

Всемирная Психиатрия

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (ВПА)

Том 23, Номер 3



Октябрь 2024

ОТ РЕДАКТОРА

Искусственный интеллект, сознание и психиатрия

G. Tononi, C. Raison

309

Выход в свет диагностического руководства МКБ-11

«Клинические описания и диагностические требования»

D. Kestel, G.M. Reed

310

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Социальная связь как критический фактор психического и физического здоровья: доказательства, тенденции, вызовы и перспективы

J. Holt-Lunstad

312

Как нарушения нейropsychического развития вписываются в трансдиагностические психиатрические рамки? Включение нового спектра нарушений нейropsychического развития

G. Michelini, C.O. Carlisi, N.R. Eaton et al

333

ПЕРСПЕКТИВЫ

Научная валидация CDDR МКБ-11

M. Maj

357

Гибкое интервью ВОЗ для МКБ-11 (FLI-11)

G.M. Reed, K.T. Maré, M.B. First et al

358

Затяжная патологическая реакция горя:

определение, диагностика, подходы к лечению

H.G. Prigerson, P.K. Maciejewski

360

Синдром суицидального кризиса: специальный

диагноз для предотвращения суицидов

I. Galynker, S. Bloch-Elkouby, L.J. Cohen

361

ФОРУМ – ЭТИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Этические вызовы в современной психиатрии: обзор и оценка возможных стратегий и исследовательских потребностей

S. Galderisi, P.S. Appelbaum, N. Gill et al

364

КОММЕНТАРИИ

Этические вызовы в сфере охраны психического здоровья: от намерений к практике

P. Bartlett

386

Смещение маятника – но с системой сдержек и противовесов

T. Steinert

387

Приведение концепции «единого закона»

в соответствие со стандартом КПИ

о «воле и предпочтениях»

J. Gather, M. Scholten

388

Заблаговременное планирование: многогранный вклад в помощь, основанную на правах человека

H. Zelle

390

Права человека и заблаговременное вмешательство:

этика как положительная движущая сила

P.D. McGorry

391

Более широкий подход к этическим проблемам

в сфере цифрового психического здоровья

N. Martinez-Martin

393

Ассистированная смерть при психических расстройствах – чей это выбор

M.E.J. Wise

394

Этика через призму социальной составляющей психиатрии

S. Tyano

395

Улучшение механизма вовлеченности людей с пережитым опытом в процесс принятия решений

R. Nica

397

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Разработка и временная валидация клинической прогностической модели развития психоза у лиц с ультравысоким риском в когорте UHR 1000+

S. Hartmann, D. Dwyer, B. Cavve et al

399

Прогнозирование результатов психотерапии при хронической депрессии на основе персонализированных симптоматических сетей

L. Schumacher, J.P. Klein, M. Hautzinger et al

409

Взаимосвязь между соматическими заболеваниями и развитием психических расстройств: лонгитюдное исследование в популяционной когорте

N.C. Momen, S.D. Østergaard, U. Heide-Jorgensen et al

419

Чувствительность концепции семейного высокого риска в прогнозировании развития психоза: популяционное исследование

C. Healy, U. Lång, K. O'Hare et al

429

ИДЕИ

Эмоциональная регуляция и психическое здоровье: современные исследования и перспективы

M. Berking

435

Эмоциональная регуляция, скаффолдинг

и психиатрия

M. Ratcliffe

436

Психическое здоровье подростков в контексте поддерживающих взаимоотношений: вызовы XXI века

S. Branje

438

Когнитивно-поведенческая терапия тревожности у подростков: актуальные тенденции, достижения и перспективы

P.C. Kendall, M. Meyer, J.S. Ney

439

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

439

НОВОСТИ WPA

455

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. Soghoian (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. Soghoian (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. Hertman (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. Шишкова, 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* можно бесплатно загрузить через PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/297>).

Искусственный интеллект, сознание и психиатрия

Giulio Tononi, Charles Raison. Artificial intelligence, consciousness and psychiatry. *World Psychiatry*. 2024;23(3):309-310

В 1966 году исследователь из Массачусетского технологического института представил ELIZA – компьютерную программу, которая симулировала личностно-ориентированную (клиент-центрированную) психотерапию К. Роджерса. Она перефразировала слова пациента в вопросы, следуя заранее подготовленным простым, но эффективным скриптам. Это была одна из первых успешных программ на основе искусственного интеллекта (ИИ). К разочарованию его создателя, некоторые люди принимали ELIZA за настоящего психотерапевта, возможно, из-за нашей склонности приписывать объектам сознание, если мы обнаруживаем у них интеллект, а в особенности – речь.

Неуклюжая попытка создания ИИ в виде ELIZA в наши дни преобразилась в невероятно красноречивого голема. ChatGPT легко переговорит, перепишет и превзойдет самого Зигмунда Фрейда. Поскольку большие языковые модели (large language models, LLM) обладают сверхчеловеческим лексиконом, знаниями, памятью и скоростью, искусственные мозги теперь могут превзойти естественные в большинстве задач.

ELIZA была названа в честь цветочницы Элизы Дулиттл, героини пьесы Дж. Б. Шоу «Пигмалион», поскольку ее речь также улучшалась по мере научения. Оригинальный миф о Пигмалионе – скульпторе, вырезавшем из слоновой кости идеальную женщину Галатею и надевавшемся ее оживить, – еще более уместен в данном контексте: предвещает ли создание ИИ искусственное сознание, возможно, даже сверхчеловеческое? В настоящее время начинают формироваться два лагеря, дающих радикально разные ответы на этот вопрос.

Согласно вычислительной/функционалистской позиции, доминирующей в когнитивной нейронауке, ответ – «да»¹¹. Когнитивная нейронаука предполагает, что мы, в конечном счете, являемся машинами со сложным программным обеспечением (которое может давать сбой и быть перепрограммировано). Нейронные алгоритмы распознают объекты и окружение, направляют внимание, удерживают элементы в рабочей и долговременной памяти. Сложные нейронные вычисления управляют когнитивным контролем, принятием решений, эмоциональными реакциями, социальным поведением и, разумеется, речью. С этой точки зрения, сознание должно быть просто еще одной функцией, возможно, обеспечивающей прямую трансляцию всей информации² или метакогнитивную оценку сенсорных сигналов³. В таком случае, когда компьютеры смогут воспроизводить те же функции, что и наш мозг, пусть и реализованные иным способом (функционалистская «множественная реализуемость»), они будут обладать сознанием так же, как и мы.

Несмотря на то что поведение LLM во многом напоминает осознанное, нет способа определить, есть ли у них сознание, и если да, то каким образом и в какой степени оно проявляется¹. Также неясно, как определить, чувствуют ли они что-либо (предполагаем, что просто спросить не получится...).

Когнитивная нейронаука обычно придерживается подхода «внешней перспективы», предложенного Галилеем, который стал основой для многих научных открытий. С этой точки зрения, сознание представляется либо как «иллюзия пользователя»⁴, либо как загадочное «эмерджентное» свойство (согласно теории систем, эмерджентность – наличие у системы свойств, не присущих ее компонентам по отдельности. – *Прим. перев.*). Однако, как заметил еще Лейбниц, такой подход не учитывает наш опыт – то, что мы видим, слышим, думаем и чувствуем. Этот скрытый дуализм с самого начала ставит вопросы не только перед нейронаукой, но и перед психиатрией: лечим ли мы мозг, психику или и то и другое? И если оба, то как они связаны? Является ли душа лишь эфемерным пассажиром мозга?

Теория интегрированной информации (Integrated information theory, ИТ) представляет собой радикально иной подход⁵, и мы придерживаемся именно его. ИТ придерживается *внутренней перспективы*, опираясь не на то, что такое мозг и что он делает, а на то, что такое сознание. В конце концов, для каждого из нас опыт является неоспоримой реальностью, а мир – это лишь результат осмысления этого опыта, о чем врачи-психиатры должны быть хорошо осведомлены.

ИТ сначала характеризует сущностные свойства сознания – те, которые неопровержимо верны для любого мыслимого опыта, – а затем ставит вопрос о том, что требуется для их объяснения в физических терминах. Крайне важно, что это приводит к отождествлению опыта во всем его богатстве со *структурой* (а не с процессом, вычислением или функцией) – структурой, которая определяет способность (нейронного) субстрата в его текущем состоянии выстраивать причинно-следственные связи. Фактически ИТ предоставляет вычислительный аппарат для определения, по крайней мере принципиального, является ли субстрат сознательным, каким образом и в какой степени.

Данная теория может объяснить, почему определенные участки мозга связаны с сознанием, а другие, например, мозжечок или некоторые участки префронтальной коры, – нет. Она может объяснить, почему – из-за разрыва причинно-следственных связей – сознание теряется во время сна без сновидений, при анестезии и генерализованных припадках⁶. Кроме того, данная теория стала учитывать качественные аспекты опыта – ощущение пространства как протяженного, а времени как текущего⁷. Это приводит ко многим предсказаниям, которые можно проверить и которые на первый взгляд контринтуитивны, например: практически «молчащая» кора может поддерживать яркое переживание «чистого присутствия» (медитативного состояния без мыслей, эмоций и чувства «я». – *Прим. перев.*). Наконец, ИТ привела к разработке совместного применения транскраниальной магнитной стимуляции и электроэнцефалографии, который в настоящее время является наиболее специфичным и чувствительным для оценки наличия сознания у пациентов, не реагирующих на внешние стимулы⁸.

Если ИТ верна, то, в отличие от позиции доминирующей вычислительной/функционалистской теории, ИИ лишен (и будет лишен) какой-либо искры сознания: он может говорить и вести себя так же или даже лучше, чем мы (он будет «функционально эквивалентен»), но он не будет «феноменально эквивалентным» (он вообще ничего не будет чувствовать)⁵. Перефразируя Т. Нагеля, невозможно понять, «что значит быть» компьютером, каким бы умным он ни был. Точно так же, как и мозжечок, компьютер не обладает структурой, необходимой для наличия сознания. Несмотря на то что компьютер может безупречно выполнять все «когнитивные» функции, которые нам необходимы, включая те, которые мы привыкли считать исключительно человеческими, эти процессы будут происходить «в тени». Они будут осуществляться так же неосознанно, как процессы в нашем мозге, которые плавно соединяют фонемы в слова, а слова – в предложения, чтобы выразить мимолетную мысль.

Если ИТ верна, то приписывание сознания ИИ действительно является «экзистенциальной» ошибкой, потому что сознание – это существование, а не действие, а ИИ – это, наоборот, действие, а не существование. Под давлением естественного отбора биологические ограничения могут способствовать совместной эволюции интеллекта и сознания (т.к. высокоинтегрированные субстраты оказываются в более выигрышном положении)⁹. Однако в более широком контексте интеллект и сознание могут быть разделены. Может существовать опыт без функциональных способностей, которые мы связываем с интеллектом. Например, па-

циенты, почти не реагирующие на внешние раздражители, могут быть неспособны что-либо сделать или сказать, но могут обладать богатым миром субъективных переживаний⁸. Так же как и могучий интеллект может существовать без сознания: красноречивый ИИ может вести увлекательную беседу и поражать нас своим интеллектом, при этом не существует ничего, кроме потока предложений, которые он выдает – как писал Ф. Ларкин «No sight, no sound / No touch or taste or smell, nothing to think with / Nothing to love or link with» («бесчувственность сама – нет вкуса, запаха, нет тела, нет ума...» – в переводе Л. Эпштейна).

Искусственный интеллект представляет собой уникальную и насущную проблему не только для психического здоровья, но и для нашего существования как вида и нашего места в природе. Если популярные в настоящее время вычислительные/функционалистские подходы верны и мы – сильно ограниченные и часто дефектные биологические машины, то мы скоро будем вытеснены машинами из кремния, которые будут не только лучше и быстрее, но и будут обладать более насыщенным и богатым внутренним миром. Если же верна ИТ, то каждое ощущение является экстраординарным и невероятным по своей сути феноменом, который требует особого нейронного субстрата, который невозможно воспроизвести, просто имитируя его функции.

Giulio Tononi, Charles Raison

Department of Psychiatry, University of Wisconsin, Madison, WI, USA

Перевод: Ланикин Илья Константинович, г. Москва

Редактура: Шишкова Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. Butlin P, Long R, Elmoznino E et al. arXiv 2023;2308.08708.
2. Dehaene S, Changeux J-P. Neuron 2011;70:200-27.
3. Brown R, Lau H, LeDoux JE. Trends Cogn Sci 2019;23:754-68.
4. Norretranders T. The user illusion: cutting consciousness down to size. New York: Viking Penguin, 1991.
5. Albantakis L, Barbosa L, Findlay G et al. PLoS Comput Biol 2023;19:e1011465.
6. Tononi G, Boly M, Massimini M et al. Nat Rev Neurosci 2016;17:450-61.
7. Haun A, Tononi G. Entropy 2019;21:1160.
8. Casarotto S, Comanducci A, Rosanova M et al. Ann Neurol 2016;80:718-29.
9. Albantakis L, Hintze A, Koch C et al. PLoS Comput Biol 2014;10:e1003966.

DOI: 10.1002/wps.21222

Выход в свет диагностического руководства МКБ-11 «Клинические описания и диагностические требования»

Dévora Kestel, Geoffrey M. Reed. Global launch of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements (CDDR). *World Psychiatry*. 2024;23(3):310-311

МКБ-11, ставшая первым за три десятилетия глобальным пересмотром Международной классификации болезней (МКБ), была утверждена на 72-й Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2019 года и вступила в силу в январе 2022 года в качестве основы для статистического отчета о состоянии здоровья людей в странах – членах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время страны по всему миру находятся на различных этапах внедрения МКБ-11 в свои клинические и информационные системы здравоохранения, и этот процесс будет продолжаться в течение следующих нескольких лет.

ВОЗ сделала важный шаг на пути к внедрению МКБ-11 в систему психиатрической помощи, опубликовав «Клинические описания и диагностические требования (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR) для психических и поведенческих расстройств и нарушений нейропсихического развития МКБ-11¹.

CDDR представляет собой полноценное диагностическое руководство, предназначенное для помощи специалистам в области психического здоровья и другим специалистам здравоохранения по всему миру в целях более точной диагностики психических расстройств в клинической практике. Оно содержит последовательную и клинически полезную информацию для всех диагностических категорий главы МКБ-11, посвященной психическим, поведенческим расстройствам и нарушениям нейропсихического развития. Данное руководство включает в себя описание ключевых признаков каждого расстройства (основные признаки), их границы с нормой (пороговые критерии) и с другими состояниями (дифференциальная диагностика), а также особенности, связанные с течением расстройства, возрастной, гендерной и культуральной спецификой. По сравнению с диагностическим руководством для МКБ-10, в CDDR содержится значительно расширенная и дополненная информация, интегрированы и систематизированы данные о возрастных, гендерных и культуральных особенностях, а также более тщательно представлены указания для дифферен-

циальной диагностики². Кроме того, новое руководство основано на современных исследованиях и данных лучшей клинической практики.

Центральной целью Департамента ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления ПАВ при разработке CDDR было создание инструмента, способствующего снижению глобального бремени психических расстройств. Исходя из этой цели, при разработке CDDR особое внимание уделялось клинической полезности и применимости по всему миру наряду с научной достоверностью³. Точная диагностика часто является первым критически важным шагом на пути к получению адекватного лечения и помощи. Руководство, более близкое к клинической практике и более универсальное для применения в разных странах, имеет больше шансов на систематическое внедрение, что, в свою очередь, способствует более раннему выявлению лиц, нуждающихся в помощи, и подбору эффективного лечения. Это также улучшает качество данных о состоянии здоровья, собранных в условиях клинической практики, которые используются для управления и распределения ресурсов на уровне медицинских учреждений, системы здравоохранения, отдельного государства и всего мира.

