей когорты была выделена группа, которую составили лица с первым эпизодом биполярного расстройства, установленным в период с 2005 по 2017 год. Те, кто принимал антипсихотические препараты или стабилизаторы настроения в течение года до своего первого диагноза, были исключены из этой выборки.

Данные о периодах занятости и больничных листах с 2005 по 2018 год были получены из регистров Финского центра пенсионного обеспечения и Института социального страхования. Основным исследуемым показателем был риск выхода на больничный в периоды работы. Короткие больничные листы (т. е. менее 10 дней) не учитывались.

Данные о приобретении лекарств были получены из регистра рецептов, а периоды приема лекарств были оценены с помощью методологии PRE2DUP⁹. Согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ), препараты кодировались следующим образом: антипсихотики – N05A, за исключением лития; стабилизаторы настроения: литий – N05AN01, вальпроаты – N03AG01, ламотриджин – N03AX09 и карбамазепин – N03AF01; антидепрессанты – N06A.

При статистическом анализе мы использовали внутрисубъектный дизайн, где каждый человек служил своим собственным контролем. Методом регрессии Кокса мы сравнили категории приема препаратов (только антидепрессант; только стабилизатор настроения; антидепрессант и стабилизатор настроения; только антипсихотик; антипсихотик и антидепрессант; стабилизатор настроения и антипсихотик; стабилизатор настроения, антипсихотик и антидепрессант) с отсутствием приема. Изменяющимися во времени ковариатами были возраст на начало наблюдения, порядок классов лекарств, количество предыдущих пропусков по болезни, использование бензодиазепинов (N05BA и N05CD) и использование Z-препаратов (N05CF). Отдельно рассматривались данные мужчин и женщин.

Выборку составили 50 072 человека, из них 28 089 (56,1%) женщин. Из всей выборки 22 408 (44,7%) человек были трудоустроены во время наблюдения (57% женщин, средний возраст: 34,8±11,5 года). Из трудоустроенных 12 812 (25,6% всей выборки) человек не имели периода занятости, заканчивающегося выходом на больничный, тогда как у 9596 (19,2% всей выборки) лиц такой период занятости

сти был. Выборка первого эпизода состояла из 18 000 человек (56% женщин, средний возраст: 37,0±13,0 лет), из которых у 10 000 (55,5%) был период занятости во время наблюдения, и 4216 (23,4%) был выписан больничный лист.

Прием стабилизаторов настроения, с одновременным приемом антипсихотиков или антидепрессантов или без таковых, был ассоциирован с более низким риском выхода на больничный, чем отсутствие приема препаратов. Прием только стабилизатора настроения был ассоциирован с самым низким риском (отношение рисков (hazard ratio), HR=0,79, 95% ДИ: 0,72–0,87), за ним следовал одновременный прием стабилизатора настроения и антипсихотика (HR=0,82, 95% ДИ: 0,74–0,95), а также стабилизатора настроения и антидепрессанта (HR=0,88, 95% ДИ: 0,79–0,97). Прием только антидепрессанта был ассоциирован с более высоким риском выхода на больничный, чем отсутствие приема препаратов (HR=1,23, 95% ДИ: 1,15–1,33). Из ковариат с повышенным риском выхода на больничный был ассоциирован прием как бензодиазепинов (HR=1,34, 95% ДИ: 1,24–1,46), так и Z-препаратов (HR=1,34, 95% ДИ: 1,23–1,47).

Результаты по группе первого эпизода схожи с результатами по всей выборке, за исключением более выраженной ассоциации между приемом антипсихотических препаратов или стабилизаторов настроения и выходом на больничный. Одновременный прием стабилизатора настроения и антипсихотика был ассоциирован с самой низкой частотой выхода на больничный (HR=0,63, 95% ДИ: 0,53–0,74), за ним следовал прием стабилизатора настроения и антидепрессанта (HR=0,65, 95% ДИ: 0,54–0,79), прием только стабилизатора настроения (HR=0,65, 95% ДИ: 0,56–0,76) и прием только антипсихотика (HR=0,77, 95% ДИ: 0,66–0,90). Кроме того, ассоциация между приемом только антидепрессантов и выходом на больничный едва достигла уровня статистической значимости (HR=1,12, 95% ДИ: 1,01–1,24) (см. также дополнительную информацию).

Мы также отдельно изучили риск выхода на больничный у женщин и мужчин. Полученные данные были схожи с результатами исходного анализа. В выборке первого эпизода риск выхода на больничный при приеме только стабилизатора настроения, стабилизатора настроения и антидепрессанта и только антипсихотика был немного ниже у мужчин, чем у женщин, что указывает на более сильный эффект, например, для использования только антипсихотика HR составил 0,66 (95% ДИ: 0,52–0,84) у мужчин и 0,86 (95% ДИ: 0,71–1,05) у женщин. Следует отметить, что ассоциация между приемом только антидепрессанта и выходом на больничный была схожей у мужчин и женщин (см. также дополнительную информацию).

Таким образом, наше исследование демонстрирует заметное снижение риска временной нетрудоспособности, определяемой как выход на больничный, среди лиц с первым эпизодом биполярного расстройства, которые принимали стабилизаторы настроения и/или антипсихотик, по сравнению с периодами без приема этих препаратов. Хотя эффект был несколько ниже во всей выборке, прием стабилизатора настроения, как отдельно, так и в сочетании с антидепрессантом или антипсихотиком, оставался в значительной степени ассоциированным со снижением риска отсутствия по болезни.

Эти результаты согласуются с предыдущими исследованиями, показывающими, что стабилизаторы настроения и антипсихотики эффективны для терапии аффективных расстройств и для профилактики рецидивов при биполярном расстройстве в частности. Однако в предыдущих исследованиях функциональные результаты игнорировались и, насколько нам известно, связь между посещением работы и использованием препаратов ранее не исследовалась. Результаты этого исследования подчеркивают важность эффективного лечения, особенно на ранних стадиях. Терапия также может быть способна уменьшить вторичные негативные эффекты расстройства, которые препятствуют способности к поиску работы и удержанию на рабочем месте. С другой стороны, монотерапия антидепрессантами была ассоциирована с повышенным риском выхода на больничный. Хотя это открытие может быть отчасти связано с влиянием вмешивающихся сопутствующих факторов (известно, что симптомы депрессии тесно связаны с сокращением рабочих часов), тем не менее оно подчеркивает необходимость более эффективных вариантов терапии депрессивных эпизодов у лиц с биполярным расстройством.

**Minna Holm¹, Antti Tanskanen^{2,4},
Jari Tiihonen^{2,4}, Heidi Taipale^{2,5}**

¹ Equality Unit, Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland;

² Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³ Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland; ⁴ Center for Psychiatry Research, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ⁵ School of Pharmacy, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Исследование финансировалось Академией Финляндии (грант № 310295). Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу: https://osf.io/8kx7v/?view_only.

Перевод: Арбенина Анастасия Алексеевна, г. Москва

Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Holm M, Taipale H, Tanskanen A et al. Acta Psychiatr Scand 2021;143:61-71.
2. Christensen TN, Wallstrøm IG, Eplov LF et al. Nord J Psychiatry 2022;76:225-32.
3. Hakulinen C, Elovainio M, Arffman M et al. Psychiatr Serv 2020;71:250-5.
4. Carlborg A, Ferntoft L, Thuresson M et al. Bipolar Disord 2015;17:76-85.
5. Yildiz A, Nikodem M, Vieta E et al. Psychol Med 2015;45:299-317.
6. Miura T, Noma H, Furukawa TA et al. Lancet Psychiatry 2014;1:351-9.
7. Lähteenvuo M, Tanskanen A, Taipale H et al. JAMA Psychiatry 2018;75:347-55.
8. Kishi T, Ikuta T, Matsuda Y et al. Mol Psychiatry 2022;27:1136-44.
9. Tanskanen A, Taipale H, Koponen M et al. BMC Med Inform Decis Mak 2015; 15:1-13.

DOI:10.1002/wps.21213

Модуляция самореферентной обработки посредством медитации и психоделиков: имеет ли научное исследование самотрансценденции клиническую значимость?

Sacchet MD, Fava M, Garland EL. Modulating self-referential processing through meditation and psychedelics: is scientific investigation of self-transcendence clinically relevant? *World Psychiatry*. 2024;23(2):298-299. doi:10.1002/wps.21214.

Самореферентная обработка является основной чертой человеческого опыта и включает в себя множество когнитивных способностей, которые поддерживают «Я»-концепцию, включая внутренние представления, связывающие важную информацию с идентичностью человека. Хорошо известно, что самореферентная обработка играет большую роль в возникновении, поддержании, профилактике и лечении психических расстройств, включая аффективные, тревожные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. Мы предполагаем, что медитации и психоделики могут модулировать процесс самореферентной обработки через самотрансценденцию, и призываем к дальнейшему исследованию этого трансдиагностического механизма действия.