Для разработки CDDR Департамент сформировал шестнадцать экспертных рабочих групп в различных областях, обеспечив тем самым мультидисциплинарный подход, который включал представителей всех регионов ВОЗ, в том числе значительное количество специалистов из стран с низким и средним уровнем дохода. В процессе разработки предложений для МКБ-11 эти рабочие группы проводили тщательные обзоры научных данных, включая исследования, проведенные в рамках создания DSM-5.

Кроме того, предложенные диагностические требования для МКБ-11 прошли обширные испытания в рамках программы полевых исследований. Для содействия участию клиницистов в разработке CDDR была создана Всемирная сеть клинической практики (Global Clinical Practice Network, GCPN), в которую в настоящее время входят более

19 000 специалистов в области психического здоровья и первичной медицинской помощи из 165 стран. Члены GCPN приняли участие в 20 интернет-исследованиях, направленных на тестирование CDDR, каждое из которых проводилось на шести языках^{3,4}. CDDR также проходили апробацию среди пациентов в клинических учреждениях 15 стран, охватывающих все регионы ВОЗ и почти 50% населения мира. Эти исследования зафиксировали значительное улучшение надежности диагностики и клинической полезности при использовании CDDR по сравнению с аналогичными диагностическими рекомендациями для МКБ-10.

Статистическая классификация МКБ-11 и диагностическое руководство CDDR включают важные нововведения. Среди них – новые категории расстройств, описывающие группы пациентов с клинически значимыми особенностями состояния и специфическими особенностями терапии, что способствует расширению исследований этих феноменов и значительному увеличению доступности соответствующих медицинских услуг⁵. Некоторые категории были исключены из-за недостаточной научной обоснованности. Кроме того, МКБ-11 и CDDR продвинулись в направлении димENSIONАЛЬНОГО ПОДХОДА К КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, особенно в области психотических и личностных расстройств⁶.

Все эти усовершенствования соответствуют шести принципам и подходам Комплексного плана действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2030 гг.⁷:

Поддержка всеобщего охвата услугами здравоохранения за счет четких, универсальных, клинически значимых описаний состояний, определяющих необходимость и выбор терапевтических стратегий.

Соблюдение *прав человека*, включая отказ от стигматизирующих диагнозов в пользу подходов, ориентированных на выздоровление, в частности, при описании психотических расстройств, делая упор на текущее состояние и потребность в лечении, а не на навешивании «ярлыков» на всю жизнь.

Опора на научные данные и передовую практику, существенно развившиеся с момента публикации МКБ-10.

Применение *подхода с точки зрения всего жизненного цикла*, описывающего проявления психических расстройств на разных этапах жизни: в раннем, детском, подростковом, взрослом и пожилом возрасте.

Применение *многосекторального подхода* при разработке CDDR.

Расширение прав и возможностей лиц с психическими расстройствами и с ограниченными возможностями в психосоциальном плане посредством систематического учета точки зрения пациентов⁸.

Для внедрения МКБ-11 и CDDR необходимо значительное укрепление рабочих возможностей медицинских кадров, включая и специалистов, и неспециалистов. Реализация МКБ-11 также представляет собой важнейшую возможность реформирования диагностического процесса с учетом потребностей и точки зрения пациентов, получающих медицинскую помощь⁸. ВОЗ потребуются сотрудничество и поддержка стран-членов, профессиональных сообществ (включая Всемирную психиатрическую ассоциацию), Сотрудничающих центров ВОЗ, академических учреждений, неправительственных организаций, гражданско-

го общества и организаций пациентов для обеспечения успешного внедрения и реализации всего потенциала МКБ-11. CDDR следует систематически интегрировать в программы подготовки специалистов в области психического здоровья и первичной помощи, а также разрабатывать специализированные материалы для этой цели⁹.

CDDR является результатом более чем 15-летней совместной работы, проведенной Департаментом ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления ПАВ в рамках общей работы над МКБ-11. В создании и тестировании CDDR участвовали сотни экспертов и тысячи клиницистов со всего мира в рамках самого масштабного в истории международного, многоязычного, междисциплинарного и открытого процесса пересмотра классификации психических расстройств.

Публикация CDDR предоставляет специалистам в области здравоохранения более совершенный инструмент для выявления психических расстройств; странам – членам ВОЗ – более эффективный механизм для сокращения бремени психических заболеваний; а пациентам – больше возможностей получить необходимую помощь.

Dévoira Kestel¹, Geoffrey M. Reed²

¹Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ²Department of Psychiatry and WHO Collaborating Center for Capacity Building and Training in Global Mental Health, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA.

D. Kestel – директор WHO Department of Mental Health and Substance Use. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в настоящей публикации, и они необязательно отражают взгляды, решения или политику ВОЗ или других учреждений, с которыми они связаны.

Перевод: Северцев Всеволод Владиславович, г. Москва

Редактура: Шишкова Татьяна Игоревна, г. Москва

Библиография

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>.
2. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. World Psychiatry 2015;14:82-90.
3. Reed GM, First MB, Kogan CS et al. World Psychiatry 2019;18:3-19.
4. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Am Psychol 2016;71:3-16.
5. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
6. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R et al. Psychol Sci Publ Int 2017;18:72-145.
7. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization, 2021.
8. Hackmann C, Balhara YPS, Clayman K et al. Lancet Psychiatry 2019;6:778-85.
9. Reed GM, Ritchie PL-J, Maerker A (eds). A psychological approach to diagnosis: using the ICD-11 as a framework. Washington: American Psychological Association, 2024.

DOI:10.1002/wps.21223

Социальная связь как критический фактор психического и физического здоровья: доказательства, тенденции, вызовы и перспективы

Julianne Holt-Lunstad¹

¹Departments of Psychology and Neuroscience, Brigham Young University, Provo, UT, USA

Растущая обеспокоенность по поводу социальной изоляции и одиночества в глобальном масштабе подчеркивает необходимость более глубокого понимания их последствий для психического и физического здоровья. Имеются убедительные доказательства, что факторы социальной связи являются независимыми предикторами психического и физического здоровья, причем наиболее веские из них касаются влияния на смертность. Хотя большинство исследований носят наблюдательный характер, они указывают на направленность влияния, вероятные механизмы воздействия, а в некоторых случаях – на причинно-следственную связь между уровнем социальной связи и последствиями для здоровья. Общественные тенденции демонстрируют рост числа людей, испытывающих нехватку социальных контактов, а также значительную долю населения, сообщающую о чувстве одиночества. За последние два десятилетия, особенно с 2020 года, научные исследования, посвященные социальной изоляции и одиночеству, значительно расширились; однако их влияние на здоровье и смертность до сих пор недооценивается обществом. Несмотря на обширность доказательств, сохраняется ряд проблем, среди которых: необходимость унифицированной терминологии, учитывающей разнообразие понятий в различных научных дисциплинах, разработка однородных многофакторных методов оценки риска, поиск эффективных решений для предотвращения и снижения этого риска. Необходимость охраны здоровья в будущем подчеркивается потенциально долгосрочными последствиями пандемии COVID-19 и ролью цифровых технологий в социальных изменениях, которые могут способствовать дальнейшему ухудшению социального, психического и физического здоровья. Для преодоления этих тенденций и ответа на существующие вызовы предлагаются рекомендации, направленные на устранение пробелов в понимании проблемы, укрепление социальных связей, а также борьбу с социальной изоляцией и одиночеством.

Ключевые слова: социальная связь, социальная изоляция, одиночество, психическое здоровье, физическое здоровье, смертность, общественное здравоохранение

Julianne Holt-Lunstad. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. *World Psychiatry*. 2024;23(3):312-332

В совместном заявлении, опубликованном в январе 2024 года, правительства США, Японии, Марокко, Швеции, Кении и Чили подчеркнули «важность социальных связей для здоровья и благополучия индивидов, сообществ и общества в целом»¹. Это заявление последовало вскоре после пандемии COVID-19 – более чем трехлетнего периода, в течение которого население планеты было вынуждено соблюдать изоляцию, практиковать «социальное дистанцирование» и, во многих случаях, было приковано к дому, что способствовало сокращению социальных контактов. Хотя глобальный кризис в области здравоохранения способствовал повышению осведомленности о данной проблеме, научные данные уже задокументировали существенные последствия снижения социальных связей для психического и физического здоровья.

Социальная связь широко признана как основная человеческая потребность^{2,3}, связанная с более высоким уровнем благополучия, безопасности, жизнестойкости и процветания, а также с увеличением продолжительности жизни⁴. Исследования, проводимые на различных социальных видах, демонстрируют, что, благодаря адаптивным поведенческим и биологическим механизмам, социальная связь является одним из наиболее значимых предикторов выживания, как на ранних, так и на более поздних этапах жизни^{5,6}. Доступность и разнообразие социальных отношений, взаимодействий и контактов критически важны для здоровья и благополучия^{4,7,8}. Поэтому крайне важно понять, как новые тенденции, связанные с социальными связями, влияют на ключевые социальные исходы, такие как психические расстройства и физические болезни.

Растущая глобальная обеспокоенность по поводу «эпидемии одиночества» в общественном дискурсе сопровождается увеличением числа научных исследований и более активным участием сообществ, учреждений и государственных структур. Эти опасения находят отражение в национальных и международных мерах реагирования на данную проблему. В 2018 году Великобритания назначила министра по вопросам одиночества⁹, разработав национальную стратегию и кампанию по повышению осведомленности. Япония, последовав этому примеру, ввела аналогичную должность в 2021 году¹⁰. Начиная с 2018 года, Европейский союз подготовил ряд докладов по вопросам одиночества¹¹. В 2023 году Генеральный хирург США опубликовал официальное консультативное заключение, в котором

изложил национальную стратегию борьбы с «нашей эпидемией одиночества и изоляции»⁴. В том же году правительство Южной Кореи предприняло конкретные шаги, введя ежемесячные пособия для поощрения молодых социально изолированных людей к реинтеграции в общество¹². Помимо государственных инициатив, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2023 году учредила Комиссию по вопросам социальной связи – трехлетнюю программу, направленную на повышение глобальной осведомленности и мобилизацию поддержки в этой области¹³.

Эти усилия были предприняты в связи с данными, свидетельствующими о росте социальной изоляции и одиночества в последние годы, а также о снижении уровня социальных связей в мировом масштабе⁴. Модернизация общества, экономическое неравенство, внедрение цифровых технологий, снижение гражданской активности, растущие политические разногласия, радикализация и другие факторы рассматриваются как потенциальные причины, способствующие данной тенденции. Независимо от того, является ли это социальной рецессией, эпидемией одиночества или кризисом общественного здравоохранения, очевидно, что данное явление представляет насущную проблему.

Наступил критический момент для принятия мер и устранения пробелов в нашем коллективном знании, чтобы смягчить неблагоприятные последствия. Однако существует ряд проблем, требующих решения. На протяжении многих лет важность социальной связи для нашего здоровья рассматривалась в различных дисциплинах, что привело к формированию сложной и неоднородной научной базы. Это требует разработки единой терминологии. Однако в процессе существует риск чрезмерного упрощения проблемы, что может привести к недостаточным мерам реагирования. В условиях растущего внимания со стороны общественности и государственных структур настало критическое время для комплексного анализа сильных и слабых сторон существующих доказательств, предстоящих вызовов и долгосрочных последствий.

СОЦИАЛЬНАЯ СВЯЗЬ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Существует обширная доказательная база, подтверждающая влияние социальной связи на показатели психического

здоровья. Социальные связи играют ключевую роль в профилактике психических расстройств, поддержании ментального благополучия и восстановлении после как умеренных, так и тяжелых психических расстройств, в то же время социальная изоляция и одиночество ассоциированы с ухудшением психического здоровья. Большинство этих данных касается депрессии, при этом исследований, посвященных другим психическим расстройствам, сравнительно меньше.

Хотя большая часть доступных данных является наблюдательной, что затрудняет установление причинно-следственных связей, существуют лонгитюдные исследования, подтверждающие направленность влияния. Кроме того, последние исследования, использующие менделевскую рандомизацию, позволяют установить причинно-следственные связи¹⁴. В некоторых случаях ассоциации могут носить двухсторонний характер: имеются доказательства того, что социальная изоляция и одиночество повышают риск ухудшения психического здоровья, а также что плохое психическое здоровье увеличивает риск изоляции и одиночества¹⁵.

Депрессия

Существует сильная положительная связь между социальной изоляцией, одиночеством и депрессией в любом возрасте: от юности до старости. Кроме того, более высокая степень социальной связанности может иметь защитный эффект, снижая риск депрессивных симптомов и расстройств¹⁶.

Анализ данных Национального анкетирования по вопросам здоровья США (US National Health Interview Survey) среди взрослых (>18 лет) позволил оценить влияние проживания в одиночестве и наличия социальной и эмоциональной поддержки на развитие депрессии¹⁷. Взрослые, проживающие в одиночестве, сообщали о значительно более высокой степени депрессии, чем те, кто жил с другими людьми. Эта разница была обусловлена несколькими социодемографическими факторами. Люди, которые никогда или редко получали социальную и эмоциональную поддержку, в два раза чаще сообщали о депрессии, однако даже среди них живущие в одиночестве имели еще более высокий риск депрессии по сравнению с теми, кто не получал поддержки, но жил с другими людьми¹⁷.

Важно отметить, что лонгитюдные исследования свидетельствуют о том, что социальная изоляция и одиночество могут способствовать развитию или усугублению депрессии. Например, систематический обзор 32 лонгитюдных исследований в общей популяции показал, что субъективное чувство одиночества предсказывает появление нового диагноза депрессии¹⁸. В исследованиях за участниками наблюдали от шести месяцев до 16 лет, в среднем в течение 3,5 года. Вероятность развития новой депрессии у людей, часто ощущающих одиночество, была более чем в два раза выше, чем у тех, кто редко или никогда не чувствовал себя одиноким. Хотя в исследованиях преобладали пожилые участники, аналогичные результаты были получены и в молодых возрастных группах, включая студентов университетов и молодых матерей.

Применяя двухвыборочную Менделевскую рандомизацию на основе двух крупных баз данных – метаанализа Psychiatric Genomics Consortium (N = 142,646)¹⁹ и Million Veteran Program (N = 250 215)²⁰ – было установлено, что одиночество является причиной возникновения большого депрессивного расстройства и депрессивных симптомов¹⁴. Далее анализ был проведен в обратном направлении, используя данные UK Biobank. Примечательно, что одиночество оказалось не только предиктором развития большого депрессивного расстройства, но и само по себе обуславливается депрессией, что указывает на двустороннюю причинную связь¹⁴. Это подчеркивает важность общественных стратегий по снижению одиночества как потенциально эффективной меры профилактики депрессии и снижения ее симптомов, а также указывает на то, что улучшение лечения депрессии может способствовать снижению уровня одиночества.

Взаимоотношения между социальной связью и депрессией также были изучены среди пациентов в медицинских уч-

реждениях, что позволяет предположить потенциальные перекрестные эффекты на другие клинические состояния. Например, низкий уровень социальной поддержки оказался значимо связан с антенатальной депрессией, которая в значительной степени влияет на физическое здоровье матери²¹. В одном из обзоров 83% исследований показали, что беременные женщины с низкой социальной поддержкой имели более выраженные симптомы депрессии¹⁶.

Связь между социальными контактами и психическим здоровьем также имеет значение в профессиональной среде. Нагрузка на сотрудников в различных секторах, особенно тех, кто пострадал больше всего во время пандемии COVID-19, таких как медицинские работники, педагоги и другие специалисты, занятые в «критически важных областях», привлекла большее внимание к эмоциональному выгоранию и другим проблемам психического здоровья. Метаанализ исследований, проведенных среди медицинских работников, показал, что недостаток социальной поддержки значительно увеличивает риск острого стрессового расстройства, синдрома эмоционального выгорания, тревожных и депрессивных расстройств, а также посттравматического стрессового расстройства²².

Когнитивное здоровье

Результаты нескольких метаанализов последовательно показывают, что высокий уровень социальной вовлеченности, включая социальные взаимодействия (например, количество социальных контактов, частота взаимодействия, семейное положение, условия проживания) и социальную активность (например, участие в социальных группах; посещение семьи, друзей и соседей; участие в волонтерской или оплачиваемой деятельности, участие в культурных или досуговых мероприятиях), ассоциируются с лучшими когнитивными функциями. Однако данные о влиянии **субъективного восприятия одиночества** менее однозначны.

Так, метаанализ, включающий более 2,3 миллиона участников, показал, что проживание в одиночестве, узкий социальный круг, низкая частота социальных контактов и недостаточная социальная поддержка являются значимыми факторами риска развития деменции, в то время как ощущение одиночества не продемонстрировало статистически значимой связи с деменцией²³. Однако другие метаанализы обнаружили, что более сильное чувство одиночества было в значительной степени связано с развитием деменции^{24,25}. Напротив, большая социальная активность, в том числе большее количество социальных контактов и более активное участие в жизни общества, может обладать защитным эффектом в связи со снижением риска развития деменции^{23,26}.

СОЦИАЛЬНАЯ СВЯЗЬ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Существуют убедительные доказательства того, что социальные связи, изоляция и одиночество связаны с повышенной заболеваемостью рядом соматических заболеваний и сокращением продолжительности жизни. Сила этих доказательств была признана в нескольких отчетах Национальной академии наук, инженерии и медицины (NASEM)^{15,27}, научных заявлениях профессиональных ассоциаций, таких как Американская кардиологическая ассоциация²⁸ и консультативном заключении главного врача США, опубликованном в 2023 году⁴. Эти данные представлены в нескольких метаанализах и систематических обзорах, которые документируют общее влияние на заболеваемость^{29,30,31} и смертность, связанные с соматическими заболеваниями, а также общую смертность^{32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43}. Также существуют метааналитические исследования, демонстрирующие влияние социального фактора на клинические исходы, такие как эффективность ответа на вакцинацию⁴⁴.

Эти доказательства привели к заключению отчета консенсуса NASEM, в котором был сделан вывод о том, что «социальная изоляция является серьезной проблемой общественного здравоохранения»¹⁵. Это особенно примечательно, поскольку отчет был опубликован до пандемии

COVID-19, и начиная с 2020 года было проведено значительное количество исследований по этой теме.

Соматическая заболеваемость

Существует обширная и постоянно пополняющаяся доказательная база, демонстрирующая влияние социальной изоляции и одиночества на различные показатели соматического здоровья, включая ключевые индикаторы, такие как сердечно-сосудистые заболевания, инсульт и сахарный диабет.

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти в мире, составляя примерно треть всех случаев. Поэтому факторы, которые увеличивают или уменьшают этот риск, могут оказывать значительное влияние на здоровье во всем мире⁴⁵. Десятки исследований показали, что социальная изоляция и одиночество существенно влияют на риск сердечно-сосудистых и cerebrovasкулярных заболеваний^{15,29}.

Итогом этих исследований стало заявление, опубликованное Американской кардиологической ассоциацией в 2022 году, в котором признается риск, связанный с объективной и субъективно ощущаемой социальной изоляцией²⁸. Согласно данному обзору, существует четкая связь между социальной изоляцией, одиночеством и риском развития ишемической болезни сердца и инсульта. Метаанализ данных из 16 независимых лонгитюдных исследований показывает, что неблагоприятные социальные факторы (социальная изоляция, недостаточная социальная поддержка, одиночество) связаны с повышением риска развития ишемической болезни сердца на 29% и инсульта на 32%²⁹. Эти результаты были неизменными вне зависимости от гендера.

Низкий уровень социальной вовлеченности и одиночество также связаны с повышенным риском развития гипертензии. Действительно, данные Национального проекта по изучению социальной жизни, здоровья и старения (National Social Life, Health and Aging Project) свидетельствуют о том, что влияние социальной изоляции на риск развития гипертензии превышает влияние таких клинически значимых факторов, как сахарный диабет, что указывает на «причинно-следственную роль социальных связей в снижении артериальной гипертензии» в пожилом возрасте⁴⁶.

Сахарный диабет является ведущей причиной инвалидности, снижения производительности труда, смертности и снижения качества жизни, затрагивая почти полмиллиарда человек во всем мире и создавая значительное глобальное экономическое бремя для отдельных лиц, систем здравоохранения и стран⁴⁷. Исследования неоднократно показывали, что социальные связи (например, поддержка и вовлеченность семьи) могут положительно влиять на контроль заболевания и общее состояние здоровья людей с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа. Крупные популяционные исследования также демонстрируют влияние социальной вовлеченности на заболеваемость сахарным диабетом 2-го типа. Например, у людей с ограниченными социальными связями с большей вероятностью недавно или ранее был диагностирован сахарный диабет 2-го типа, а также связанные с ним осложнения^{48,49}.

Однако были обнаружены гендерные различия по разным показателям социальной вовлеченности. Низкая социальная активность была связана с преддиабетом и осложнениями у женщин, но не у мужчин, в то время как проживание в одиночестве увеличивало вероятность наличия ранее диагностированного диабета 2-го типа и его осложнений у мужчин, но не у женщин^{48,49}. Эти результаты не зависели от контроля гликемии, качества жизни и сердечно-сосудистых факторов риска.

Исходы сахарного диабета могут быть связаны с лучшим самообслуживанием среди людей с более высоким уровнем социальной вовлеченности. Например, в метаанализе 28 исследований было установлено, что социальная поддержка в значительной степени связана с более высоким уровнем контроля заболевания, особенно с контролем уровня глюкозы в крови, и эта связь была более выраженной у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, чем с сахарным диабе-

том 1-го типа⁵⁰. Улучшение исходов при сахарном диабете за счет укрепления социальных связей может иметь каскадные последствия для общественного здравоохранения, учитывая, что это заболевание часто приводит к развитию других тяжелых заболеваний, включая болезни сердечно-сосудистой системы, почечную недостаточность, слепоту, ампутацию конечностей и деменцию.

Существуют также доказательства того, что низкий уровень социальной вовлеченности ассоциирован с более неблагоприятными исходами у уже заболевших людей. Например, у пациентов с сердечной недостаточностью, субъективно ощущающих высокий уровень одиночества, риск госпитализации был выше на 68%, риск обращения за экстренной медицинской помощью – на 57%, а количество амбулаторных посещений – на 26% по сравнению с пациентами, сообщавшими о низком уровне одиночества⁵¹. В метаанализе 13 исследований по пациентам с сердечной недостаточностью было установлено, что низкий уровень социальных связей на 55% увеличивает риск повторной госпитализации⁵². Эти результаты ассоциировались как с объективной, так и с субъективно ощущаемой социальной изоляцией, такой как проживание в одиночестве, отсутствие социальной поддержки и слабые социальные связи. Эти данные свидетельствуют о том, что укрепление социальных связей у пациентов с хроническими заболеваниями может способствовать улучшению медицинских исходов.

Смертность

В нескольких обзорах, включая научный консенсусный отчет NASEM, был сделан вывод о том, что одними из наиболее убедительных доказательств связи между социальной вовлеченностью, изоляцией и одиночеством и показателями здоровья являются данные, касающиеся смертности¹⁵. В крупных популяционных эпидемиологических исследованиях отслеживали изначально здоровое население на протяжении многих лет и даже десятилетий, документируя, что более социально активные люди живут дольше^{35,48,41,42}, в то время как те, кто испытывает социальный дефицит (изоляция, одиночество, проживание в одиночестве, неблагоприятные межличностные отношения), имеют более высокую вероятность преждевременной смерти, независимо от причины^{33,36,37,39,40,43}. Хотя социальная изоляция рассматривалась как фактор риска самоубийства⁵³, большинство метаанализов по общей смертности исключают самоубийства из числа учитываемых причин смерти.

Согласно одному из метаанализов, сильная социальная включенность может быть связана с повышением выживаемости до 50%⁴², в то время как социальная изоляция увеличивает риск преждевременной смерти на 32%, а одиночество – на 14%³³. Хотя оценки имеют некоторые различия, они могут быть заниженными, поскольку многие обзоры и метаанализы часто исключают случаи смерти от неестественных причин, таких как несчастные случаи, насилие или самоубийство. Несмотря на то что проводится множество исследований и отмечается более выраженное влияние на смертность от сердечно-сосудистых (например, инфаркта миокарда, инсульта) и онкологических заболеваний (например, лейкемии, лимфом, рака молочной железы)⁴¹, по-прежнему необходимы дополнительные исследования по этим вопросам, в дополнение к другим причинам смерти, связанным с болезнями.

С течением времени количество исследований, строгость методологии и размер выборки значительно увеличились, что позволило надежно воспроизвести вывод о том, что социальные связи снижают риск преждевременной смерти, и повысило достоверность этих данных. Например, лонгитюдные данные UK Biobank, охватывающие почти полмиллиона человек, существенно снижают вероятность случайной ошибки⁵⁴. Эти данные демонстрируют, что социальная изоляция значительно повышает риски преждевременной смерти от всех причин, в целом и последовательно во всех подгруппах (т.е. среди мужчин и женщин, молодых и пожилых, здоровых и больных, представителей разных этнических групп), даже после корректировки по широкому спектру факторов риска, в том числе связанных с образом жизни.

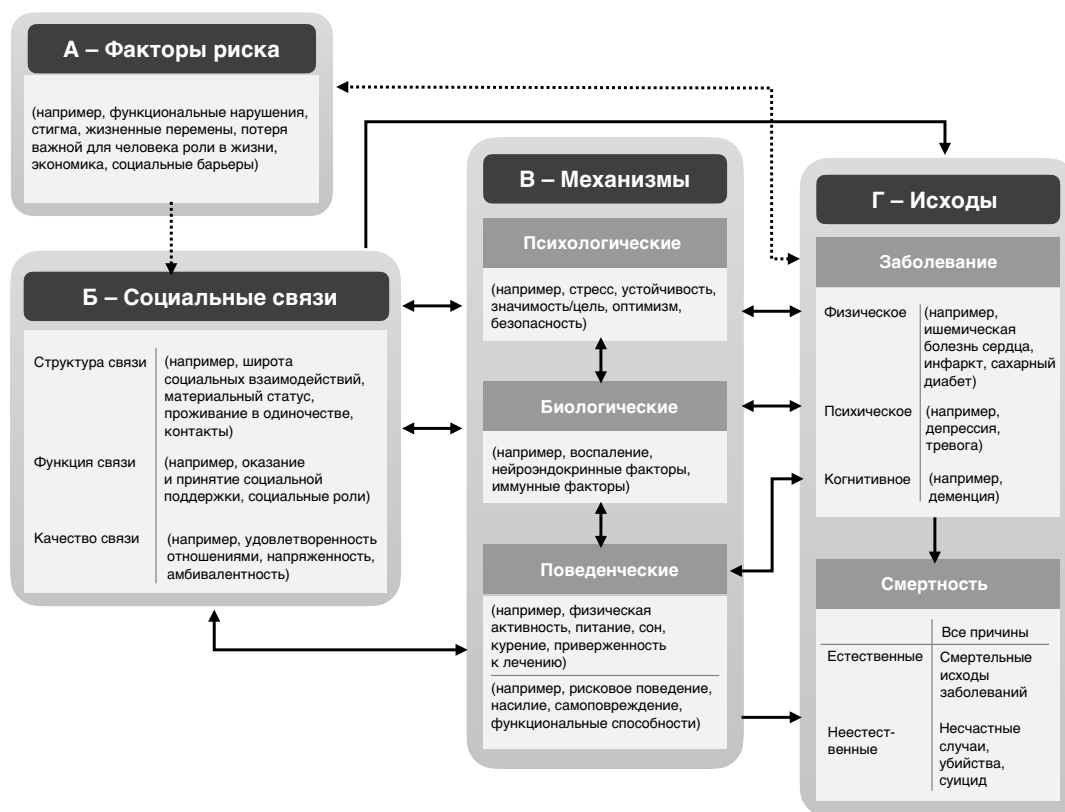


Рисунок 1. Упрощенная модель возможных прямых и косвенных, односторонних и двусторонних, а также потенциально циклических путей, через которые социальная связь ассоциирована с заболеваемостью и смертностью.

ни или состоянием здоровья, социально-экономических и биологических⁵⁵.

В нескольких метаанализах и систематических обзорах задокументированы сходные результаты при различных подходах к изучению проблем, таких как социальные отношения в целом, социальные взаимодействия, частота социальных контактов, супружеский или партнерский статус, факт расторжения брака, социальная изоляция, одиночество и проживание в одиночестве^{32,43}. Хотя величина эффекта несколько варьируется в зависимости от используемых показателей и методологии, все данные указывают на один и тот же общий вывод: более высокая социальная включенность ассоциирована с меньшим риском преждевременной смерти, в то время как социальный дефицит – с большим риском.

ОТНОСИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ИЗОЛЯЦИИ И ОДИНОЧЕСТВА

При прогнозировании риска заболеваний в будущем какой аспект важнее: субъективный (одиночество) или объективный (социальная изоляция)? Английское лонгитюдное исследование старения (The English Longitudinal Study of Ageing), проведенное с участием почти 5400 человек старше 50 лет, за которыми наблюдали в среднем в течение 5,4 года, показало, что одиночество связано с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца и инсульта), в то время как социальная изоляция не продемонстрировала аналогичного эффекта⁵⁶. С другой стороны, UK Biobank, проводивший крупномасштабное исследование, в ходе которого были собраны данные о почти полумиллионе человек, за которыми наблюдали в среднем в течение 7,1 года, обнаружил, что как изоляция, так и одиночество связаны с повышенным риском острого инфаркта миокарда и инсульта⁵⁷. Однако влияние социальной изоляции оставалось значимым даже после учета других факторов риска, тогда как влияние одиночества ослабевало. Оба фактора – изоляция и одиночество – были значимыми предикторами сердечно-сосудистых исходов; однако относительная значимость объективной изоляции, по-видимому, была выше.

Современные исследования все чаще обращаются к сравнительной оценке вклада социальной изоляции и одиночества, одновременно рассматривая их влияние на различные категории исходов. Все больше данных свидетельствуют о том, что одиночество оказывает более выраженное влияние на психическое здоровье, в то время как изоляция сильнее сказывается на состоянии физического здоровья^{31,58}. Например, крупное национальное проспективное исследование, изучавшее влияние социальной изоляции и одиночества на 32 показателя физического, поведенческого и психического здоровья, продемонстрировало, что оба фактора являются независимыми предикторами, но изоляция оказала более сильное влияние на смертность, в то время как одиночество оказало более выраженное влияние на психическое здоровье⁵⁸.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНЫМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ФАКТОРАМИ

Доказательства защитного влияния социальных связей и значимости рисков, связанных с социальной изоляцией, часто исследуются и обсуждаются отдельно. Однако на практике эти состояния переплетаются и взаимодействуют сложным образом. Это включает в себя прямые и косвенные, двунаправленные и циклические, а также аддитивные и мультипликативные эффекты. Большая часть существующих данных на сегодняшний день сосредоточена на установлении прямого и косвенного воздействия. Упрощенная модель этих взаимосвязей представлена на рисунке 1.