Медитативные практики и психоделики вновь обрели популярность в психиатрии после первоначального интереса в 1970-х годах. Медитация – это форма когнитивной тренировки с целью улучшения внимания, эмоциональной саморегуляции и достижения самотрансценденции. Психоделики – это сильнодействующие психоактивные вещества, которые изменяют восприятие и настроение, влияют на многочисленные когнитивные процессы, включая самоощущение, и, как предварительно показано, оказывают терапевтический эффект при аффективных и тревожных расстройствах.

Можно утверждать, что научное исследование медитации прошло через две эпохи и в настоящее время мы вступаем в третью. Первая эпоха (1995–2005 гг.) характеризуется двумя типами исследований. Первая серия исследований предоставила первоначальные результаты, указывающие на терапевтические эффекты медитации во многих областях (например, депрессия, тревожность и боль) с различной степенью эффективности, а затем воспроизвела их. Параллельно с этим вторая серия исследований продемонстрировала первоначальные результаты, касающиеся различий между людьми с большим опытом медитации и новичками, сосредоточившись на ранее не изученном влиянии медитации на мозг. Вторая эпоха, примерно с 2005 по 2020 год, характеризовалась более строгими полномасштабными рандомизированными контролируемыми испытаниями (РКИ), а также исследованиями, направленными на определение когнитивно-аффективных механизмов, лежащих в основе пользы медитации для здоровья. Например, исследователи использовали методы функциональной нейровизуализации для изучения внимания и регуляции эмоций, а также связи этих процессов со здоровьем и благополучием, включая влияние на психическое состояние.

Мы предполагаем, что в настоящее время исследования медитации вступают в третью фазу, выходя за рамки фокуса на механизмах регулирования внимания и эмоций и переходя к изучению продвинутой медитации, то есть состояний и стадий практики, которые раскрываются с ростом мастерства, включая более глубокие психологические трансформации, такие как самотрансценденция и недвойственное осознание (т. е. эмпирическое объединение дихотомии субъект-объект, которая обычно структурирует человеческий опыт). Клинические результаты и нейронные механизмы таких самотрансцендентных переживаний теперь начали изучаться в контексте психоделик-ассистированной психотерапии.

На сегодняшний день эффект медитации преимущественно изучался через призму снижения стресса. Например, техника снижения стресса, основанная на осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), наиболее из-

вестная и широко применяемая программа, которая базируется на медитации, была разработана для снижения стресса, хотя позже было обнаружено, что она также эффективна для снижения тревожности и тяжести симптомов депрессии у широкого круга людей. Сейчас мы находимся на пороге новой волны исследований и клинического применения таких техник, которые фокусируются на аспектах продвинутой медитации, включая самотрансценденцию.

Самотрансценденция – характеризующаяся растворением эго, аффективным блаженством и слиянием или смягчением границы между собой и другим/объектом (т. е. недвойственностью) – это феноменологический опыт, о котором сообщалось во многих созерцательных, философских, религиозных и духовных традициях по всему миру на протяжении тысяч лет. Этот опыт ценится как катализатор сострадательного поведения и самоактуализации. Значительные доказательства указывают на то, что психоделики могут вызывать радикальные переживания самотрансценденции. Мы утверждаем, что самотрансценденция и то, что называют измененными состояниями сознания или пиковыми переживаниями, должны быть полноправными объектами для изучения. Мы считаем, что в настоящее время существует потребность в тщательном изучении этих явлений в контексте современной психиатрии и что это стремление может предоставить новые возможности для содействия психологического благополучия в клинических и неклинических контекстах.

В недавнем РКИ (N=165) мы обнаружили, что основанная на осознанности программа при злоупотреблении опиоидами вызывала самотрансцендентные переживания, характеризовавшиеся растворением эго, блаженством и недвойственным осознанием в значительно большей степени, чем в группе контроля, в которой проводилась психотерапия¹. Самотрансцендентные переживания были связаны с увеличением мощности тета-волн на ЭЭГ в области передней средней линии во время медитации, что опосредовало эффекты основанной на осознанности программы по снижению злоупотребления опиоидами в течение 9 месяцев наблюдения. Эти эффекты были точно воспроизведены в другом исследовании². Два других недавних РКИ показали, что развитие повышенного самотрансцендентного переживания посредством медитации связано с уменьшением хронической боли^{3,4}.

Психоделики также были связаны с самотрансценденцией в клинических испытаниях⁵, и некоторые нейровизуализационные исследования выявили связи между самотрансценденцией (иногда в посвященной психоделическому опыту литературе называемой «растворением эго»), деактивацией сети пассивного режима работы мозга⁶ и активацией кортико-стриато-таламо-кортикальной системы⁷.

Исследование самотрансценденции и других аспектов продвинутой медитации позволит получить более тонкое понимание феноменологии этих переживаний, видов практик, которые к ним ведут, их траекторий развития (имеется в виду развитие в процессе медитации) и результатов (достижения конечных целей практики). Нейровизуализационные исследования самотрансценденции и продвинутой медитации в более широком смысле (например, связанные с измененным восприятием времени, пространства и процессами, связанными с вознаграждением) могут обеспечить понимание механизмов для обоснования вычислительных моделей модуляции aberrантных нейронных систем (например, дисфункциональные самореферентные процессы при психических расстройствах и модулируемые медитацией и психоделиками⁸).

В конечном счете это направление исследований имеет потенциал для стимулирования разработки новых методов терапии психических расстройств, включая комбинированную терапию, интегрирующую программу снижения стресса на основе осознанности и психоделики, новые методы терапии, основанные на медитации, а также созерцательных традициях и практиках, которые еще не были широко изучены западной наукой⁹, новые протоколы нейромодуляции для воздействия на нейронные сети с помощью нейронной обратной связи и стимуляции мозга.

Опыт самотрансценденции может оказаться средством реструктуризации дисфункций нейронных систем, лежащих в основе развития и поддержания ряда неадаптивных форм поведения и психических расстройств. Погружаясь в более глубокое исследование продвинутых форм медитации, включая ее развитие и конечные точки, а также психоделическую психотерапию, мы можем получить доступ к огромному неиспользованному потенциалу для облегчения страданий и содействия человеческому благополучию.

Matthew D. Sacchet¹, Maurizio Fava¹, Eric L. Garland²

¹ Meditation Research Program, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ² Center on Mindfulness and Integrative Health Intervention Development, College of Social Work, University of Utah, Salt Lake City, UT, USA
Исследование M.D. Sacchet выполнено при поддержке National Institute of Mental Health (R01MH12 5850), Dimension Giving Fund, and the

Brain and Behavior Research Foundation (грант № 28972). Исследование E. L. Garland выполнено при поддержке National Center for Complementary and Integrative Health (R01AT011772) и National Institute on Drug Abuse (R01DA056537, R01DA057631, R01DA048094).

Перевод: Арбенина Анастасия Алексеевна, г. Москва
Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. Garland EL, Hanley AW, Hudak J et al. Sci Adv 2022;8:eabo4455.
2. Hudak J, Hanley AW, Marchand WR et al. Neuropsychopharmacology 2021; 46:836-43.
3. Garland EL, Hanley AW, Riquino MR et al. J Consult Clin Psychol 2019;87:927-40.
4. Hanley AW, Garland EL. Mindfulness 2022;13:1532-43.
5. Watts R, Kettner H, Geerts D et al. Psychopharmacology 2022;239:3461-83.
6. Carhart-Harris RL, Erritzoe D, Williams T et al. Proc Natl Acad Sci USA 2012;109:2138-43.
7. Vollenweider FX, Preller KH. Nat Rev Neurosci 2020;21:611-24.
8. Sezer I, Pizzagalli DA, Sacchet MD. Neurosci Biobehav Rev 2022;135:104583.
9. Chowdhury A, van Lutterveld R, Laukkonen RE et al. Neuropsychologia 2023;190:108694.

DOI:10.1002/wps.21214

Внедрение в клиническую практику разработанных экспертами методов когнитивной реабилитации для лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ

Verdejo-Garcia A, Berry J, Caracul A et al. Clinical translation of expert-endorsed cognitive rehabilitation interventions for substance use disorders. World Psychiatry, 2024;23(2):299-301. DOI:10.1002/wps.21126.

После недавно достигнутого консенсуса посредством метода Дельфи было принято решение добавить четыре способа когнитивной реабилитации к существующим методам лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. К ним относятся коррекция когнитивных искажений, ситуационное воздействие, когнитивная ремедиация и программа по улучшению эмоциональной регуляции. Данное инновационное сочетание является ответом на прежде не решенный вопрос когнитивных изменений, risking снизить эффективность существующих методов лечения вышеупомянутых расстройств. В статье представлены терапевтические механизмы данных четырех способов, а также рассуждения о сложностях их внедрения в клиническую практику и рекомендации по преодолению этих сложностей.