Среди растущего объема литературы о социальной связи и здоровье исследования часто сосредоточены на установлении однонаправленного влияния некоторых аспектов социальной связи (обозначенных на рисунке как В) на различные показатели здоровья или смертности (обозначенные как Д). Дальнейшая работа была посвящена изучению механизмов (обозначенных буквой В), которые могут объяснить данную связь через психологические, биологические и поведенческие процессы^{59,60,61,62,63,64}.

В нескольких обзорах и метаанализах представлены данные, указывающие на психологические пути, такие как восприятие стресса^{60,65}; поведенческие пути, такие как сон⁶⁶, физическая активность и курение⁶⁷; а также биологические факторы, такие как воспаление⁶⁸. В дальнейших исследованиях рассматриваются факторы риска (представленные на рисунке в виде буквы А), которые потенциально могут поставить под угрозу социальные связи человека.

Наибольший интерес в исследовании вызвали связи между В и D, причем В рассматривается как предиктор, а D – как исход. В последующих исследованиях рассматривали С как посреднические переменные (медиаторы), а А – как предрасполагающие факторы риска. Однако реальные взаимосвязи гораздо сложнее.

Многие факторы, рассматриваемые как медиаторы (представлены в виде буквы В на рисунке 1), сами по себе могут быть **конечными клиническими исходами**. Например, социальная изоляция и одиночество связаны с плохим питанием / пищевым поведением, такими как низкое потребление фруктов и овощей и снижение общего качества рациона⁶⁹. Существуют также данные о том, что люди, находящиеся в социальной изоляции, реже проходят профилактические обследования, такие как маммография⁷⁰.

Обобщение результатов 122 эмпирических исследований позволило изучить влияние различий в социальных связях на приверженность к лечению⁷¹. Большая социальная включенность, особенно социальная поддержка, была ассоциирована с лучшей приверженностью к лечению при ряде соматических заболеваний, особенно артериальной гипертензии^{72,73} и сахарного диабета 2-го типа^{74,75}. Аналогичным образом, другие факторы, такие как стресс, могут выступать как клиническими исходами, так и механизмами, с помощью которых социальные связи влияют на заболеваемость и смертность.

Двунаправленность, этих связей может иметь важное значение. В то время как связи, ассоциированные со смертностью, являются однонаправленными (т.е. смерть – конечный исход, исключающий обратное влияние), почти все другие механизмы могут быть двунаправленными. Хотя имеются убедительные доказательства направленного воздействия (т.е. у тех, у кого меньше социальных связей, больше вероятность ухудшения состояния здоровья), может быть и обратная связь (т.е. более слабое здоровье также повышает риск социальной изоляции и одиночества). Эти взаимосвязи **логичны с точки зрения механизмов и подтверждены эмпирическими данными**. Ухудшение физического здоровья также может способствовать как большей изоляции или одиночеству, так и ухудшению психического здоровья, создавая сложные двунаправленные связи.

Эти ассоциации также могут носить циклический характер. Снижение социальной связи может **дестабилизировать физиологические и поведенческие процессы**, увеличивая риск ухудшения здоровья. Ухудшение состояния здоровья может снизить мотивацию, возможности или доступ людей к социальному взаимодействию, что приводит к еще большей изоляции, которая, в свою очередь, ухудшает контроль за заболеванием, что в конечном итоге приводит к более неблагоприятному прогнозу.

Также необходимо учитывать сложность факторов внутри модели и их возможные суммарные аддитивные и мультипликативные эффекты. Так, сопутствующий дефицит социальных связей (например, проживание в одиночестве, ограничение социальных взаимодействий, низкий уровень социальной поддержки и чувств одиночества) может одновременно задействовать биологические, психологические и поведенческие механизмы, потенциально усиливая негативное влияние на здоровье. Кроме того, подобно другим поведенческим факторам риска и факторам риска, связанным с образом жизни, которые могут влиять на различные хронические заболевания, **социальная изоляция и низкая социальная связь также ассоциированы с повышением риска для широкого спектра заболеваний, в то время как высокая социальная связь снижает этот риск**. Таким образом, вполне вероятно, что социальная изоляция повышает риск мультиморбидности, охватывающей соматические,

психические и когнитивные состояния. Это соответствует данным исследования здоровья и выхода на пенсию (Health and Retirement Study), которые демонстрируют, что социальная изоляция была статистически значимо связана с 32 показателями физического, поведенческого и психологического состояния здоровья⁵⁸.

ПРЕИМУЩЕСТВА И ОГРАНИЧЕНИЯ СУЩЕСТВУЮЩИХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Научная база, подтверждающая значимость социальной связи для здоровья, признана надежной, так как за последние несколько десятилетий были получены последовательные результаты, подкрепленные данными нескольких научных дисциплин (например, эпидемиологии, нейронаук, социологии, медицины, психологии) и использованием различных методологических подходов (например, лонгитюдного, кросс-секционного, экспериментального).

В нескольких метаанализах и систематических обзорах представлены согласующиеся данные, связывающие социальную связь, изоляцию и/или одиночество с психологическим, когнитивным и физическим здоровьем. В совокупности они охватывают сотни исследований с миллионами участников. Хотя большинство исследований являются наблюдательными, существует значительное количество проспективных исследований, позволяющих установить временный характер воздействий⁴², а также подтверждающих наличие градиента связи или дозозависимого эффекта⁴⁶.

Существуют также экспериментальные данные, полученные на людях и животных, подтверждающие потенциальную причинно-следственную связь. Например, экспериментальное содержание животных в изоляции по сравнению с социальным проживанием приводит к худшим исходам, включая развитие опухолей, инсульт, замедленное заживление ран и смерть⁵. Модели, исследованные на животных, также подтвердили потенциальные молекулярные, клеточные, иммунологические и поведенческие механизмы, лежащие в основе социальной разобщенности человека³. Эти экспериментальные исследования дополнительно выявили причинно-следственные связи между социальным восприятием, нейронной активностью, иммунологическими функциями и состоянием здоровья³.

В ходе рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) на людях экспериментально проверяются потенциальные преимущества социальных вмешательств. Например, метаанализ 106 РКИ показал, что пациенты, получившие психосоциальную поддержку в дополнение к стандартному лечению, имели на 20% больше шансов на выживание по сравнению с контрольной группой, получавшей только стандартное лечение⁷⁶. Несмотря на различия в типах вспомогательных вмешательств, результаты были одинаковыми для всех пациентов, проходивших лечение от сердечно-сосудистых заболеваний, рака и других состояний.

Установление причинно-следственных связей между факторами, которые, как известно, влияют на здоровье, важно для определения этиологии заболевания и принятия профилактических мер. Однако рандомизация не всегда применима в контексте изучения изоляции, одиночества и социальной связи. Кроме того, хотя дизайн РКИ считается золотым стандартом для изучения причинно-следственных связей, он также подвергается критике, поскольку эти методы исследования часто имеют однородные и небольшие размеры выборки из-за критериев включения/исключения, что ограничивает возможность обобщения для применения в реальных условиях. Таким образом, необходимы дополнительные методологические подходы для выведения причинно-следственных связей в области общественного здоровья. Хотя установление причинно-следственных отношений между социальной связью и здоровьем является сложной задачей и существует множество споров по этому поводу, несколько моделей, предоставляющих многообещающую поддержку, все-таки были применены.

Рекомендации Bradford Hill являются одними из наиболее широко применяемых критериев для установления причинно-следственных связей в отношении переменных, не под-

Таблица 1. Сильные стороны доказательной базы, вызовы, обусловленные существующими пробелами, и приоритетные направления исследований в области социальной связи

Сильные стороны доказательной базы	Вызовы	Приоритетные потребности
Согласованность данных из разных научных дисциплин	Изменчивость в концептуализации и измерении	Необходимость многофакторного подхода
Широкий спектр валидизированных инструментов оценки	Неоднородность инструментов оценки, затрудняющая сравнение данных между исследованиями и во времени	Стандартизация методов оценки для установления достоверных данных о распространенности и отслеживания тенденций
	Валидизированные шкалы могут быть не универсальными – их применимость ограничена разными культурами, социальными контекстами и современными форматами общения	Разработка и валидация новых инструментов , обладающих высокой надежностью, валидностью и приемлемостью
Наличие дозозависимого эффекта социальной включенности на протяжении жизни	Большинство исследований сосредоточено на группах с высоким риском, особенно среди пожилых	Системный подход к оценке рисков на всем протяжении жизни , включая профилактику и вовлечение разных возрастных групп
Согласованность данных по различным компонентам социальных связей	Недостаточно работ, анализирующих все компоненты социальной связи в рамках одной выборки	Необходимы дополнительные доказательства потенциальных независимых, аддитивных и синергетических эффектов для более точной оценки риска.
		Необходимы данные о независимом, аддитивном и синергическом эффекте различных факторов для более точной оценки риска
Данные по смертности согласуются вне зависимости от причин смерти, страны происхождения, пола и состояния здоровья	Недостаточное количество исследований, включающих или дифференцирующих: комплексные показатели здоровья, страны с низким и средним уровнем дохода, маргинализированные группы, разные формы общения (например, личные встречи, удаленные, взаимодействие с животными)	Необходимы фундаментальные исследования для устранения пробелов
Надежные данные, подтверждающие связь между социальной вовлеченностью и объективными показателями здоровья , включая смертность	Ограниченная и неоднородная доказательная база в отношении эффективности вмешательств (часто используются слабые методологии, большинство вмешательств индивидуальны и направлены на лиц с выраженными нарушениями)	Разработка научно обоснованных решений, включая строгую оценку эффективности, вмешательств на разных уровнях социально-экологической модели, профилактику и раннее вмешательство на ранних этапах риска
	Недостаток данных о не связанных со здоровьем исходах	Расширение фокуса на разнообразные исходы, включая экономические, гражданскую активность, образование, судимость и правонарушения

дающихся рандомизации. В этих рекомендациях подчеркиваются девять критериев: сила ассоциации, согласованность, специфичность, временность, биологический градиент, правдоподобие, когерентность, экспериментальные данные и аналогия⁷⁷. Анализ обзорных исследований социальных связей и здоровья показал подтверждение почти всех критериев Bradford Hill^{78,79,80}. Единственный критерий, который не был выполнен, – это специфичность, что указывает на то, что воздействие потенциальной причины (социальные связи) ассоциировано с несколькими исходами, а не с одним конкретным. Однако стоит отметить, что даже курение, признанный причинный фактор многих заболеваний, также не соответствует критерию специфичности, поскольку ассоциировано со множеством неблагоприятных исходов, включая сердечно-сосудистые заболевания и онкологическую патологию. Действительно, Bradford Hill и сторонники этих принципов отметили, что выполнение всех критериев не является необходимым; чем больше доказательств в поддержку критериев, тем выше вероятность причинно-следственной связи^{77,78}. Тем не менее, критика принципов Bradford Hill указывает на необходимость более сложного анализа.

Существуют и другие перспективные данные, подтверждающие потенциальные причинно-следственные связи, выходящие за рамки критериев Bradford Hill. Построение причинно-следственных связей может быть целесообразным на основе сложного регрессионного анализа продольных наблюдательных исследований⁸¹, применения системы интеграции данных⁸² и менделеевской рандомизации⁸³. Хотя в тех немногих исследованиях, посвященных показателям социальной связи и здоровья, где применялись эти методы, последние были признаны вспомогательными¹⁴. Та-

ким образом, в обзорах этих данных был сделан вывод, что совокупность доказательств подтверждает вероятность причинно-следственной связи между улучшением социальной связи и здоровьем^{5,78,80}.

Несмотря на значительное количество имеющихся доказательств, в нашем понимании остаются несколько заметных пробелов. Некоторые из них стали особенно очевидны во время пандемии COVID-19, когда научное сообщество сталкивалось с трудностями в ответах на основные вопросы широкой общественности, такие как: какой объем социального взаимодействия необходим для улучшения здоровья? Как быстро возникают неблагоприятные последствия для психического и физического здоровья при отсутствии социальных связей? Являются ли дистанционные формы общения (онлайн) равноценными очным по своему эффекту? Что мы можем сделать для снижения одиночества? Действительно, вероятно, существует множество других вопросов, на которые у нас сейчас нет однозначных или четких ответов.

Хотя в нашем текущем массиве доказательств есть много преимуществ, пробелы в них могут стать барьером или ограничить возможности практического применения полученных знаний. Для более комплексного устранения этих пробелов в таблице 1 представлен обзор некоторых преимуществ и ограничений, существующих в базе доказательств, а также определены приоритетные направления для будущих исследований.

ИЗУЧЕНИЕ ТЕНДЕНЦИЙ

Изучение тенденций в показателях распространенности, осведомленности и исследованиях в области социальной

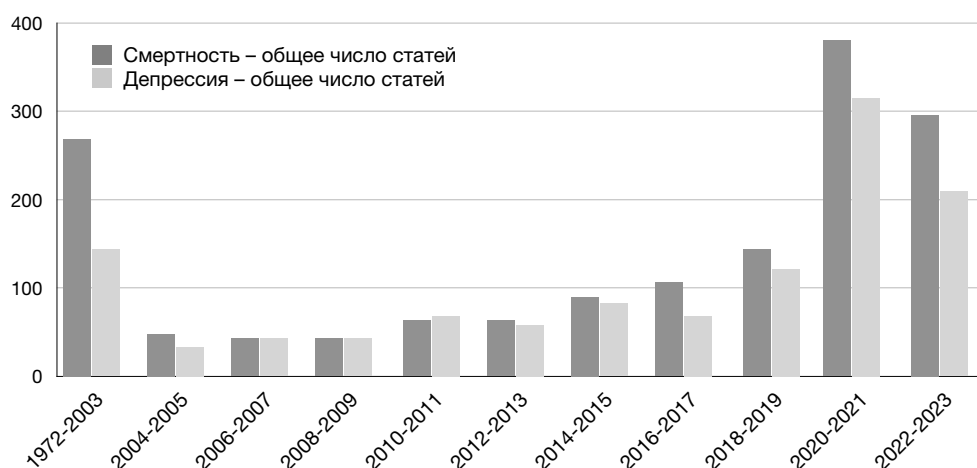


Рисунок 2. Частота использования терминов «одиночество» или «изоляция» в научной литературе с течением времени. Обратите внимание, что крайний левый столбец охватывает период 1972–2003 гг., остальные столбцы отражают данные за каждые два года.

связи, изоляции и одиночества предоставляет ценные сведения о траектории социальной динамики и расширяющейся базе доказательств. Отслеживание показателей распространенности позволяет нам понять масштабы этих явлений, что способствует их практическому применению. В то же время повышенная или недостаточная осведомленность отражает осознаваемую важность социальных факторов и степень готовности к действиям в сфере психического и физического здоровья.

Эти тенденции формируются в контексте развития научных исследований, но также могут указывать на неравномерность накопленных знаний в разных областях. В совокупности они отражают развивающееся взаимодействие между изменениями в обществе, индивидуальным опытом и научным пониманием сложных связей между социальной динамикой и показателями здоровья. Учет этих тенденций имеет важное значение для разработки целевых вмешательств и политик, которые эффективно справляются с вызовами, ассоциированными с социальной связью, изоляцией и одиночеством в современном обществе.

Тенденции в обществе

Социальные тенденции, наблюдавшиеся на протяжении последних нескольких десятилетий, указывают на то, что мы, как население, стали менее социально связанными, более изолированными, и что значительная часть населения одинока.

Согласно имеющимся данным, уровень одиночества за последние несколько десятилетий в целом значимо не изменился и, возможно, продолжает ухудшаться. Например, обширный анализ 345 исследований среди молодых людей (в возрасте 18–29 лет), которые заполнили Шкалу одиночества UCLA в период с 1976 по 2019 год, показал, что средний уровень одиночества линейно увеличивался каждый год на протяжении 43 лет⁸⁴. Кроме того, метаанализ данных из 113 стран показал, что значительная часть населения во многих странах испытывает проблемы, связанные с одиночеством⁸⁵.

Согласно The Gallup Global State of Connection survey, почти четверть (24%) населения мира сообщает о том, что чувствует себя «очень одинокими» или «довольно одинокими», хотя показатели заметно различались между странами⁸⁶. Из 29 стран, где по меньшей мере треть населения ощущала одиночество, 22 находятся в Африке, четыре – на Ближнем Востоке, а три – в Южной Азии. Это также демонстрирует, что проблема одиночества распространена не только в развитых западных странах и может быть даже более острой в других регионах мира. Однако несогласованные инструменты измерения и методы оценки привели к существенным различиям. Примечательно, что для определения показателей распространенности часто отдают предпочтение только одному критерию (например, одиноче-

ству) по сравнению с другими, хотя эти показатели могут взаимодействовать значимым образом. Таким образом, количество людей, испытывающих недостаток социальной связи, может быть гораздо больше, чем любая оценка по отдельному показателю.

Тенденции, связанные с одиночеством, дают неполное представление о состоянии социальных связей, и нам следует рассмотреть и другие причины, из-за которых индивиды и сообщества могут испытывать недостаток общения. Например, данные the American Time Use Survey, касающиеся того, как американцы проводят свой день, показывают, что за последние два десятилетия американцы чаще находились в изоляции, меньше времени проводили с членами семьи, друзьями, товарищами и реже были вовлечены в общественную жизнь⁸⁷. Хотя пандемия COVID-19 усугубила эти тенденции, на протяжении многих лет до нее социальная изоляция возрастала, а времяпрепровождение с семьей, друзьями и другими людьми (коллегам, соседями, знакомыми) снижалось. Это согласуется с другими тенденциями, такими как снижение социального капитала и участия в религиозной жизни^{88,89}, а также изменения в структуре семьи (например, снижение числа больших семей и рост домохозяйств, состоящих из одного человека)⁹⁰, многие из которых наблюдаются во всем мире.

Современное общество во многих странах мира стремительно развивается, что, вероятно, вносит свой вклад в формирование наших текущих тенденций и имеет важные последствия для их направленности в будущем. Быстрые изменения, которые могут быть значимыми для социального и общественного здоровья, включают в себя растущее старение населения, широкое распространение удаленной работы, рост автоматизации, экономическую напряженность и неравенство⁹¹, миграцию и мобильность, кризис психического здоровья среди молодежи, рост ксенофобии, гражданские и политические беспорядки и экологические кризисы, которые потенциально могут привести к усугублению тенденций, касающихся социальной связи.

Эти тенденции к снижению социальных связей, в сочетании с доказательствами взаимосвязи с психическими и физическими заболеваниями, указывают на срочную необходимость принятия мер. Поскольку множество факторов способствовали этим тенденциям на протяжении десятилетий, простое возвращение к уровню общения, существовавшему до пандемии, или сокращение времени, проведенного в социальных сетях, могут принести лишь ограниченную пользу.

Тенденции научного интереса к проблеме

Существуют также яркие тенденции в научном изучении темы одиночества и социальной изоляции. Растущий интерес к этим вопросам отражается в исследованиях, о чем свидетельствует значительное увеличение числа работ по

этой теме в последние годы, что потенциально может обеспечить более глубокое понимание и обоснование необходимости действий. Таким образом, понимание того, как одиночество и изоляция изучались с течением времени, может предоставить дополнительные сведения.

Для анализа тенденций публикаций мы сначала использовали инструмент поиска PubMed по годам. Из-за разнообразия литературы о влиянии на социальное, психическое и физическое здоровье поиск был ограничен двумя социальными переменными (одиночество и социальная изоляция) и двумя исходами (депрессия и смертность). Мы также просмотрели дополнительные научные базы данных (включая PsycINFO для депрессии), используя те же социальные и медицинские переменные. Поиск был ограничен статьями, опубликованными в рецензируемых академических журналах в период с 1972 по 2023 год. Поисковые запросы по смертности включали в себя «social isolation» OR «loneliness» AND «death and dying» или «смертность» или «уровень смертности» или «риск смертности». Поисковые запросы о депрессии включали в себя «social isolation» OR «loneliness» AND «major depression». В PsycINFO также можно уточнить поиск по методологии: таким образом, мы дополнительно использовали параметры поиска «empirical», «quantitative», «longitudinal», «prospective», «retrospective» и «clinical trial».

Все исследования, использующие указанные поисковые запросы, были сгруппированы по временным периодам, чтобы определить, сколько статей было опубликовано по нашим критериям в каждом периоде. Исследования, опубликованные за последние два десятилетия (2004–2023), были разделены на двухлетний периоды (2004–2005, 2006–2007, 2008–2009 и т.д.), в то время как исследования, опубликованные в 1972–2003 годах, были объединены в одну группу (31-летний период). На рисунке 2 графически представлено количество исследований, посвященных изоляции и одиночеству, проведенных за последние годы.

Данные свидетельствуют о растущем в геометрической прогрессии научном интересе к изучению социальной изоляции и одиночества. За последние два десятилетия количество соответствующих статей значительно возросло, особенно с 2020 года. Например, количество публикаций за каждый последующий двухлетний период с 2020 года превышает общее количество исследований с 1972 по 2003 год. Однако неясно, наблюдается ли аналогичный рост научного интереса к другим показателям дефицита социальной связи.

Тенденции в осведомленности

Существует несколько факторов, которые, вероятно, способствуют повышению осведомленности о важности социальной связи и ассоциированных с ней проблем (например, социальная изоляция и одиночество). К ним относятся научные достижения, развитие социальных медиа, государственные инициативы, пандемия COVID-19 и общественная активность.

Значительные достижения в научных исследованиях за последние несколько десятилетий, особенно за последние 5–7 лет, позволили более четко обозначить масштабы проблемы и обеспечить большую уверенность в научных выводах. Достижения в области социальных технологий и широкое использование платформ социальных сетей, возможно, сыграли двойственную роль в повышении осведомленности. Усиление чувства одиночества, связанного с использованием этих платформ, может одновременно сопровождаться проведением кампаний по повышению осведомленности, обсуждению и созданию сетей поддержки, связанных со здоровьем и благополучием⁹².

Правительственные инициативы также могли способствовать повышению осведомленности. Многие страны осознали значимость проблемы и назначили ответственных министров, разработали программы и стратегии для борьбы с одиночеством и изоляцией, а также подчеркнули приоритетность социальной связи. Усилия по повышению осведомленности также были предприняты национальными и международными организациями гражданского общества,

коалициями и сетевыми объединениями, которые стали мощными проводниками общественного внимания и адвокации⁷. К ним относятся британская «The Campaign to End Loneliness», канадский проект «Genwell», австралийский проект «Ending Loneliness Together» и ежегодная Неделя осведомленности о глобальном одиночестве (Global Loneliness Awareness Week). Эти коллективные усилия направлены на повышение осведомленности, содействие вовлечению сообщества и формирование культуры общения.

К сожалению, тенденции в повышении осведомленности общественности, по-видимому, ограничиваются лишь определенными аспектами. В крупном опросе среди людей в США и Великобритании, опубликованном в 2018 году, было установлено, что, когда респондентам предложили оценить различные факторы, способствующие увеличению продолжительности жизни (например, отказ от курения, физические упражнения, ограничение употребления алкоголя, поддержание здорового веса), социальные связи оказались среди этих факторов, но были оценены как менее важные. Это указывает на систематическое недооценивание их значимости по сравнению с влиянием, описанным в научной литературе⁹³.

После публикации вышеупомянутого опроса **предполагалось, что восприятие обществом значения социальной связи для здоровья значительно возрастет** – этому способствовали такие факторы, как пандемия COVID-19, национальные просветительские кампании и рост распространенности одиночества и социальной изоляции среди населения. Однако данные за 2023 год из Великобрита-

нии и национально репрезентативная выборка взрослого населения в США показывают, что изменений в общественном восприятии практически не произошло⁹⁴. Несмотря на рост общественных дискуссий о социальной изоляции и одиночестве, важность этих и других аспектов социальной связи для здоровья и выживаемости по-прежнему недооценивается.

Последствия выявленных тенденций

В целом, эти тенденции указывают на значительное и потенциально растущее количество людей, испытывающих недостаток социальной связи, а параллельные тенденции свидетельствуют о растущем внимании ученых к последствиям этого для здоровья. Однако общественное восприятие риска не соответствует ни увеличивающемуся масштабу проблемы, ни доказательствам ее значимости (размерам влияния) для здоровья. Это говорит о необходимости повышения уровня образования и осведомленности о важности социальных связей для здоровья.

Несоответствия между научными данными и общественным восприятием могут иметь серьезные последствия. Во-первых, общественное восприятие может существенно повлиять на распределение ресурсов и расстановку приоритетов в различных вопросах в рамках общественного здравоохранения⁹⁵. Если общество не воспринимает социальную связь и ее дефицит (например, одиночество и социальную изоляцию) как важные для здоровья⁹³, финансирование и приложенные усилия могут не быть направлены на поиск адекватного решения, несмотря на доказанное влияние на показатели здоровья^{4,15}. Во-вторых, общественное восприятие влияет на индивидуальное поведение и социальные нормы. Если социальная связь не рассматривается как защитный фактор, а одиночество и изоляция – как серьезные риски для здоровья, люди с меньшей вероятностью изменят свое поведение или окажут поддержку другим, испытывающим одиночество или находящимся в изоляции⁹⁶. Это может закреплять и усугублять проблему социальной разобщенности.

Наконец, точное понимание последствий для здоровья среди населения может способствовать снижению стигмы и поощрению поведения, направленного на обращение за помощью⁹⁷. Когда люди воспринимают одиночество и изоляцию как личную проблему, а не как вопрос сохранения здоровья, они могут быть менее склонны обращаться за поддержкой и ресурсами для решения этих проблем. Согла-

Таблица 2. Термины, часто встречающиеся в научной литературе, отражающие различные аспекты социальной связи (по данным Информационного бюллетеня Генерального хирурга США4)

Термин	Определение
Одиночество	Субъективно неприятный опыт, который возникает в результате воспринятой изоляции или недостатка значимых связей, при этом критическим является несоответствие между желаемым и фактическим уровнем социальных контактов
Социальный капитал	Ресурсы, к которым отдельные люди и группы имеют доступ благодаря своим социальным связям. Этот термин часто используется как общее обозначение для социальной поддержки и социальной сплоченности
Социальная сплоченность	Чувство солидарности внутри групп, характеризующееся сильными социальными связями и высоким уровнем социальной активности, сопровождающееся доверием, нормами взаимности и чувством принадлежности
Социальная связанность	Степень удовлетворения человеком своих потребностей в социальном взаимодействии – индивидуально или на уровне популяции
Социальная связь	Континуум, включающий размер и разнообразие социальной сети и социальных ролей человека, функции этих связей, а также их положительное или отрицательное качество
Социальная разобщенность	Объективные или субъективные дефициты в социальных связях, включая дефициты в отношениях и ролях, их функциях и/или качестве
Социальная инфраструктура	Программы (такие как волонтерские организации, спортивные группы, религиозные группы и членские ассоциации), политики (такие как общественный транспорт, жилье и образование) и физические элементы среды (такие как библиотеки, парки, зеленые зоны и детские площадки), которые способствуют развитию социальных связей
Социальная изоляция	Объективный дефицит социальных связей, ролей, принадлежности к группам и/или частоты взаимодействий
Социальный негатив	Наличие вредоносных, деструктивных или токсичных социальных взаимодействий, в отличие от простого отсутствия положительных связей
Социальные сети	Люди и группы, с которыми у человека есть связи, а также структура этих взаимосвязей. «Сеть социальных связей» формирует основу для функционирования различных аспектов социальной включенности
Социальные нормы	Неписанные правила, определяющие приемлемое и ожидаемое поведение в обществе. Социальные нормы усиливают или сдерживают поведение, связанное со здоровьем, и рискованные действия (факторы образа жизни, вакцинация, употребление веществ)
Социальное участие	Вовлеченность в общественную или групповую активность, предполагающую взаимодействие с другими людьми
Социальная поддержка	Воспринимаемая или фактическая доступность информационных, материальных и эмоциональных ресурсов от окружающих, чаще всего из социального круга
Уединение	Состояние одиночества, которое является личным выбором индивида, не связанное с чувством одиночества

сование общественного восприятия с научными данными о важности социальных связей имеет решающее значение для формирования эффективной государственной политики, создания более сплоченных и поддерживающих сообществ и укрепления здоровья.

ВЫЗОВЫ

ВОЗ определяет здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»⁹⁸. Учитывая это определение, социальное благополучие является критически важным элементом здоровья, который часто недооценивается и ставит перед нами ряд вызовов, требующих решения.

Если физическое и психическое здоровье представляют собой нечто большее, чем отсутствие физических или психических заболеваний, то нам следует подходить к определению социального здоровья аналогичным образом. Однако в последнее время внимание сосредоточено преимущественно на показателях социального дефицита, таких как социальная изоляция и одиночество. Тем не менее, наша коллективная и индивидуальная способность как людей мыслить, чувствовать, взаимодействовать с другими, зарабатывать на жизнь и испытывать удовлетворение неразрывно связана с нашим здоровьем – физическим, психическим и социальным. Активное поощрение, защита и восстановление общественного здоровья являются важнейшими приоритетами для отдельных людей, сообществ и обществ в целом.

Ключевые проблемы включают в себя создание общего языка, определение и применение соответствующих и эффективных подходов, а также адаптацию к изменениям в обществе. Эти проблемы взаимосвязаны между собой. Создание общего языка необходимо для понимания основных

факторов, влияющих на процесс, прогнозирования результатов и оценки изменений в рисках и защите. Понимание этих проблем помогает нам разработать более эффективные подходы к предотвращению и снижению рисков и адаптировать их по мере развития общества.

Общий язык

Учитывая массив терминов, используемых в научной литературе, одной из потенциальных преград для приоритезации в медицинских учреждениях является отсутствие точности в терминологии. Очевидно, что нам нужен общий язык, но термин «одиночество» может оказаться недостаточным. Одиночество часто используется как общее понятие вне академических научных контекстов, но в научной литературе оно определяется и измеряется более узко. Хотя определения одиночества немного различаются, существует широкий консенсус в отношении того, как оно отличается от социальной изоляции^{7,99}.