Коррекция когнитивных искажений основана на подходах компьютеризированного когнитивного тренинга и нацелена на изменение предубеждений, связанных с употреблением психоактивных веществ. Данный метод позволяет перенаправить склонность пациента употребить наркотическое вещество в пользу его альтернативы (например, употребить вместо алкогольного напитка безалкогольный напиток). Ситуационное воздействие предлагает материальное поощрение (например, в виде денежного вознаграждения) в обмен на достижение таких терапевтических целей, как присутствие на лечении, снижение частоты употребления или отказ от наркотического вещества. Оба способа нацелены на борьбу с возникшими вследствие употребления психоактивных веществ искажений в системе вознаграждения пациента. Коррекция когнитивных искажений и ситуационное воздействие уменьшают степень положительной реакции мозга на нар-

котическое вещество и увеличивают ценность альтернативных стимулов.

Когнитивная ремедиация обучает пациента психологическим стратегиям, позволяющим устранить или преодолеть когнитивные нарушения в целях улучшения ежедневного самочувствия. Такая схема действий, как «остановиться – вспомнить свою цель – сделать выбор» может быть использована в целях избежать импульсивных поступков в сценариях высокого риска, как, например, социальное взаимодействие с группами людей, использующих наркотики, или семейные встречи, являющиеся потенциальным источником конфронтации для пациентов в ремиссии. Программа по улучшению эмоциональной саморегуляции также включает различные психологические стратегии, сосредоточенные на управлении негативными эмоциями (когнитивная переоценка), а также на усилении положительного аффекта (например, получение удовольствия от естественного вознаграждения). Усиливая нисходящий контроль над поведением и эмоциями, методы когнитивной ремедиации и улучшения эмоциональной саморегуляции позволяют бороться с искажениями, вызванными зависимостью.

Эксперты консенсуса Дельфи рекомендуют внедрять вышеприведенные способы после детоксикации и поддерживать их применение еженедельно хотя бы в течение следующих трех месяцев. Выбор в пользу специфической терапии должен быть основан на индивидуальных нейропсихологических и психосоциальных особенностях, а также учитывать наиболее подходящие методы для отдельных расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (например, коррекция когнитивных искажений для пациентов с алкогольной зависимостью). Для повышения

эффективности основного лечения могут быть скомбинированы несколько методов, например, когнитивная ремедиация и ситуационное воздействие.

Несмотря на научное подтверждение эффективности одобренных экспертами вышеупомянутых терапевтических методов, ряд факторов препятствует их внедрению в клиническую практику: споры вокруг концепции зависимости, разногласия в сферах исследований и клинической практики, недоступность технологий и ресурсов, а также сложная политическая обстановка.

Основанные на когнитивной реабилитации терапевтические подходы основаны на нейронаучных данных, однако рискуют быть приравненными к упрощенным моделям зависимости как «болезни головного мозга». Такие модели в последнее время критикуются, так как не учитывают социальные аспекты расстройства, а также в ограниченной степени влияют на лечение и обращение пациентов за медицинской помощью. Вышеупомянутые факторы могут вызывать разногласия между учеными и практикующими специалистами в сферах социальной и поведенческой терапии с одной стороны и сторонниками терапевтических методов, основанных на нейронауке, с другой стороны.

Существует также расхождение между научным сообществом, разрабатывающим методы когнитивной реабилитации, и специалистами, которые обучают медицинский персонал и внедряют разработанные методы. Ученые и клиницисты имеют разные референтные группы и разные приоритеты, по-разному и разными институциональными структурами оценивается эффективность их работы. Ограниченные возможности обучения клиницистов, работающих с зависимостью, подходам и принципам, основанным на нейронауке, также усложняют задачу.

Методы когнитивной реабилитации требуют специфических технологий и материальных ресурсов, таких как компьютеры и облачные сервисы, а также наличия специального бюджета для поощрения пациентов. Такие затраты представляются невозможными для обычного лечебного учреждения. Более широкий политический ландшафт может создавать дополнительные проблемы: не поддерживать специалистов в кризисных ситуациях; не обеспечивать достаточное количество ресурсов и необходимую оперативность для интеграции новых подходов в доступные, финансируемые государством планы лечения.

Несмотря на перечисленные сложности, прогресс в практиках научного сотрудничества и трансляционной науки открывает новые возможности для интеграции когнитивной реабилитации в структуру помощи пациентам с зависимостями.

Выше нами было указано на существующие противоречия между поведенческими, социальными и основанными на нейронауке терапевтическими подходами, однако такие разногласия, предположительно, являются искусственными. Во-первых, методы когнитивной реабилитации влияют на нейропластичность и на принципы обучения, улучшая здоровье мозга, а также способствуют адаптивным изменениям в поведении и улучшению социального функционирования. Во-вторых, такие методы должны восприниматься и внедряться как дополнительный способ лечения вдобавок к существующим подходам, а не как заменяющий их способ. Данный интегрированный подход соответствует последним рекомендациям Всемирной организации здравоохранения: поддерживать здоровье мозга в контексте разнообразных индивидуальных и социальных детерминант; а также он соотносится с биопсихосоциальной моделью зависимости. Как и в случае с другими психическими расстройствами, зависимость требует комплексного подхода, нацеленного на оптимизацию здоровья мозга путем создания обратной связи с помощью социальных ресурсов и внешних механизмов.

Расхождения более практического характера между научными исследованиями и реальностью клиницистов можно решить с помощью эффективных подходов, разработанных трансляционной наукой, например посредством ко-локации и ко-продукции. Ко-локация может применяться уже в процессе обучения будущих клинических специалистов на уровне магистратуры и докторантуры, во время которых студенты смогут использовать результаты исследований

для внедрения в свою будущую практику. Ко-продукция, включающая в себя сотрудничество между исследователями, клиницистами и поставщиками услуг для разработки методов лечения, предоставляет уникальную возможность для вовлечения в процесс всего медицинского персонала, работающего с зависимостями. Ко-продукция позволяет разрабатывать примеры конкретных случаев с учетом индивидуальных и контекстуальных потребностей, а также подходящие и технически осуществимые формы предоставления услуг и бизнес-модели. Кроме того, сотрудничество непосредственно с промышленными партнерами может быть использовано для разработки решений в области медицинских технологий, чтобы оптимизировать опыт пациентов и их вовлеченность в лечебные мероприятия.

Методы ко-локации и ко-продукции способствуют развитию коллективных дискуссионных площадок между учеными, клиницистами и организаторами. Такой подход позволит упростить объединение индикаторов успешной работы в сферах исследований и клинической практики, повышая интерес ученых к внедрению результатов исследований в практику и предоставляя клиницистам больше возможностей участвовать в исследованиях. Изменение тактики поощрения также может привести к повышению мотивации персонала, работающего с зависимостями, обучаться новым методам, а процесс их освоения может быть ускорен с помощью дистанционного обучения и профессиональной подготовки будущих преподавателей.

Финансовая поддержка является критическим фактором в восполнении нехватки технологий и ресурсов. В США более 1,4 млрд долларов ежегодно направляются на финансирование исследований расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Однако, исходя из подсчетов, результаты только 15% из профинансированных медицинских исследований были внедрены в клиническую практику. Специальные схемы финансирования независимых организаций и благотворительных учреждений, нацеленные на приобретение необходимой техники и ресурсов, стали бы практическим решением данной проблемы и позволили бы внедрить разработанные методы когнитивной реабилитации.

Новые технологии и ресурсы могут быть использованы для отслеживания результатов когнитивной реабилитации в условиях клинической практики, а также для анализа их влияния с помощью ценностно ориентированного подхода, исходя из отзывов пациентов. В будущем представляется возможность внедрения когнитивной реабилитации в стандартные протоколы лечения в целях улучшить здоровье и общее состояние пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Antonio Verdejo-Garcia¹, Jamie Berry², Alfonso Caracul, Marc L. Copersino⁴, Matt Field⁵, Eric L. Garland⁶, Valentina Lorenzetti⁷, Leandro Malloy-Diniz⁸, Victoria Manning¹, Ely M. Marceau⁹, David L. Pennington¹⁰, Tara Rezapour¹¹, Justin C. Strickland¹², Reinout W. Wiers¹³, Hamed Ekhtiari¹⁴

¹ Monash University, Melbourne, VIC, Australia; ² Macquarie University, Sydney, NSW, Australia; ³ Universidad de Granada, Granada, Spain; ⁴ McLean Hospital and Harvard Medical School, Belmont, MA, USA; ⁵ University of Sheffield, Sheffield, UK; ⁶ University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; ⁷ Australian Catholic University, North Sydney, NSW, Australia; ⁸ Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; ⁹ University of Wollongong, Wollongong, NSW, Australia; ¹⁰ University of California, San Francisco, CA, USA; ¹¹ Institute for Cognitive Science Studies, Tehran, Iran; ¹² Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, USA; ¹³ University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁴ University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA.