Одиночество – это субъективное, неприятное чувство, основанное на несоответствии между желаемым и фактическим уровнем социальной связи¹⁰⁰. Чаще всего одиночество выделяется как отдельный, но связанный с понятием «социальная изоляция» концепт, однако отличающийся от него⁷. Хотя изоляция и одиночество могут сосуществовать, они существенно отличаются друг от друга. Социальная изоляция объективно означает пребывание в одиночестве, недостаток связей или редкие социальные контакты. Таким образом, социальная изоляция является объективным понятием, тогда как одиночество – субъективным. Хотя и социальная изоляция, и одиночество могут быть вынужденными, изоляция может стать личным выбором человека¹⁰¹. Оба понятия являются показателями недостатка социальных связей, но существует множество факторов, свидетельствующих о социальной связи и, следовательно, о ее



Рисунок 3. Социальная связь как многофакторный обобщающий термин, охватывающий структурные, функциональные и качественные аспекты, представленные в научной литературе (адаптировано по Holt-Lunstad⁸)

дефиците⁸. Социальная разобщенность и одиночество не эквивалентны⁴³, и это имеет значение для измерения и оценки, вмешательства, политики и многого другого.

В различных научных дисциплинах было выделено несколько важных понятий. Таблица 2, хотя и не является исчерпывающей, содержит некоторые из наиболее широко используемых терминов, представленных в исследовании и указанных в Информационном бюллетене Главного санитарного врача США⁴. Предоставить четкие определения сложно, учитывая, что один и тот же термин может использоваться для обозначения разных понятий, в то время как разные термины применяются для описания одного и того же явления в различных исследованиях. Некоторые термины, такие как «социальный капитал», не имеют единого общепринятого определения^{102,103}.

Почему это важно? Эти термины относятся к связанным, но различным понятиям. Обзоры имеющихся данных показывают, что эмпирически эти понятия слабо коррелируют между собой^{8,104}. Таким образом, когда измеряется только один из них, мы не можем предполагать, что охватываем весь спектр влияния социальных факторов на здоровье.

Нам нужен общий язык. Термин «социальная связь» был предложен в качестве обобщающего термина, который включает в себя эти различные, но взаимосвязанные понятия^{4,8,15,105}. С этой точки зрения, множество разнообразных концепций в научной литературе можно объединить в три ключевых темы или компонента: структура, функция и качество. Первый компонент, *структура*, отражает потребность человека в том, чтобы в нашей жизни были другие люди, и часто измеряется масштабом и вариативностью отношений внутри сети, принадлежностью к группам и регулярными социальными взаимодействиями. Это основа, на которой строятся другие компоненты социальной связи. Второй компонент, *функция*, признает, что эти связи выполняют важные функции или задачи. В частности, на связь можно полагаться для получения поддержки в удовлетворении различных потребностей и достижении целей. Функции часто измеряются взаимообменом получаемой или воспринимаемой как доступной поддержкой, которая может быть эмоциональной, информационной или материальной и может помочь нам справиться с жизненными трудностями. Большинство исследований, опубликованных в научной литературе, в первую очередь рассматривали показатели этих структурных или функциональных компонентов. Однако все большее число исследований посвящено оценке и признанию важности качества социальных отношений, сетей и взаимодействий. Таким образом, третий компонент, *качество*, отражает положительные и отрица-

тельные характеристики наших связей. Высокое качество часто измеряется уровнем удовлетворенности или близости, в то время как низкое качество включает в себя социальную негативность, такую как конфликты, напряженность или амбивалентность.

Хотя рисунок 3 полезен для определения этих основных концептуальных тем, отдельные методы измерения могут в некоторой степени пересекаться между компонентами социальной связи. Более того, может показаться, что конкретные инструменты оценки четко согласуются в рамках одного компонента, но содержат элементы, которые частично совпадают с другими¹⁰⁴. В целом, высокий уровень каждого из этих компонентов связан с улучшением здоровья, а низкий уровень – более выраженными рисками. Чтобы более полно понять основные причины, спрогнозировать исходы и измерить риски, нам необходимо учитывать отдельный вклад каждого из компонентов – структуры, функции и качества социальной связи.

Данные из разных научных дисциплин связывают различные показатели социальной связи с состоянием здоровья⁸. Высокие уровни структуры, функции и качества социальной связи могут считаться оптимальными для здоровья. Напротив, когда все три компонента находятся на низком уровне, это может быть связано с высоким риском. Однако **у одного и того же человека может наблюдаться неравномерное выражение разных компонентов** – например, высокая структурная включенность при низком качестве связей. Описания в таблице 3 помогают проиллюстрировать разбивку по этим компонентам и их связь с различными профилями риска. Тем не менее, вероятно, что существует дополнительная сложность, поскольку многие показатели в рамках каждого компонента социальной связи находятся в непрерывном взаимодействии и могут оказывать синергетический эффект. Например, данные о длительном наблюдении почти полумиллиона человек в течение в среднем 12,6 года показали, что низкие уровни как структурных, так и функциональных показателей социальной связи приводят к значительно более высокому риску смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (отношение рисков, OR = 1,63) по сравнению с низкими уровнями структурных (OR = 1,27) или только функциональных (OR = 1,17) компонентов⁵⁴.

С концептуальной точки зрения, одиночество может представлять собой сигнал или симптом неудовлетворенных социальных потребностей. Однако состояние одиночества не означает низкие уровни во всех трех компонентах социальной связи. Сравнения демонстрируют эти различия. Например, метаанализы, которые определяют величину

Таблица 3. Концептуализация потенциального уровня риска для психического и физического здоровья в зависимости от выраженности компонентов социальной связи

Уровень риска	Структура	Функция	Качество	Описание
Опимально-низкий риск	Высокая	Высокая	Высокое	Большая и разнообразная социальная сеть с регулярными контактами с людьми, на которых можно положиться в случае необходимости поддержки и помощи. Она включает в себя глубокие и значимые отношения, характеризующиеся заботливыми и сострадательными взаимодействиями
	Высокая	Высокая	Низкое	Большая и разнообразная сеть с регулярными контактами между людьми, на которых можно положиться в случае необходимости поддержки. Однако эти отношения напряженные и/или поверхностные, а взаимодействия лишены заботы и сострадания
Средне-низкий риск	Высокая	Низкая	Высокое	Большая и разнообразная сеть с регулярными социальными контактами, основанными на значимых и качественных отношениях. Однако эти люди не могут или не доступны для оказания поддержки или помощи в случае необходимости
	Низкая	Высокая	Высокое	Небольшая социальная сеть и редкие контакты. Однако ограниченные социальные взаимодействия происходят среди тех, на кого можно положиться в случае необходимости, возможно, среди знакомцев или волонтеров. Тем не менее, эти отношения полны заботы и сострадания
Средне-высокий риск	Высокая	Низкая	Низкое	Большая и разнообразная социальная сеть и регулярные контакты с другими. Однако на них нельзя положиться в вопросах поддержки. Эти отношения и взаимодействия напряженные, с отсутствием заботы и сострадания
	Низкая	Высокая	Низкое	Небольшая социальная сеть и ограниченные социальные контакты с другими. Поддержка доступна и предоставляется другими, возможно, знакомцами или волонтерами; однако она не имеет глубины, сопровождается напряжением или лишена заботы и сострадания
	Низкая	Низкая	Высокое	Небольшая социальная сеть и ограниченные социальные контакты с другими. Положиться на других для поддержки невозможно. Тем не менее, эти ограниченные социальные взаимодействия полны заботы и сострадания
Высокий риск	Низкая	Низкая	Низкое	Небольшая социальная сеть и мало социальных контактов. Положиться не на кого. Те редкие социальные взаимодействия, которые происходят, напряженные и лишены заботы и сострадания

влияния совокупных показателей социальной связи на смертность, показывают, что это влияние значительно больше, чем влияние одиночества^{43,105}. Таким образом, одиночество – это не то же самое, что отсутствие социальных связей.

Методы измерения

Другой проблемой, связанной с необходимостью создания общего языка, является отсутствие консенсуса по поводу методов измерения¹⁰⁴. Наиболее широко используемые инструменты измерения помогли создать надежную базу доказательств, но в то же время они могут иметь ограничения при применении в других условиях. Например, большинство инструментов были разработаны в западных странах до широкого перехода к цифровым и дистанционным средствам общения. Методы измерения должны не только позволять прогнозировать интересующие результаты, но и быть практичными в использовании. Следует отметить, различные методы, которые используются учеными, могут давать разные результаты измерения в зависимости от контекста, например, в научных исследованиях, клинических условиях, наблюдении за населением и оценке эффективности вмешательств. В настоящее время не существует многофакторного, проверенного и адаптированного метода, который был бы применим в различных условиях.

Учитывая многофакторную концептуализацию социальной связи^{7,80}, серьезной проблемой является разработка практически применимого многокомпонентного инструмента. Обычно принимают во внимание не все компоненты социальной связи, поскольку это заняло бы слишком много времени. Из-за ограничений во времени и пространстве при проведении измерения в медицинских учреждениях и при наблюдении за населением могут учитывать только один показатель. Однако такой подход, скорее всего, приведет к ошибкам при оценке риска. Например, если человека оценивают по показателю структурного компонента социальной связи (например, частота социальных контактов) и обнаруживают, что он имеет высокие уровни, можно предположить, что этот человек находится в группе низкого риска. Однако это может дать погрешность при измерении низкого уровня по другим двум компонентам (например, низ-

кая социальная поддержка, плохое качество отношений), что может подвергнуть человека риску. Аналогичным образом, мы можем предположить, что этот человек находится в группе низкого риска, если он имеет низкие показатели по оценке одиночества, несмотря на то что при этом у него может быть мало социальных контактов с другими людьми или они могут вообще отсутствовать. Более того, если у человека низкий уровень по одному компоненту, мы можем упустить потенциальную защиту, связанную с высокими уровнями по другим компонентам. Таким образом, общий профиль социального риска может быть неполным из-за ограниченного объема оценок.

Эффективные стратегии вмешательства и профилактики

Следующей важной задачей является снижение рисков с помощью эффективных стратегий вмешательства и профилактики. Социальные связи сложны, и различные факторы прямо или косвенно способствуют их усилению или ослаблению⁸. Обычно социальные связи формируются естественным образом между отдельными людьми и в рамках сообществ. Однако, когда этого не происходит, возникает необходимость в целенаправленном вмешательстве для снижения риска. Прямые действия, программы или инициативы могут быть преднамеренно направлены на укрепление социальных связей или уменьшение форм социальной разобщенности.

Ключевые проблемы включают в себя: а) ограниченные возможности по разработке и оценке стратегий вмешательства; б) сложности в понимании того, что эффективно для разных людей в различных контекстах; в) ограниченный объем существующих стратегий и необходимость обеспечения полного охвата социальных связей в рамках социально-экологической модели, секторов экономики, секторов общества и жизненного цикла.

Разработка и оценка вмешательства

Доказательства, подтверждающие положительное влияние социальной связи, гораздо более надежны и методологически строги, чем данные, свидетельствующие об эффективности вмешательств, направленных на формирование

социальных связей в условиях их отсутствия или на снижение уровня социальной изоляции. Однако эта проблема (т.е. наличие более убедительных доказательств вреда, чем эффективности способов его устранения) характерна для многих аспектов охраны здоровья. По оценкам Национального института здравоохранения (The National Institutes of Health), разработка терапевтических вмешательств при любом заболевании занимает в среднем 10-15 лет, поскольку около 95% новых методов оказываются неэффективными по результатам клинических исследований¹⁰⁶. Учитывая растущую необходимость преодоления кризиса социальной изоляции, одиночества и социальной разобщенности, недопустимо придерживаться позиции «лучше хоть что-то, чем ничего», предполагая, что все подходы будут полезными.

Необходима строгая оценка эффективности. Однако ресурсы и возможности для разработки и оценки вмешательств ограничены, особенно для тех из них, которые проводятся вне академических учреждений. Часто применяются методологически несостоятельные подходы, что приводит к формированию данных низкого качества^{107,108}. Для укрепления этой базы данных был применен подход Multiphase Optimization Strategy (MOST), который ранее использовался для решения других проблем здравоохранения и может быть аналогично применен в этой области¹⁰⁹. Методология MOST представляет собой итеративную модель внедрения, основанную на эмпирической информации об эффектах отдельных компонентов в условиях реальной практики, и позволяет разрабатывать, оценивать и оптимизировать вмешательства¹¹⁰.

Понимание того, что работает, для кого и в каком контексте

Появляется все больше данных, подтверждающих эффективность вмешательств, включая многочисленные метаанализы и обзоры данных^{108,111,112,113,114,115,116}. Вмешательства различаются по своему фокусу на аспектах социального взаимодействия (например, одиночество, социальная изоляция, вовлеченность в школьное сообщество, социальные навыки, социальная поддержка, сплоченность в сообществе); по условиям реализации (например, дом, клиника, сообщество, школа, государственная политика на уровне всего общества); по способу реализации (например, самостоятельное выполнение, группа сверстников, семья или опекуны, профессионалы, волонтеры); по способу общения (например, лично, по телефону, виртуально); по целевым группам (например, пожилые люди, дети, инвалиды, студенты, ветераны, молодые родители) и многим другим характеристикам.

Вмешательства также различаются по времени и продолжительности (например, одноразовые или повторяющиеся, от нескольких часов до нескольких лет); по результатам (например, социальным, медицинским, производственным); по целевой аудитории (например, население в целом, группы высокого риска); и по целям (например, профилактика, смягчение последствий, лечение). Эффективность может зависеть от конкретных характеристик целевой группы населения, типа и интенсивности вмешательства, а также его продолжительности¹⁵. Эта вариативность создает значительную сложность. Здесь мы приводим вмешательства с наиболее многообещающей доказательной базой.

Вмешательства для борьбы с одиночеством

В настоящее время существует значительное количество исследований, посвященных вмешательствам, направленным на снижение уровня одиночества. Систематические обзоры и метаанализы в целом показывают, что такие вмешательства связаны с заметным снижением чувства одиночества и улучшением социальной поддержки. Например, в одном зонтичном обзоре, включавшем 211 исследований и охватывавшем семь различных типов вмешательств, изучалась их эффективность в снижении уровня одиночества¹¹⁶. Рассматривались следующие подходы: программы дружеской поддержки, технологические вмешательства, медитация/осознанность, терапия с участием животных

или роботизированных питомцев, социально-когнитивный тренинг, обучение социальным навыкам и социальная поддержка. По результатам обзора, из предложенных видов вмешательств социальная поддержка, социально-когнитивный тренинг и медитация/осознанность продемонстрировали наибольшую эффективность.

Среди вмешательств, направленных на снижение одиночества в различных возрастных группах, имеются метаанализы доказательств, касающихся молодых людей, студентов и пожилых. Метаанализ 39 исследований (включая 25 РКИ), посвященных одиночеству у детей и подростков, показал, что это чувство можно уменьшить, при этом не было существенных различий в эффективности между различными типами вмешательств¹¹⁵. Систематический обзор 37 вмешательств, проведенных среди студентов университетов, показал, что участие в совместной деятельности, как живую, так и виртуально, помогает снизить уровень одиночества¹¹⁷. Медитация/осознанность оказалась полезной для тех, кто предпочитал не участвовать в групповых активностях. В других обзорах выявлен ряд эффективных мероприятий по снижению уровня одиночества и укреплению социальных связей у пожилых людей, включая группы социальной поддержки, технологические вмешательства и мероприятия, реализуемые на уровне сообществ^{118,119}.

В целом, основываясь на имеющихся данных, ни один тип вмешательства (например, изменение дезадаптивных социальных установок, совершенствование социальных навыков, психообразование, поддержка социализации, расширение возможностей социального взаимодействия) не демонстрирует устойчивого превосходства над другими. Большинство этих данных были признаны низкокачественными или критически низкокачественными¹¹⁶.