Перевод: Бурлакова Ольга Алексеевна, г. Лион (Франция)

Редактура: Шишкова Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

- Verdejo-Garcia A, Rezapour T, Giddens E et al. *Addiction* 2023;118:935-51.
- Domínguez-Salas S, Díaz-Batanero, Lozano-Rojas et al. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;71:772-801.

3. Ekhtiari HM, Zare-Bidoky M, Verdejo-Garcia A. In: El-Guebaly N, Carrà G, Galanter M (eds). Textbook of addiction treatment: international perspectives. Milan: Springer, 2021:1159-76.
4. Kiluk BD, Buck MB, Devore KA et al. J Subst Abuse Treat 2017;72:80-8.
5. Heather N, Field M, Moss M et al. Evaluating the brain disease model of addiction. London: Routledge, 2022.
6. Schwartz AC, Frank A, Welsh JW et al. Acad Psychiatry 2018;42:642-7.
7. World Health Organization. Optimizing brain health across the life course. Geneva: World Health Organization, 2022.
8. Volkow ND, Blanco C. World Psychiatry 2023;22:203-29.9. Zurynski Y, Smith CL, Knaggs G et al. Aust N Z J Public Health 2021;45:420-3.

DOI:10.1002/wps.21126

Достижение равенства, инклюзивности и транскультуральной чувствительности в области психического здоровья (EDIT)

Wasserman D. Achieving equality, inclusiveness, and cultural sensitivity in mental health (EDIT). *World Psychiatry*, 2024;23(2):302–303. doi:10.1002/wps.21220.

В эпоху, характеризующуюся беспрецедентными глобальными вызовами, психическое здоровье остается одной из ключевых проблем, затрагивающих людей всех стран, возрастов, культур и происхождений. Согласно последнему Докладу о психическом здоровье Всемирной организации здравоохранения¹, 970 миллионов человек (13% мирового населения) страдают психическими расстройствами, из них 248 миллионов – молодые люди.

Хотя распространенность психических расстройств в странах с высоким уровнем дохода несколько выше (15,1%) по сравнению со странами с низким уровнем дохода (11,6%), более 80% людей с психическими расстройствами (82%) проживают в странах с низким и средним уровнем дохода из-за большей численности населения в этих регионах. Исторически сложилось так, что психиатрическая помощь отличалась неравенством, и некоторые группы населения сталкивались со стигматизацией, дискриминацией и ограниченным доступом к помощи. По сравнению с населением в целом этнические и сексуальные меньшинства чаще страдают от психических расстройств, но реже обращаются за психиатрической помощью.² Гендерное неравенство также существует и часто обусловлено ожиданиями общества и культурными нормами. В то время как депрессия и тревожные расстройства более распространены среди женщин, мужчины чаще склонны к расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ³. Социальное давление, связанное с образом тела, неравными возможностями на рабочем месте и гендерным насилием, подвергает женщин более высокому риску расстройств пищевого поведения, профессионального стресса и расстройств, связанных с травмами. С другой стороны, мужчины могут сталкиваться с большим количеством препятствий в доступе к психиатрической помощи из-за давления общества, которое не поддерживает обращение мужчин за помощью.

Во всем мире психические расстройства являются основной причиной нетрудоспособности, оказывая огромное влияние на повседневную жизнь и функционирование отдельных людей и семей. Ожидаемая продолжительность жизни людей с тяжелыми психическими расстройствами резко сокращается⁴. Тем не менее только 2% глобальных расходов на здравоохранение приходится на психическое здоровье. В действительности, разрыв между потребностью и доступностью психиатрической помощи превышает 50% во всех странах мира и может достигать 80–90% в странах с низким и средним уровнем дохода⁵.

Общественные установки в отношении психического здоровья могут способствовать стигматизации и дискриминации, что препятствует обращению за помощью. Доступ к психиатрической помощи также ограничивается недостаточной осведомленностью о признаках и симптомах психических расстройств, доступных эффективных методах лечения, культурными убеждениями и традициями, языковыми барьерами, а также личными препятствиями, такими как страх перед лечением, стигма и низкая мотивация⁶.

Люди с психическими расстройствами чаще сталкиваются с различными формами социального неравенства и дискриминации в отношении здоровья. В этой группе населения высок уровень безработицы⁷, что приводит к финансовой и жилищной незащищенности. Нездоровое поведение, такое как чрезмерное употребление алкоголя, курение, неправильное питание и сон, а также малоподвижный образ жизни, также распространено среди людей с психическими расстройствами и подвергает их более высокому риску соматических заболеваний⁸.

Учитывая эти социально-экономические и культурные последствия, План действий Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) на 2023–2026 годы предусматривает более комплексный и инклюзивный подход к охране психического здоровья.

Чтобы подтвердить приверженность ВПА делу укрепления психического здоровья и благополучия всех людей и сообществ по всему миру, в Плане действий была представлена инициатива EDIT.

Аббревиатура EDIT расшифровывается как:

Равенство (Equality) между гендерными, возрастными и этническими группами. Целью ВПА является обеспечение доступности психиатрической помощи для всех путем сокращения различий, основанных на таких факторах, как этническая принадлежность, возраст, пол, сексуальная ориентация, географическое положение и социально-экономический статус. Содействуя исследованиям, образованию и изменениям регулирования, ВПА стремится создать мир, в котором психическое здоровье является всеобщим правом. В то же время ВПА подчеркивает необходимость в психиатрии, компетентной в этнокультуральных вопросах, способной распознавать и решать уникальные проблемы, с которыми сталкиваются различные группы населения и сообщества.

Этапы развития (Development) от детства к взрослой жизни и далее. Всемирная организация здравоохранения признает динамичный характер психического здоровья, которое меняется на протяжении всей жизни, и, следовательно, поощряет подход к охране здоровья и психическому здоровью¹² на протяжении всей жизни. Существует необходимость в подготовке психиатров, способных работать с уникальными проявлениями психических расстройств на каждом из этапов жизни. Кроме того, поскольку около 40% психических расстройств выявляются в возрасте до 14 лет, приоритетное внимание следует уделять ранней профилактике и вмешательству.

Вовлечение (Inclusion) недостаточно представленных групп населения. ВПА стремится поощрять разнообразие и инклюзивность во всех своих мероприятиях. На каждом этапе, от исследований до клинической практики, следует учитывать точку зрения дискриминированных групп и людей с их личным жизненным опытом.

Транскультуральные (Transcultural) осведомленность и перспективы. Поскольку культурные системы убеждений, ценности и практики формируют клиническое выражение и личный опыт психических расстройств, формулирование исследовательских вопросов и оказание психиатрической помощи в современных мультикультуральных обществах сопряжено с огромными трудностями. ВПА подчеркивает необходимость подходов, учитывающих культурные особенности, которые признают и уважают это разнообразие. Это предполагает не только понимание культурного контекста психического здоровья, но и адаптацию исследовательских вопросов и терапевтических подходов с учетом культурных особенностей. В этом смысле ВПА стремится развивать сотрудничество между исследователями и специалистами в области психического здоровья, представляющими различные культуры, с целью расширения масштабов и глубины знаний и поощрения культуры понимания, принятия и доверия.

В достижении этих целей ключевую роль играет эффективная коммуникация. Способствуя диалогу и развивая грамотность и осведомленность в вопросах психического здоровья, ВПА стремится дестигматизировать психические расстройства и создать более открытое и понимающее об-

щество. ВПА понимает необходимость улучшения коммуникации не только внутри самого психиатрического сообщества, но и между другими заинтересованными лицами, людьми с пережитым опытом и обществом в целом. Чтобы способствовать решению этих проблем, был предложен ряд коммуникационных инициатив, использующих колоссальный потенциал цифровых технологий.

Одна из создаваемых платформ под названием «Specialist Corner» («Уголок специалиста») направлена на информирование клиницистов о последних достижениях науки и предоставление им возможности находить и внедрять лучшие практические подходы. Платформа будет состоять из серии коротких, легко усваиваемых вебинаров по основным психическим расстройствам, посвященных современным методам лечения психических расстройств и лучшим практическим подходам для повседневной психиатрической работы, включая информацию об этиологии, симптомах, коморбидности с соматическими заболеваниями и стратегиях реабилитации с учетом гендерных, возрастных и культурных особенностей. Кроме того, последующие вебинары будут посвящены профилактике и здоровому образу жизни, осуществляющему уход лицам, членам семьи, цифровой психиатрии, а также взглядам экспертов в этих областях на правовые и этические вопросы. На основе вебинаров будут подготовлены удобные для чтения обучающие материалы для пациентов, их семей, клинического персонала и широкой общественности.