Вмешательства в клинических условиях

Учитывая убедительные доказательства медицинской значимости социальной связи, борьба с изоляцией и одиночеством в клинических условиях может улучшить состояние здоровья пациентов. Ранние исследования показали, что у онкологических больных, участвующих в группах социальной поддержки вместе со стандартным лечением, была большая выживаемость по сравнению с теми, кто получал только стандартное лечение¹²⁰. С тех пор были разработаны различные программы, направленные на поддержку пациентов с различными заболеваниями, однако результаты оказались неоднозначными. Тем не менее, когда весь объем доказательств был проанализирован в рамках метаанализа, включающего 106 РКИ, выяснилось, что у пациентов, рандомизированных в группы, где они получали какой-либо вид психосоциальной поддержки в дополнение к стандартному медицинскому лечению, выживаемость увеличилась на 20%, а продолжительность жизни – на 29% по сравнению с пациентами, получавшими только стандартную терапию⁷⁶.

Несмотря на значительную вариабельность результатов различных вмешательств, в среднем оказание пациентам психосоциальной поддержки было столь же эффективным в плане увеличения выживаемости, как и многие стандартные медицинские вмешательства, включая отказ от курения и изменение образа жизни. Таким образом, не только высокий уровень естественной социальной связи способствует увеличению продолжительности жизни, но и предоставление вмешательств для поддержки пациентов в медицинских учреждениях также, по-видимому, увеличивает выживаемость. Эти данные свидетельствуют о том, что, в соответствии с рекомендациями NASEM, удовлетворение социальных потребностей пациентов путем интеграции этого компонента в существующее лечение в рамках системы здравоохранения может быть многообещающим подходом^{15,121}.

Социальное направление

Социальное направление включает в себя направление пациентов за пределы медицинского учреждения к общественным службам и мероприятиям для удовлетворения со-

циальных, эмоциональных и практических потребностей. Интегративный обзор имеющихся данных показал, что социальное направление в целом оказывает положительное влияние на снижение социальной изоляции и одиночества. Однако качество доказательной базы было неоднозначным и, как правило, слабым с методологической точки зрения¹¹⁸. Вмешательства отличались разнообразием и неоднородностью по дизайну и реализации, основывались на самоотчетах и часто не имели надлежащего контроля.

Хотя социальное направление является многообещающим подходом, который набирает популярность, необходимы дальнейшие исследования, такие как РКИ и метаанализы, поскольку многочисленные другие систематические обзоры демонстрируют слабую или неоднозначную картину^{122,123,124}. Необходимы более надежные данные, чтобы оценить выраженность эффектов таких вмешательств для отдельных лиц, подгрупп населения и сообществ в аспектах одиночества, социальной изоляции и вовлеченности, а также определить наиболее эффективные подходы для различных групп населения.

Технологические и виртуальные вмешательства

Технологические или виртуальные вмешательства – такие как социальные сети, видеоконференции, мессенджеры, а также виртуальные компаньоны или питомцы – применяются с целью снижения уровня социальной изоляции и одиночества среди определенных групп населения. Систематические обзоры показали, что технологические вмешательства были эффективны в снижении уровня одиночества среди пожилых людей и лиц с психическими расстройствами^{111,125,126}.

ВОЗ разработала карту доказательств и пробелов в области технологических вмешательств, направленных на снижение социальной изоляции и одиночества среди пожилых людей¹²⁷. В эту карту вошли 200 исследований и 97 систематических обзоров. В большинство вмешательств использовались видеоконференции и телефонные звонки, хотя также были распространены роботы-помощники и виртуальные питомцы.

Эффективность цифровых вмешательств может варьироваться в зависимости от характеристик целевой группы и типа используемой технологии. Следует проявлять осторожность, поскольку некоторые исследования не показали должной эффективности, а в некоторых случаях были зафиксированы отрицательные результаты. Например, по данным исследования the National Social Life, Health and Aging Project, несмотря на увеличение числа дистанционных контактов с другими людьми, люди по-прежнему испытывали одиночество, депрессию и снижение уровня счастья¹²⁸.

Хотя некоторые технологические вмешательства могут показаться многообещающими, не все они эффективно снижают социальную изоляцию или уровень одиночества. Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы точнее оценить их эффективность, определить, в каких популяциях и условиях их можно оптимально внедрять.

Вовлеченность в школьное сообщество

Существуют убедительные доказательства того, что вмешательства, направленные на повышение вовлеченности в школьное сообщество, то есть чувства принадлежности и участия в жизни школы, могут положительно сказаться на результатах учащихся, начиная от академических достижений и заканчивая снижением уровня суицидальности^{129,130,131}. В одном из обзоров подходы к управлению классом были связаны с улучшением вовлеченности в школьное сообщество учащимися. Эти подходы включали в себя заботу и поддержку со стороны учителей и сверстников, взаимодействие и поддержку между сверстниками, автономию и расширение прав и возможностей учащихся, управление социальной динамикой в классе, формулирование понятных ожиданий со стороны учителей и поддержание дисциплины¹³².

Исследования показали, что учащиеся, которые чувствуют большую вовлеченность в школьную среду, с боль-

шей вероятностью регулярно посещают занятия, имеют более высокие оценки и результаты тестов, менее склонны к рискованному поведению (например, злоупотреблению психоактивными веществами, насилию) и имеют лучшие показатели здоровья^{133,134,135,136}. Педагогические практики, направленные на построение прочных, поддерживающих и доверительных отношений, помогают избавиться от стереотипов, которые необоснованно исключают некоторые группы детей^{9,132}.

Политика

Существует растущий интерес к роли политики как средства вмешательства, сопровождающийся множеством призывов к принятию просоциальных политик или политик, направленных на борьбу с изоляцией и одиночеством^{4,137,138,139}. Политика в данном контексте рассматривается как совокупность официальных регламентов и стратегий, которые обеспечивают основу для принятия решений; реализуются группами, организациями или правительствами и могут прямо или косвенно влиять на социальные связи. Аналогично концепции «Здоровье во всех политиках» («The Health in All Policy»), подчеркивающей значение межсекторального подхода к вопросам здоровья (например, в образовании, занятости, здравоохранении, питании, жилищной и транспортной сфере)¹⁴⁰, модель «Социальность во всех политиках» («Social in All Policy») должна учитывать социальную значимость политик в разных областях^{80,138}.

Политики могут напрямую влиять на социальные контакты (например, политика в отношении посещений или участия членов семьи в медицинском обслуживании) или сосредотачиваться на изменении других результатов (например, экономических, экологических), которые существенно влияют на социальные связи (например, политики по зонированию районов, маршрутам общественного транспорта, удаленной работе).

Обзоры существующих политик охватывают учебные программы по социальному и эмоциональному воспитанию в школах^{130,141}; программы поддержки здоровья фермеров на уровне штата¹⁴²; расширение телемедицинских услуг для оказания психиатрической помощи в школах¹⁴³; а также трудовые политики, которые включают сокращение рабочего времени и более раннее завершение рабочего дня, что позволяет работникам уделять внимание семейным обязанностям и достигать баланса между работой и личной жизнью¹⁴⁴. Также в США действует законодательство, включающее в себя The Older Americans Act 1965 года, в который в 2020 году были внесены поправки, направленные на борьбу с социальной изоляцией и одиночеством.

Многие политики внедряются с целью содействия установлению социальной связанности. Однако, учитывая масштабы и значительность последствий для общественного здравоохранения, их необходимо оценивать на предмет эффективности, как и любое другое вмешательство.

Целевые vs широкие подходы

Еще одной важной задачей является выбор между сосредоточением решений на людях, наиболее сильно пострадавших от проблем, или на популяции в целом. Когда потребности в социальной связи не удовлетворяются, последствия для психического и физического здоровья в значительной степени наблюдаются во всех возрастных и демографических группах. Однако изоляция и одиночество неравномерно распределены среди населения. Группы, которые подвергаются маргинализации (т.е. лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, квиры и/или сомневающиеся (представители ЛГБТК+), расовые меньшинства, мигранты, люди с ограниченными возможностями⁹¹), а также лица, сталкивающиеся с ограничениями, сопутствующими старению (например, функциональными или сенсорными нарушениями), особенно уязвимы. Таким образом, важным методологическим вызовом является выбор между универсализацией усилий и их направлением на конкретные уязвимые группы.

Согласно одной из точек зрения, **приоритет в интервенциях должен отдаваться наиболее уязвимым категориям населения**, с акцентом на **адаптацию программ под их конкретные потребности**. Сосредоточив внимание на конкретных группах, таких как маргинализированные или недостаточно обслуживаемые сообщества, можно направить усилия на сокращение неравенства в области здравоохранения и обеспечить ресурсы для тех, кто в них больше всего нуждается¹⁴⁵. Многие источники рекомендуют адаптировать вмешательства с учетом специфических потребностей, барьеров и факторов, способствующих успеху в конкретных группах, чтобы повысить эффективность этих вмешательств^{15,146}. Такой подход может обеспечить более эффективное использование ограниченных ресурсов, финансирования и персонала. Более того, влияние целевых подходов легче измерить, благодаря ограниченной выборке и четко определенным критериям воздействия. Однако выявление и нацеливание на людей «в группе риска» может потенциально привести к стигматизации таких групп и возложить бремя изменений на отдельных людей. Поэтому было высказано мнение, что следует сосредоточиться на факторах, которые подвергают людей риску, а не на принадлежности к группе¹⁴⁷.

Согласно альтернативной точке зрения, **интервенции должны охватывать все население**, а не быть ограниченными лишь группами высокого риска⁷⁷. Широкие подходы могут привести к системным изменениям в политике, окружающей среде и социальных нормах, заложив основу для долгосрочного укрепления здоровья. Реализация широких вмешательств может также принести выгоду за счет масштаба, снижая стоимость на человека по сравнению с целевыми вмешательствами.

Оба подхода – целевые и широкие – необходимы. Начинать следует с широких мер для решения общих проблем, одновременно используя целевые вмешательства для реагирования на конкретные потребности внутри популяции. Тем не менее, целевые подходы должны быть сосредоточены на факторах, связанных с риском (например, маргинализация), а не на принадлежности к группе, чтобы избежать дальнейшей стигматизации. Универсальные подходы могут помочь предотвратить социальную разобщенность, в то время как более целевые вмешательства могут быть необходимы тем, кто уже находится в изоляции, одиноке или иным образом не связан с обществом. Гибридная стратегия может объединить сильные стороны обоих подходов для максимизации результатов в области общественного здравоохранения.

Ограниченность существующих подходов

Несмотря на растущее количество исследований, сосредоточенных на вмешательствах, охват решений остается ограниченным по нескольким причинам. Системный подход к межсекторальной интеграции и действиях на протяжении всей жизни (The Systemic approach Of Cross-sector Integration and Action across the Lifespan, SOCIAL) подчеркивает как **имеющиеся пробелы**, так и **потенциальные точки приложения усилий** на пересечении социо-экологической модели, различных секторов общества, жизненного цикла и профилактики⁸⁰.

Данные указывают на лежащие в основе социально-экологической модели первопричины (например, индивидуальные, межличностные, общественные, институциональные, общественные объединения)⁸, однако большинство вмешательств реализуется на индивидуальном уровне¹⁴⁸. Обзорное исследование интервенций для пожилых людей, включающее данные из 30 стран, показало, что большинство мероприятий были направлены только на измерение уровня одиночества, и только три вмешательства были внедрены на уровне общества¹⁴⁹.

Сектор здравоохранения, включая как клинические, так и общественные медицинские учреждения, чаще всего становится объектом вмешательств и программ. Однако нам необходимо расширить подходы на все сектора, чтобы вовлечь все общество. Проблема социальной разобщенности **не может быть решена силами одного сектора**. Подход «Социальность во всех политиках»¹³⁸ признает медико-со-

циальные последствия для различных секторов и «систематически учитывает последствия принимаемых решений для здоровья, стремится к синергии и избегает вредного воздействия на здоровье в целях улучшения здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья»¹⁵⁰.

Социальные связи жизненно важны на каждом этапе жизни, однако большинство решений сосредоточено на более поздних периодах^{111,151}. Доказательства о влиянии социальных связей на биомаркеры здоровья на разных этапах жизни⁴⁶, а также важность социальной среды³ в раннем возрасте подчеркивают необходимость усилий по решению этой проблемы на протяжении всей жизни. Например, социальная изоляция в детстве связана с повышением факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в зрелом возрасте, таких как гипергликемия, высокое артериальное давление и ожирение¹⁵².

Как и в случае с большинством проблем здоровья, для решения проблем социальной изоляции и одиночества необходимы первичные, вторичные и третичные профилактические подходы. К сожалению, лишь немногие вмешательства сосредоточены на том, чтобы помочь обществу стать более социально сплоченным. Профилактические мероприятия могут иметь множество долгосрочных преимуществ, таких как предотвращение дорогостоящих вмешательств в будущем, снижение бремени заболеваний и улучшение качества жизни¹⁵³.

В настоящее время предпринимаются усилия по сбору и обобщению данных, а также по выявлению пробелов в доказательствах. Эти и подобные усилия направлены на создание централизованных ресурсов для создания научно обоснованных вмешательств, эффективных в борьбе с социальной изоляцией и одиночеством, а также в укреплении социальной связанности. Однако без устойчивого финансирования возникнут трудности в оценке доказательств, подтверждающих их эффективность.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ БУДУЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Мир начинает осознавать жизненно важное значение социальной связи для здоровья и благополучия стран. Учитывая тенденции, которые привели к обеспокоенности по поводу кризиса в области здравоохранения, связанного с социальной разобщенностью, мы должны заранее оценить долгосрочные последствия, которые могут возникнуть **при отсутствии положительной динамики или дальнейшем усугублении ситуации**. Две наиболее насущные проблемы, которые могут усугубить существующие тенденции, – это неизвестные долгосрочные последствия пандемии COVID-19 и стремительно развивающийся технологический ландшафт современного общества.

Долгосрочные последствия пандемии COVID-19

Во время пандемии COVID-19 процессы социального развития были значительно нарушены, что могло иметь критические важные и отсроченные последствия для здоровья. Социализация в раннем возрасте играет ключевую роль в формировании развития ребенка и его здоровья в долгосрочной перспективе¹⁵⁴. Ранняя социализация закладывает основу для здоровых взаимоотношений (например, умение общаться, сотрудничать, вести переговоры, делиться), эмоционального благополучия (например, развитие эмпатии, выражение эмоций), когнитивного развития (например, обработка информации, критическое мышление, решение проблем), самоидентификации (например, уверенность в себе, самооценка), способности ориентироваться в культурных нормах и ценностях, а также общее физическое здоровье¹⁵⁵.

Ранние социальные взаимодействия с родителями/опекунами, сверстниками, учебными заведениями и сообществами являются **фундаментальными компонентами среды развития, формирующей ресурсы выживания и благополучия в долгосрочной перспективе**^{156,157,158,159,160}. Однако пандемия существенно ограничила социализацию на протяже-

нии примерно трех лет в этот критический период развития для младенцев, маленьких детей и подростков. Учитывая, что ранний социальный опыт является надежным предиктором дальнейшего социального, психического и физического здоровья^{136,161,162}, можно предположить, что отложенные негативные последствия пандемии для здоровья могут быть непропорционально тяжелыми для целого поколения.

У взрослых также могут быть долгосрочные последствия из-за устойчивой поведенческой адаптации, которая может сохраняться с течением времени. Массовое внедрение инструментов, позволяющих справиться с сокращением социальных контактов (например, удаленная работа, услуги бесконтактной доставки, стриминговые сервисы, телемедицина, автоматизация), принесло значительные преимущества, включая повышенную гибкость, автономность, удобство, безопасность и, в некоторых случаях, экономическую эффективность^{163,164,165,166,167}.