Еще одна платформа на веб-сайте ВПА, «Healthy Lifestyles Hub» («Хаб здорового образа жизни»), представляет собой библиотеку ресурсов, доступных психиатрам по всему миру, с целью демонстрации того, как можно улучшить психическое здоровье путем ведения здорового образа жизни. Для удобства использования в клинической практике были разработаны видеоролики о физической активности и правильном питании. Кроме того, привлечение пациентов и психиатрического персонала к совместным занятиям физической активностью укрепит связи, сплоченность и сотрудничество, улучшит взаимопонимание и сократит иерархические различия.

Без преодоления языковых барьеров обеспечить доступность этих ресурсов для психиатров по всему миру будет невозможно. По этой причине ВПА стремится сделать материалы доступными на как можно большем количестве местных языков, привлекая членов ассоциаций и молодых, полных энтузиазма психиатров.

В заключение, в Плане действий ВПА на 2023–2026 годы признается взаимосвязь между всеми аспектами человеческого опыта и психическим здоровьем, и он направлен на удовлетворение разнообразных потребностей людей на протяжении всей жизни и из различных культурных слоев. ВПА постоянно стремится укреплять связи с другими меж-

дународными организациями в области психиатрии, неврологии и общественного психического здоровья, включая пациентские сообщества и организации помогающих семей специалистов.

Благодаря совместным усилиям в области научных исследований, образования, клинической практики, пропаганды и изменений в политике, в соответствии с целями Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития, ВПА стремится создать мир, в котором меры по улучшению охраны психического здоровья будут общедоступными, учитывающими культурные особенности и инклюзивными¹³.

Danuta Wasserman

WPA President; National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.
2. Wittgens C, Fischer MM, Buspavanich P et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:357-72.
3. ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaar S et al. World Psychiatry 2023;22:275-85.
4. Correll CU, Solmi M, Croatto G et al. World Psychiatry 2022;21:248-71.
5. Moitra M, Santomauro D, Collins PY et al. PLoS Med 2022;19:e1003901.
6. Kessler RC, Kazdin AE, Aguilar-Gaxiola S et al. World Psychiatry 2022;21:272-86.
7. Germinario G, Amin V, Flores CA et al. Labour Econ 2022;79:102258.
8. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A et al. Lancet Psychiatry 2019;6:675-712.
9. Wasserman D. World Psychiatry 2023;22:343-4.
10. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488-9.
11. World Psychiatric Association. WPA Action Plan 2023-2026. www.wpanet.org.
12. Kuruville S, Sadana R, Montesinos EV et al. Bull World Health Organ 2018;96:42-50.
13. McGorry PD, Mei C, Chaneen A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
14. Wasserman D. World Psychiatry 2021;20:309-10.

DOI:10.1002/wps.21220

Быть решительным сторонником равенства в области ментального здоровья, прав человека и психиатрической помощи на уровне сообществ в трудные времена: разработка плана действий ВПА 2026–2029

Schulze TG. Being a strong voice for mental health parity, human rights, and community-based psychiatric care in challenging times: Developing the WPA Action Plan 2026-2029, *World Psychiatry*, 2024;23(2):303–304. doi:10.1002/wps.21215.

За прошедшее десятилетие была продемонстрирована твердая и непоколебимая позиция Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по развитию психиатрии во всех уголках мира. Демонстрируя высокую профессиональную устойчивость, все органы ВПА соответствовали стандартам, несмотря на усложняющуюся глобальную политическую обстановку, стихийные бедствия, массовые кризисы с

беженцами, пандемию COVID-19 и экономические спады.

Предыдущие планы действий на трехлетний период 2017–2020 гг.¹ и 2020–2023 гг.^{2,3}, а также текущий (2023–2026 гг.)^{4,5} умело и эффективно решали эти проблемы путем разработки программ, ориентированных на людей, живущих в неблагоприятных условиях, длительно страдающих от заболеваний и психосоциальных проблем; путем

тесного сотрудничества с такими людьми и их опекунами; уделяя особое внимание устойчивому развитию в качестве необходимого условия для поддержания здоровья; помогая психиатрам определять стратегии, оказывая поддержку другим медицинским работникам, а также инструкторам и вспомогательному персоналу; и, наконец, внедряя научно обоснованные методы терапии, профилактики и способствуя формированию здорового образа жизни.

За последние шесть лет ВПА приняла меры для оперативного взаимодействия со своими отделами и адаптации этих инициатив как к требованиям, так и к возможностям XXI века. Руководствуясь принципами разнообразия, равноправия и инклюзивности, ВПА выделила ресурсы для дальнейшей работы с начинающими психиатрами, уделяя особое внимание коллегам в странах с низким и средним уровнем дохода⁶. Деятельность ВПА, которая обогащается активным участием пациентов и лиц, осуществляющих уход, также поддерживается крупными государственными грантами, что способствует реализации образовательной и научной миссии ассоциации^{7,8}.

Именно на этом фоне я планирую развивать и продолжать выполнение основной задачи предыдущих Планов действий, а именно укреплять психиатрию как неотъемлемую часть медицины, служащую наиболее уязвимым слоям населения во всем мире. Хотя трехлетние Планы действий могут отличаться на уровне конкретных программ, я твердо верю, что во все более сложной мировой обстановке ВПА должна разработать и продвигать свои основные цели.

Оглядываясь назад на свою работу с ВПА в течение последнего десятилетия, я бы сказал, что были поставлены три основные цели: а) достижение равенства в области психического здоровья во всех возможных областях и на всех уровнях; б) отстаивание прав человека как моральной основы нашей дисциплины; и в) обеспечение надежной и долговременной психиатрической помощи на уровне сообществ. Хотя можно сформулировать гораздо больше целей, я считаю, что эти три цели отражают суть того, что ВПА считает своей главной миссией: продвигать психиатрию и психическое здоровье людей во всем мире.

Равенство в области психического здоровья уже много лет является модным словом^{9,10}. Однако дело не только в этом. Это постоянное напоминание о том, что наша отрасль должна бороться за потребности и права наших пациентов, их семей и опекунов, наших коллег и учреждений по всему миру круглосуточно. Это подводит нас ко второй цели: отстаивание равенства в области психического здоровья означает борьбу за права человека. Моя цель состоит в том, чтобы в своей деятельности и политике ВПА руководствовалась всеобщими правами человека: везде, где психическому здоровью и психиатрической помощи угрожает опасность из-за отсутствия образования или пагубной политики; из-за необоснованного сокращения ресурсов; из-за этнических или религиозных преследований или геноцида¹¹; или из-за угрозы средствам к существованию в результате стихийных бедствий и изменения климата¹², ВПА должна быть голосом, призывающим к решительным действиям, ведущим к созданию и защите среды, полной разнообразия и равенства. Кроме того, я искренне верю, что мы призваны действовать всегда и везде, где политические деятели-изгои злоупотребляют психиатрией для подавления всеобщих свобод.

Наконец, все эти действия должны начинаться на уровне сообщества. Работая со всеми заинтересованными сторонами, мы должны охватывать те сферы, где требуется наш опыт, создавая устойчивые и основанные на доверии сети оказания медицинской помощи и образования¹³. Я позабочусь о том, чтобы эта информационно-пропагандистская

работа проводилась в тесном контакте с нашими обществами-членами, чьи идеи и вклад будут иметь решающее значение для успеха этой миссии. С этой целью нам также придется развивать тесные партнерские отношения с другими организациями, в то время как мы всегда остаемся верны тому, чем являемся: медицинской дисциплине, глубоко укоренившейся в науке и руководствующейся сочувствием и уважением к тем, кто обращается к нам за помощью.

Разработка дорожной карты для достижения этих целей – непростая задача, требующая множества рук и умов. В связи с этим я очень благодарен, что ко мне присоединится разнообразная группа высокоуважаемых коллег со всего мира, которые войдут в состав Постоянного комитета по планированию на 2023–2026 годы. Это (в алфавитном порядке): R.S. Abdelazim (Египет), R.N. Córdoba Rojas (Колумбия), M.Á. Cuéllar Hoppe (Парагвай), P. Falkai (Германия), C. Jatchavala (Таиланд), M. Mimura (Япония), B. Oladeji (Нигерия), P.S. Sachdev (Австралия), G. Saha (Индия) и L. Yatham (Канада). Эти известные коллеги не только представляют большую часть регионов, в которых работает ВПА, но и являются представителями различных специальностей нашей дисциплины. Они являются преподавателями, клиницистами и/или исследователями; лидерами национальных или международных профессиональных сообществ; или участниками программы поддержки начинающих психиатров ВПА.

Будучи участниками всех структур ВПА, члены комитета будут поддерживать, продвигать и отслеживать развитие существующих успешных инициатив. Впоследствии они поддержат начинания избранного президента ВПА и нынешнего Исполнительного комитета по усилению ведущей глобальной роли ВПА в оказании современной, доказательной, движимой эмпатией и сопереживанием психиатрической помощи, развитию психиатрической практики, науки и образования.

Thomas G. Schulze

WPA President-Elect

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Herrman H. World Psychiatry 2020;19:404-6.
2. Javed A. World Psychiatry 2022;21:325-6.
3. Javed A. World Psychiatry 2023;22:165-6.
4. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488-9.
5. Wasserman D. World Psychiatry 2024;23:165-6.
6. Pinto da Costa M, Cheung G, Larnaout A et al. World Psychiatry 2023;22:490-1.
7. Schulze TG. World Psychiatry 2022;21:474-5.
8. Schulze TG. World Psychiatry 2023;22:345.
9. Bhugra D, Champion J, Ventriglio A et al. Indian J Psychiatry 2015;57:117-21.
10. Champion J. BJPsych Int 2018;15:51-4.
11. Wenzel T, Schouler-Ocak M, Stompe T. Front Psychiatry 2021;12:733493.
12. Sri A, Bhugra D, Persaud A et al. Asian J Psychiatr 2023;84:103562.
13. Murphy J, Qureshi O, Endale T et al. Int J Ment Health Syst 2021;15:30.

DOI:10.1002/wps.21215

Программа развития психиатрического образования и научных публикаций

Skokauskas N, Chaimowitz G, Elgabry D et al. The blueprint for advancing psychiatric education and scientific publications. *World Psychiatry*, 2024;23(2):304–306. doi:10.1002/wps.21216.

Неравенство в доходах, войны, растущее число беженцев, пандемии и изменение климата – это лишь некоторые из многих серьезных проблем, с которыми мы сталкиваемся сегодня. Это касается всех стран и всех людей, причем наиболее уязвимые из них, особенно наши пациенты, страдают непропорционально сильно. Недавние мировые кризисы повысили осведомленность о важности охраны психического здоровья, но растущая потребность в медицинской помощи одновременно повысила требования к и без того ограниченным и перегруженным системам психиатрических служб.

В этих условиях особенно важно, чтобы ВПА активно способствовала решению этих проблем, в том числе путем продвижения своих образовательных и публикационных программ, а также предпринимала другие действия, необходимые для устойчивого обеспечения своих усилий и универсальной доступности своих продуктов для поддержки оказывающих помощь специалистов по всему миру.

Впервые ВПА консолидировала координацию своих образовательных и публикационных программ под началом одного секретаря. Эта инициатива также предполагает создание единого Постоянного комитета по образованию и научным публикациям. Этот комитет будет контролировать развитие образовательных программ ВПА и подготовку материалов по этим программам. Также он будет ответственен за внедрение аккредитационной программы непрерывного медицинского образования ВПА. В дополнение данный комитет будет контролировать разработку публикационных правил ВПА, одновременно поддерживая разработку и распространение материалов для публикации.

Комитет ВПА по образованию и научным публикациям стремится к взаимодействию с обществами – членами ВПА и полон энтузиазма в надежде, что они присоединятся к этому преобразующему процессу. В этом контексте комитет призывает всех членов ВПА активно содействовать достижению следующих целей: а) расширение образовательной и публикационной деятельности ассоциации для поддержки обществ-членов в их стремлении удовлетворить постоянно растущий спрос на услуги в области психического здоровья; б) достижение и поддержание инновационности, динамичности и инклюзивности с особым упором на поддержку образовательных программ и научных публикаций; в) расширение глобального присутствия в области образования и публикаций путем занятия ведущих позиций в междомовственном сотрудничестве по поддержке психиатров и психиатрической помощи и привлечения в психиатрию самых способных молодых людей, а также путем поощрения и поддержания членства в ВПА.

Научные публикации играют решающую роль в развитии знаний и навыков, их конечная цель – улучшение результатов лечения пациентов и укрепление психического здоровья в глобальном масштабе. На протяжении многих лет ВПА стремится достичь этих целей с помощью своих публикаций, включающих, помимо прочего, журналы, материалы конференций и книги.

Всемирная психиатрия (World Psychiatry) является ведущим журналом ВПА. Будучи президентом ВПА (1999–2002), профессор J.J. Lopez-Ibor заявил: «*Всемирная психиатрия* отражает лучшее, что есть у наших психиатров и ВПА: журнал объединяет надежды, возможности, приверженность науке и этике, преданность пациентам и обществу и мужество стремления к росту»¹. Наш комитет продолжит поддержку дела профессора Mario Maj, редактора *Всемирной психиатрии* по поддержанию успеха журнала.

Настало время оценить роль журналов, связанных с ВПА. По иронии судьбы, официальная информация на этот счет не всегда доступна. Однако неофициальные источники

сообщают о 14 научных журналах, связанных с ВПА или с одной из ее научных секций. Однако даже самый поверхностный анализ показывает, что некоторые из этих журналов в настоящее время имеют ограниченные связи с ВПА. Чтобы более тщательно прояснить эту ситуацию, комитет будет сотрудничать с A.Soghoyan, секретарем ВПА по научным секциям, и соответствующим Постоянным комитетом для оценки того, насколько каждый из этих журналов соответствует ВПА и ее миссии. По завершении этой задачи Комитет ВПА по образованию и научным публикациям предложит помощь тем журналам, которые нуждаются в поддержке и хотят ее получить.

Мы получили запросы от зональных и региональных руководителей ВПА относительно возможности создания местных психиатрических журналов. Комитет ВПА по образованию и научным публикациям окажет соответствующую необходимую поддержку коллегам, стремящимся к созданию этих журналов.

ВПА также сотрудничает с различными журналами, которые не имеют официальных связей с ассоциацией, в том числе содействует публикации специальных выпусков. Комитет ВПА по образованию и научным публикациям будет содействовать сотрудничеству с другими журналами, в том числе в рамках специальных выпусков, обеспечивая высокое качество статей. Мы будем сотрудничать с журналами по психическому здоровью и психиатрии, а также с ведущими общемедицинскими журналами, чтобы способствовать освещению актуальных для психиатрии тем. Это обязательство распространяется не только на журналы, но и на поддержку научных секций ВПА в их усилиях по публикации книг и других материалов, в том числе в онлайн- или в других форматах^{2,3}.

Наконец, Комитет по образованию и научным публикациям выпустит электронный журнал / информационный бюллетень для распространения информации о своей деятельности среди всех подразделений ВПА.

Пандемия COVID-19 побудила ВПА ускорить разработку и продвижение образовательного онлайн-портала, направленного на содействие распространению знаний и навыков в области психического здоровья по всему миру^{4,5}. По состоянию на январь 2024 года на портале зарегистрировано 2772 пользователя из 119 стран, которые используют 18 языков и имеют доступ к 94 ресурсам. Позже в 2024 году текущая образовательная платформа будет закрыта, а материалы перенесут в новый, более удобный и эффективный учебный центр.

Несмотря на то, что привлечение специалистов в психиатрию всегда было проблемой, растущее признание важности психического здоровья и необходимости снижения стигматизации привело к разработке нескольких творческих и эффективных национальных стратегий привлечения кадров. ВПА совместно с обществами-членами проанализирует этот опыт и определит методы его адаптации и внедрения по всему миру. Уделяя приоритетное внимание обучению и поддержке своих членов, ВПА также сосредоточится на инновационных образовательных программах, направленных на предотвращение эмоционального выгорания и других форм профессионального дистресса.

Многие специалисты внесли значительный вклад в развитие своего национального общества и/или ВПА. Подобный опыт не должен теряться при выходе специалистов на пенсию. ВПА должна определить возможности для психиатров, которые, даже после выхода на пенсию, хотели бы продолжать участвовать в программах, которые соответствуют их опыту и важны для удовлетворения глобальных потребностей в обучении по всему миру. Например, установив прочные партнерские отношения с Рабочей группой

по волонтерству ВПА⁶, Комитет по образованию и научным публикациям возглавит и упростит координацию деятельности, связанной с образованием и научными публикациями. Это сотрудничество будет включать регулярное общение, совместные заседания по планированию и использование общих ресурсов для обеспечения согласованного и эффективного подхода к достижению общих целей.

Акцент на образовании занимает центральное место в Планах действий ВПА на 2023–2026^{7–9} годы. Комитет по образованию и научным публикациям стремится поддержать эти усилия и полон решимости предоставлять самые лучшие образовательные и научные материалы нашим коллегам из ВПА и всем профессионалам, усердно работающим над улучшением психического здоровья наших сообществ по всему миру.

Norbert Skokauskas^{1,2}, Gary Chaimowitz^{3,4}, Dina Elgabry^{4,5}, Andrea Fiorillo^{4,6}, Anusha Lachman^{4,7}, Angeles Lopez Geist^{4,8}, Paul Robertson^{4,9}, Hee Jeong Yoo^{4,10}, Bennett Leventhal^{4,11}

¹WPA Secretary for Education and Scientific Publications; ²Center for Child and Youth Mental Health and Child Protection, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; ³Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, ON, Canada; ⁴WPA Committee on Education and Scientific Publications; ⁵Neuropsychiatry Department, Okasha Institute of Psychiatry, Ain Shams

University, Cairo, Egypt; ⁶Department of Psychiatry, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy; ⁷Department of Psychiatry, Stellenbosch University, Cape Town, South Africa; ⁸Association of Argentinian Psychiatrists, Argentina; ⁹Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia; ¹⁰Department of Psychiatry, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea; ¹¹Department of Psychiatry, University of Chicago, Chicago, IL, USA.