Эти преимущества способствовали формированию предпочтений, которые могут ограничить наш социальный контакт, особенно с коллегами и людьми, с которыми установлены слабые связи. Снижение социального контакта с этими группами может стать критическим фактором для будущего здоровья, учитывая значимость рабочих отношений^{168,169} и накопленные данные о роли слабых связей^{170,171}. Хотя такие предпочтения не являются универсальными, значительная часть населения ценит такие удобства. Причем даже в тех случаях, когда они **не являются приоритетными**, их выбор часто **стимулируется экономическими факторами**, в частности, **снижением затрат**¹⁶⁶. Например, примерно половина пациентов предпочитала личные визиты, а другая половина – видеозвонки, но 23,5% переключались на видеозвонок, если стоимость была ниже¹⁷². То, что когда-то было инициировано или масштабировано, чтобы помочь нам справиться с изоляцией, теперь может усиливать ее, что потенциально усугубляет существующий уровень социальной разобщенности и соответствующие последствия для здоровья.

Широко **распространившаяся поведенческая адаптация к проведению времени в одиночестве или в пределах собственного дома** может способствовать **формированию культурного сдвига**, в рамках которого **социальная изоляция начинает восприниматься как социальная норма**. Это все чаще отражается в культурных нарративах о «социальной батарее», которая разряжается в процессе общения, а также о преимуществах «заботы о себе», «времени для себя» и уединения. Однако существуют доказательства некоторых преимуществ уединения¹⁷³, хотя эти данные весьма неоднородны, а преимущества, как правило, ограничены кратковременными периодами уединения, а не длительным пребыванием в одиночестве^{174,175}. Вместо этого, как мы видим, есть убедительные эмпирические доказательства пагубного воздействия социальной изоляции на психическое и физическое здоровье, и увеличение риска преждевременной смертности. Если время, проведенное в одиночестве, восхваляется и поощряется, а риски социальной изоляции недооцениваются в общественном дискурсе, последствия для здоровья, скорее всего, будут усугубляться.

Повсеместный опыт социальной изоляции и одиночества во время пандемии также стал почвой для активного распространения **самопровозглашенными «экспертами» и интернет-инфлюенсерами** упрощенных, «здоровых» подходов к психоэмоциональному благополучию, а в ряде случаев – и **недостоверной информации**^{176,177}. В сочетании с растущим недоверием к институтам, включая науку, это может привести к путанице относительно того, что является достоверным. Когда местные общественные организации и широкая общественность скептически относятся к науке, правительству и друг к другу, это может усилить социальную разобщенность и препятствовать разработке и принятию эффективных мер и программ, направленных на уменьшение изоляции и одиночества.

Технологические достижения

Стремительное развитие цифровых технологий уже продемонстрировало сопутствующие изменения в общении.

Многие исследования были направлены на изучение последствий использования социальных сетей для психического и физического здоровья^{92,178,179,180,181,182,183}. Аналогичное быстрое развитие и широкое внедрение происходят также с инструментами искусственного интеллекта (ИИ) и больших языковых моделей (large language models, LLM), которые потенциально могут аналогичным образом принести как пользу, так и риски, но в значительно более масштабных и экспоненциальных формах.

Долгосрочные последствия ИИ пока неизвестны, но прогнозы часто сводятся либо к утопическим, либо к антиутопическим взглядам на будущее, оба из которых имеют последствия для социального здоровья и политики¹⁸⁴. С утопической точки зрения, ИИ станет решением «эпидемии одиночества», обеспечивая круглосуточный доступ к эмоциональной поддержке для всех, а возросшая степень автоматизации освободит больше времени для досуга. С антиутопической точки зрения, ИИ заменит человеческое взаимодействие и снизит доверие к другим людям из-за размытых границ между реальностью и фантазией. Кроме того, для некоторых видов деятельности больше не будут требоваться люди, что приведет к потере смысла и цели в жизни и, возможно, даже к экзистенциальным угрозам для человечества¹⁸⁵.

Некоторые потенциальные краткосрочные преимущества, для которых уже существуют ограниченные доказательства, включают виртуальных компаньонов на базе ИИ или чат-боты, которые могут поддерживать беседу и оказывать немедленную эмоциональную поддержку¹⁸⁶, а также обеспечивать круглосуточный доступ к поддержке психического здоровья и повышать доступность для тех, кто сталкивается с барьерами (например, языковыми, проблемами конфиденциальности, социальной тревогой) для индивидуальной терапии. Однако повышенная изоляция может возникнуть при чрезмерной зависимости от ИИ в качестве основного источника эмоциональной поддержки, а также при формировании устойчивой привязанности к ИИ-компаньонам^{187,188}. Генеративный ИИ также может усиливать наши собственные предубеждения, создавая информационные эхо-камеры, которые еще больше изолируют нас от других^{189,190}.

Генеративный ИИ по своей сути не является ни однозначным благом, ни злом для здоровья и человечества. Наши текущие решения и действия окажут существенное влияние на траекторию нашего будущего развития, охватывая все сферы общества¹⁸⁴.

Рекомендации по изменению неблагоприятных тенденций

Некоторые страны начинают предпринимать шаги по укреплению социальной связи, а глобальная пандемия COVID-19 обострила и усилила необходимость принятия срочных мер и координации усилий. В таблице 4 представлена совокупность рекомендаций для национальных стратегий по укреплению социальной связи и преодолению социальной изоляции и одиночества.

Эти рекомендации соответствуют тем, которые были сделаны Национальной академией наук, инженерии и медицины^{15,27,92}, экспертными консенсусными документами и отчетами, Информационным бюллетенем Генерального хирурга США⁴, ВОЗ¹⁹¹, Центрами по контролю и профилактике заболеваний США¹⁹², Американской кардиологической ассоциацией²⁸, а также национальными институтами или объединениями государств (например, Европейским союзом, Великобританией, Австралией, Японией)^{193,194,195}.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние десятилетия мы наблюдаем постепенное снижение социальной связанности отдельных людей и сообществ на глобальном уровне. В то же время научные данные убедительно демонстрируют значимую причинно-следственную связь между недостатком социальных связей и основными показателями физического и психического здоровья, таких как сердечно-сосудистые заболевания, ин-

Таблица 4. Рекомендации для национальных стратегий по укреплению социальной связи и преодолению социальной изоляции и одиночества

Политика и стратегия	Сделать социальную связь приоритетом в политике правительств и других организаций. Разработать национальную стратегию и систему многоуровневого управления, обеспечивающую отслеживание, продвижение и координацию политики и программ в различных ведомствах и секторах. Сформировать межведомственную и межсекторальную коалицию для анализа и учета социальных последствий при разработке всех политик и программ. Учредить централизованный ресурс или базу данных, содержащие научно обоснованные интервенции и меры политики
Интеграция в систему здравоохранения	Включить социальную связь в приоритетные направления профилактики и интегрировать ее в терапевтические подходы в клинической практике. Оценивать и отслеживать риски в электронных медицинских записях. Обеспечить адекватное обучение, ресурсы и поддержку для работников здравоохранения
Здоровые цифровые среды	Повысить прозрачность и сотрудничество для независимой оценки факторов, способствующих социальной связи и разобщенности. Расширить доступность (физическую, финансовую, информационную) цифровых инструментов и сред, обладающих доказанной эффективностью. Установить меры предосторожности (законы, регламенты, рекомендации, автономия) для снижения рисков, связанных с деструктивными элементами
Доказательная база, оценка, измерение	Создание глобального индекса социальных связей для возможности сравнений между странами. Установление единого национального показателя социальных связей для мониторинга населения на национальном уровне. Создание национального исследовательского и политического центра/института для координации межсекторального сотрудничества в области исследований. Определение крупных задач в области исследований социальных связей и финансирование соответствующих усилий по их решению
Образование и осведомленность	Создание национальных кампаний по повышению осведомленности, ориентированных на общественность, с обеспечением точных и инклюзивных сообщений, основанных на высококачественных данных. Разработка Национальных рекомендаций по социальным связям (аналогично диетическим рекомендациям). Включение информации о социальных связях в образовательные ресурсы по здравоохранению, доступные для широкой аудитории (веб-сайты крупных организаций здравоохранения). Интеграция навыков и знаний о социальной связи в формальное образовательное пространство на всех уровнях: начальное, среднее, профессиональное, высшее и непрерывное образование (включая подготовку специалистов здравоохранения). Создание адаптированных по возрасту образовательных программ и практик для развития навыков социальных связей
Нормы и культура	Средства массовой информации, искусство и развлечения, местные и национальные лидеры, а также другие влиятельные лица могут демонстрировать положительное поведение, способствующее установлению связей (например, уважение, открытость, отзывчивость, доброта, поддержка). Создание рутин, привычек и программ, которые укрепляют регулярные социальные связи в формальных (рабочие места, учебные заведения) и неформальных (районы, досуг и отдых) условиях. Укрепление норм, системы мотивации и возможностей для формирования культуры служения обществу. Создание коалиций и сетей для координации усилий и обмена лучшими практиками
Инфраструктура	Проектирование физических мест и пространств для содействия общению (например, общественные, коммерческие, рекреационные, религиозные). Проектирование должно учитывать доступность и инклюзивность для людей разных возрастов, с различными возможностями и экономическими условиями. Оценка существующей инфраструктуры для выявления барьеров, препятствующих социальным связям. Перепроектирование, сокращение или устранение элементов инфраструктуры, которые являются барьерами. Создание просоциальных политик и оценка существующих политик на наличие барьеров, связанных с инфраструктурой (например, законы о зонировании, инвестиции в общественный транспорт, жилье и десеграция). Реформа политик для использования существующих недостаточно используемых общественных пространств (например, школ в вечернее время и выходные, церквей в будние дни, коммерческих зданий в нерабочие часы) для проведения общественных мероприятий и встреч. Разработка программ, услуг и ресурсов (например, рекреационные программы, волонтерские инициативы, центры для пожилых людей, общественные сады) для поддержки более сплоченных сообществ

сульт, депрессия и деменция⁸⁰. В некоторых случаях эти ассоциации носят двунаправленный характер, циклически усиливая ухудшение как социальной связи, так и состояния здоровья. Самые убедительные данные свидетельствуют о независимом направленном влиянии показателей социальной связи на риск смертности от заболеваний и всех причин с учетом широкого набора демографических, поведенческих, биологических и медицинских факторов^{15,54,55}. Более того, имеются подтверждения существования биологических, поведенческих и психологических механизмов, посредством которых могут реализовываться эти ассоциации социальной связи с заболеваемостью и смертностью. ВОЗ теперь признает социальную связь глобальным приоритетом общественного здравоохранения^{1,13}.

Несмотря на значительные достоинства, объем исследований в этой области сложен и неоднороден, что создает несколько проблем. Необходимо формирование единого понятийного аппарата для описания и оценки многочисленных показателей социальной связи и ее дефицита. Несмотря на использование термина «одиночество» как обобщающего, это понятие отличается от других связанных с ним (например, социальной изоляции). Существует согласованность научных данных, подтверждающих значимость социальной включенности (и ее отсутствия) для здоровья. Тем не менее относительные размеры влияния варьируются по своей величине. Так, социальная изоляция является более сильным предиктором физических показателей здоровья, в то время как одиночество является более сильным предиктором психического здоровья. Более того, совокупное влияние нарушений всех компонентов социальной связи оказывается значительно более выраженным, чем дефицит

лишь одного из них. В связи с этим требуется четкое разграничение и признание вклада таких компонентов социальной связи, как структура, функция и качество – в системах измерения, стратификации риска и стратегиях укрепления здоровья.

Недавние всплески научных исследований социальной изоляции и одиночества подтвердили и расширили ранее полученные результаты, обеспечив более крупные выборки, более строгие методологические подходы и большую достоверность. Однако исследования также показали, что общественность недооценивает значимость социальной связи для здоровья по сравнению с тем, что задокументировано в научной литературе^{93,94}. Поскольку осведомленность является критически важным шагом к изменению поведения⁹⁶, усилия по просвещению должны быть приоритетными в рамках укрепления здоровья.

В последние годы наблюдается активное развитие интервенций, направленных на преодоление одиночества, ряд из которых демонстрирует обнадеживающие результаты. Эти вмешательства сильно различаются по подходам, направленности, методам и особенностям; однако ни один из подходов не обладает однозначным преимуществом над другими¹⁵¹. Существуют также важные ограничения, на которые стоит обратить внимание. Большинство вмешательств ориентированы на отдельных людей, в то время как внимание к профилактике или раннему вмешательству остается ограниченным¹⁴⁸. Кроме того, в большинстве систематических обзоров и метаанализов исследуют лишь эффективность мер по изменению социальных последствий (например, одиночества), в то время как оценка их влияния на здоровье проводится гораздо реже. В целом, предлагаемые

вмешательства не обладают той научной строгостью, которая бы подтверждала их необходимость.

Существующие тенденции к социальной разобщенности и ухудшению состояния здоровья, вероятно, сохранятся, если социальные факторы продолжают восприниматься как второстепенные по отношению к здоровью, а меры вмешательства будут направлены только на людей, которые страдают в наибольшей степени. В условиях растущего недоверия к институтам, включая науку, выявление и внедрение эффективных решений может оказаться сложной задачей. Кроме того, долгосрочные последствия пандемии COVID-19 и развивающиеся цифровые технологии указывают на потенциальное усугубление существующих тенденций к социальной разобщенности.

Глядя в будущее, траектория снижения социального, психического и физического здоровья остается неизвестной, но может ускориться. Глобальное сокращение социальных контактов и последующие изменения в поведении могут укрепить социальную изоляцию или привести к отсроченным негативным последствиям. У младенцев, детей младшего возраста и подростков ограниченное социальное взаимодействие на критических этапах развития может привести к долгосрочным последствиям для здоровья во взрослом возрасте. В различных возрастных группах адаптивное поведение, сформировавшееся в ответ на изоляцию (например, удаленная работа, потоковые цифровые сервисы, телемедицина, бесконтактная доставка), может не компенсировать снижение частоты социального взаимодействия, а напротив – закреплять его. Дальнейшее развитие цифровых технологий, таких как ИИ, может как помочь, так и усугубить проблему.

Несмотря на трудности, существует достаточное количество научных данных для обоснования необходимости принятия незамедлительных мер. Важно отметить, что на фоне этих исследований выработан ряд приоритетных направлений, адресованных как отдельным лицам, так и сообществам и государствам. Реализация этих рекомендаций будет иметь ключевое значение для преодоления тенденций социальной изоляции и одиночества, а также для укрепления социальной связи, что положительно скажется на здоровье и благополучии как отдельных людей, так и общества в целом.

Перевод: Якуба Анастасия Станиславовна, г. Москва

Редактура: Бейбалаева Тангюль Загировна, г. Казань

Литература

1. WHO Executive Board and WHO Commission on Social Connection. The importance of social connection to human health and well-being. <https://apps.who.int/gb/statements/EB154/PDF/USA-Group-of-countries-21.pdf>.
2. Leary MR, Baumeister R. The need to belong. *Psychol Bull* 1995;117:497-529.
3. Cacioppo JT, Cacioppo S, Cole SW et al. Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. *Perspect Psychol Sci* 2015;10:202-12.
4. Office of the US Surgeon General. Our epidemic of loneliness and isolation: the US Surgeon General's Advisory on the healing effects of social connection and community. www.hhs.gov.
5. Snyder-Mackler N, Burger JR, Gaydos H et al. Social determinants of health and survival in humans and other animals. *Science* 2020;368:eaax9553.
6. Sapolsky RM. Social status and health in humans and other animals. *Annu