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. Lopez-Ibor JJ. World Psychiatry 2002;1:1.
2. Schulze TG. World Psychiatry 2022;21:474-5.
3. Schulze TG. World Psychiatry 2023;22:345.
4. Ng RMK. World Psychiatry 2022;21:478-9.
5. Ng RMK. World Psychiatry 2023;22:346-7.
6. Thomson S, Chumakov E, Van Hoof J et al. World Psychiatry 2022;21:161-2.
7. Wasserman D. World Psychiatry 2023;22:343-4.
8. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:170-1.
9. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488-9.

DOI:10.1002/wps.21216

Доклад секретаря по научным секциям ВПА

Soghoian A. Report from the WPA Secretary for Scientific Section. *World Psychiatry*, 2024;23(2):306–307. doi:10.1002/wps.21217.

Научные секции ВПА создаются и прекращают деятельность Генеральной ассамблеей по предложению Исполнительного комитета¹. В 2004 году насчитывалось 55 научных секций, в 2006 году – 65, а в 2013 году – 68. В настоящее время существует 66 научных секций и четыре группы по особым интересам, за координацию деятельности которых отвечает секретарь по научным секциям².

К задачам научных секций ВПА относятся сбор, анализ, предоставление и распространение информации об оказании помощи, исследовании и обучении в различных областях психиатрии и психического здоровья. Также они занимаются популяризацией научных знаний в этих областях.

Специальные группы по интересам представляют собой площадки для обсуждения актуальных тем, касающихся психиатрии и психического здоровья. В их состав входят эксперты и специалисты, заинтересованные в соответствующих областях. Основная цель этих групп – стимулировать членов ВПА к работе в направлениях, которые, возможно, в будущем приведут к созданию научных секций¹.

Два предыдущих секретаря, А. Javed и Т. Schulze, проделали огромную работу, о чем свидетельствуют многочисленные позитивные изменения, произошедшие за последние три года^{3–13}.

Чтобы сделать секции более узнаваемыми и повысить их эффективность, мы внедрили ряд современных информационных технологий. Была разработана система, которая позволяет секциям обновлять свои веб-сайты, используя индивидуальную ссылку. Кроме того, секциям предоставляется веб-форма для предоставления секретарю трехгодичного отчета о своей деятельности, что необходимо для принятия решения о продолжении их работы².

За последние три года была запущена Инициатива в области образования, науки, публикаций и исследований (Education, Science, Publication and Research Initiative, ESPRI), цель которой – активизировать исследовательские проекты в странах с низким и средним уровнем дохода. В рамках этой инициативы ВПА предлагает начальное финансирование, преимущественно начинающим исследователям, для реализации научных проектов, которые соответствуют их интересам, но которые было бы трудно финансировать иначе⁶.

Первоначально ESPRI была разработана секретарем по секциям в сотрудничестве с секретарями по публикациям и образованию и была одобрена Исполнительным комитетом. На сегодняшний день ВПА профинансировала шесть проектов со всего мира, направленных на решение целого ряда проблем: депрессия в пожилом возрасте (Танзания), психологические последствия вирусов Эболы и COVID-19 (Либерия), геномика биполярного расстройства (Нигерия), борьба с бедностью среди людей с проблемами психического здоровья (Пакистан), трансдиагностические и транскультурные онлайн-психотерапевтические инструменты (Пакистан) и учебные пособия для изучения и документирования психологических последствий пыток и войны (Великобритания, Австрия и Сирия).

Непосредственное участие ВПА в научных исследованиях существенно усилилось, поскольку ассоциация получила статус главного исследователя в рамках двух крупных исследовательских грантов Европейского союза Horizon. Секретарь секции возглавил процесс подачи заявок на гранты при содействии секции психиатрической генетики⁶. В настоящее время ВПА имеет статус главного исследователя в консорциуме PSY-PGx, специализирующемся на внедрении фармакогенетики в психиатрию для выявления биологических и клинических маркеров, которые предсказывают фармакотерапевтическую резистентность. Это исследование будет совместно координироваться Исполнительным комитетом, и в нем будет участвовать сразу несколько научных секций. ВПА будет тесно сотрудничать с Глобальным альянсом сетей защиты интересов людей с психическими заболеваниями (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks, GAMIAN) в Европе, общеевропейской некоммерческой пациентской организацией, продвигающей «триалог»⁶.

В настоящее время научные секции ВПА функционируют на основе отлаженных и гибких механизмов. Тем не менее некоторые секции проявляют значительную активность и делают больше, чем международные ассоциации в своих областях, однако другие секции нуждаются в активизации своей деятельности, чтобы соответствовать основным требованиям устава ВПА. Для обеспечения оптимального функционирования каждой секции необходимо соз-

дать соответствующие условия. Это будет достигнуто совместными усилиями Исполнительного комитета под руководством президента ВПА, совета, а также руководителей и членов всех секций.

Все запланированные мероприятия должны соответствовать Плану действий ВПА на 2023–2026 годы^{14–16}, который был утвержден Генеральной ассамблеей на Всемирном конгрессе в Вене. Мы обязаны продолжать и развивать наше сотрудничество с международными профессиональными организациями в области психиатрии, неврологии и общественного здравоохранения, а также с представителями организаций пациентов, членов их семей и лиц, осуществляющих уход.

Целью ВПА является содействие достижению третьей цели в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций, которая заключается в обеспечении здорового образа жизни и содействии благополучия для всех людей в любом возрасте. Работа научных секций будет играть ключевую роль в этом отношении. Это предполагает сотрудничество с различными партнерами, в том числе и за пределами сферы общественного здравоохранения, включая тех, кто работает в таких областях, как борьба с изменением климата, труд, жилищное строительство и образование.

Пропаганда здорового образа жизни, профилактика самоубийств среди населения и улучшение психического и физического благополучия пациентов психиатрических клиник и их персонала являются основными приоритетами, изложенными в Плане действий ВПА на 2023–2026 годы^{14–16}. Эти приоритеты станут основным направлением деятельности многих научных секций ВПА в течение следующих трех лет.

В течение этих трех лет будет активно продвигаться сотрудничество в исследовательской и учебной деятельности между различными научными секциями ВПА, а также между этими секциями и группами по особым интересам, в первую очередь посредством научных совещаний ВПА и учебных материалов.

В этом быстро меняющемся мире будут успешно развиваться только те организации, которые не только придерживаются своих традиционных принципов, но и разрабатывают новые и гибкие способы достижения своих целей. На-

ша цель — оказывать помощь наивысшего качества пациентам, их семьям и обществу в целом. Мы также стремимся содействовать профессиональному росту психиатров и других специалистов в области психического здоровья и вносить свой вклад в общее благополучие населения. Это требует совместных усилий от всех нас, и мы готовы упорно трудиться для достижения этих целей.

Armen Soghoyan

Секретарь ВПА по научным секциям

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. World Psychiatric Association. WPA statutes and by-laws. www.wpanet.org.
2. Schulze TG. World Psychiatry 2022;21:474–5.
3. Javed A. World Psychiatry 2022;21:325–6.
4. Javed A. World Psychiatry 2023;22:165–6.
5. Javed A. World Psychiatry 2023;22:341–2.
6. Schulze TG. World Psychiatry 2023;22:345.
7. Campion J, Javed A. World Psychiatry 2022;21:330–1.
8. Pi EH. World Psychiatry 2022;21:162–3.
9. Pi EH. World Psychiatry 2022;21:477–8.
10. Pi EH. World Psychiatry 2023;22:345–6.
11. Ng RMK. World Psychiatry 2023;22:346.
12. Fiorillo A, Javed A, Azeem MW et al. World Psychiatry 2023;22:495–6.
13. Fiorillo A, de Girolamo G, Simunovic IF et al. World Psychiatry 2023;22:169–70.
14. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:170–1.
15. Wasserman D. World Psychiatry 2023;22:343–4.
16. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488–9.

DOI:10.1002/wps.21217

Отчет Рабочей группы ВПА по укреплению партнерских связей с пациентами и членами семей (2020–2023 годы)

Männikkö M et al. Report by the WPA working group on developing partnerships with service users and family carers (2020–2023). *World Psychiatry*. 2024;23(2):307–308. doi:10.1002/wps.21221.

Все 187 стран, ратифицировавших Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов¹, несут юридические обязательства, основанные на принципе «Ничего о нас без нас!», что является давним лозунгом организаций, представляющих сотни миллионов людей с ограниченными возможностями по всему миру.

Впервые в истории заболевания, связанные с психическим здоровьем, были признаны частью более широкого сектора инвалидности в начале этого столетия. В этом контексте они называются психосоциальными нарушениями, что позволяет людям с психическими расстройствами играть заметную роль в глобальных инициативах по защите прав инвалидов, направленных на поощрение и защиту прав человека всех людей с ограниченными возможностями.

Впервые в истории люди с психосоциальными нарушениями стали неотъемлемой частью процесса переговоров и подготовки проекта конвенции. Это был действительно массовый процесс, который привел к созданию первого международного договора по правам человека в XXI веке. Никакие изменения политики, пересмотры законодательства или поправки к нормативным актам не могут быть внесены без привлечения к этому процессу экспертов по самому своему праву, а именно людей с психосоциальными нарушениями.

Международный консенсус в отношении равного сотрудничества становится реальностью во всем мире. Согласно Атласу психического здоровья Всемирной организации здравоохранения² за 2020 год, 35% стран, принявших участие в опросе, сообщили о постоянном сотрудничестве с пациентами и/или членами их семей или пациентскими правозащитными группами.

Профессиональные психиатрические организации играют важную роль в создании возможностей для значимого, подлинного и устойчивого участия людей, живущих с психосоциальными отклонениями, в своей работе. На международном уровне примерами таких организаций являются Всемирная ассоциация психосоциальной реабилитации (WAPR), в руководстве которой участвуют лица с психическими расстройствами и их близкие, Европейская психиатрическая ассоциация (European Psychiatric Association, EPA), в состав правления которой входят члены правления Европейской федерации ассоциаций семей пациентов с психическими заболеваниями (European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, EUFAMI), и Глобальный альянс по защите интересов пациентов с психическими заболеваниями (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks, GAMIAN), Совместное соглашение о

сотрудничестве между Европейским центром психического здоровья (Mental Health Europe/MHE) и Европейской сетью для людей, (ранее) сталкивавшихся с психиатрией и получавших психиатрическую помощь (European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry ENUSP).

На национальном уровне можно выделить два значимых примера. Первый – это Королевский колледж психиатров Австралии и входящий в его структуру Комитет по взаимодействию с сообществом, члены которого принимают участие в обучении, аттестации и аккредитации психиатров, а также в разработке стратегий регулирования оказания психиатрической помощи и внутренней работы колледжа. Второй пример – это Королевский колледж психиатров Великобритании, членами совета которого являются представители сообществ пациентов и членов их семей.

В составе некоторых государственных структур также присутствуют люди с реальным опытом. Показательным примером является Консультативный комитет по психическому здоровью в Гонконге, созданный Администрацией Гонконга. При поддержке этого комитета Болничная администрация Гонконга следит за тем, чтобы в каждом учреждении, оказывающем психиатрическую помощь, было достаточное количество обученных работников с пережитым опытом психического расстройства, входящих в состав полипрофессиональных бригад для помощи пациентам с тяжелыми психическими расстройствами. Другим примером является Национальная комиссия по психическому здоровью в Австралии.

Примерами международных политических и исследовательских инициатив, предусматривающих партнерство, является Комиссия «Lancet» по психическому здоровью, стигматизации и дискриминации³. Ключевые руководящие должности в этой комиссии занимают люди с пережитым опытом психических расстройств. Другим примером является инициатива ВОЗ «QualityRights»⁴. В рамках этой инициативы был применен многогранный подход к вовлечению людей с пережитым опытом в усилия по преобразованию политики, законов и системы оказания помощи как на местном, так и на глобальном уровне. Она также направлена на создание возможностей для применения подходов к охране психического здоровья, ставящих во главу личность и права человека.

Глобальная партнерская сеть по охране психического здоровья имеет официальные партнерские отношения с несколькими международными организациями, включая Международную инициативу по лидерству в области психического здоровья (International Initiative for Mental Health Leadership, IMHLI), «Ember Mental Health» (EMH) и «Recovery IPSS». Эти партнерские отношения соответствуют нашим «Рекомендациям по работе и взаимодействию с людьми с пережитым опытом психических расстройств». Принципы этих партнерских отношений включают прозрачность, справедливость, поиск точек соприкосновения, демократический и консенсусный подход к принятию решений и переход от формального участия к активному⁵.

Примерами партнерских отношений в области обучения могут служить тренинги для специалистов в области психического здоровья, проводимые Национальной ассоциацией по психическим заболеваниям США (US National Association of Mental Illness, NAMI). Эти тренинги организуются командой, состоящей из трех человек: взрослого человека с психическим заболеванием, члена его семьи и специалиста по психическому здоровью, у которого также может быть личный опыт психического расстройства или близкий с подобным опытом. Кроме того, стоит упомянуть тренинги Фонда «Mundo Bipolar», разработанные в рамках проекта RECOVER-E, и учебную программу EUFAMI «Перспектива для людей», которые также представляют собой примеры партнерских отношений в области обучения.

Более трех десятилетий опыт «триалога» в обучении и практике общения на равных предлагает возможности для самостоятельного и осознанного получения и обмена знаниями как для людей с пережитым опытом психических расстройств, так и для их близких, друзей и специалистов в области психического здоровья⁶.

ВПА уже много лет активно привлекает пациентов и членов их семей ко всем аспектам охраны психического здоровья. «Рекомендации по наилучшей практике работы с па-

циентами и членами их семей» отражены в Мадридской декларации. Этот импульс был еще более усилен с созданием Консультативной группы для пациентов и членов их семей, которая работала в течение трехлетнего периода (2017–2020 гг.). Эта работа была продолжена Рабочей группой по развитию партнерских отношений с пациентами и членами их семей, созданной в рамках Плана действий WPA на 2020–2023 годы^{8–10}.

Эта рабочая группа тесно сотрудничала с различными подразделениями ВПА и на протяжении трех лет активно участвовала во всех всемирных конгрессах. В рамках своей деятельности группа проводила симпозиумы, посвященные разнообразным темам – от соматического здоровья людей с психическими расстройствами до прав человека в области психического здоровья, – а также курсы по альтернативным подходам к психиатрической помощи. Последние стали результатом плодотворного сотрудничества с Рабочей группой ВПА по внедрению альтернатив принудительным мерам в психиатрическую помощь. Это партнерство включало в себя исследования, обучение и соавторство в общем программном документе и в других научных работах. Кроме того, Рабочая группа установила связи с Рабочей группой WPA по волонтерству¹¹.

В 2023 году Рабочая группа провела два вебинара, посвященных правам человека в психиатрии: «Психиатрическая помощь невозможна без соблюдения прав человека» и «Почему и как создаются успешные партнерские отношения между психиатрами, пациентами, членами их семей и пациентскими правозащитными организациями».

В итоге Рабочая группа разработала программный документ на тему «Укрепление партнерских отношений с пациентами и членами их семей», который был одобрен Генеральной ассамблеей ВПА в сентябре 2023 года. В этом документе рекомендуется, чтобы «все международные и местные профессиональные организации, включая программы ВПА и общества-члены, нашли эффективные способы работы в тесных и значимых партнерских отношениях с пациентами, членами их семей и другими лицами, осуществляющими уход, а также с организациями, представляющими их интересы».

Miia Männikkö¹, Guadalupe Morales Cano², Martha Savage³, Charlene Sunkel⁴, Afzal Javed⁵, Roger M.K. Ng⁶, Michaela Amering⁷

¹Past-President, EUFAMI; ²Fundación Mundo Bipolar, Madrid, Spain;

³Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand; ⁴Global Mental Health Network; ⁵Pakistan Psychiatric Research Centre, Fountain House Institute, Lahore, Pakistan; ⁶WPA Secretary for Education 2017–2023; ⁷Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург

Редактура: Коврижных Иван Владимирович, г. Санкт-Петербург

Библиография

1. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations, 2007.
2. World Health Organization. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization, 2021.
3. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A et al. Lancet 2022;400:143880.
4. Funk M, Drew Bold N. Health Hum Rights 2020;22:6975.
5. Global Mental Health Peer Network. www.gmhpn.org.
6. Amering M. In: Gaebel W, Rössler W, Sartorius N (eds). The stigma of mental illness – end of the story? Berlin: Springer Nature, 2016:58190.
7. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. World Psychiatry 2011;10:22936.
8. Javed A. World Psychiatry 2022;21:3256.
9. Javed A. World Psychiatry 2023;22:1656.
10. Javed A. World Psychiatry 2023;22:3412.
11. Thomson S, Chumakov E, Van Hoof J et al. World Psychiatry 2022;21:1612.

DOI:10.1002/wps.21221

© 2024 ВПА

Редакция не несет ответственности за любое причинение вреда здоровью и/или имуществу в результате ненадлежащего использования, небрежного обращения и других действий с продукцией, а также в результате любого использования методов, продуктов, инструкций или идей, содержащихся в данном материале. Учитывая стремительное развитие медицинских наук, требуется обязательная независимая верификация диагнозов и используемых доз препаратов.

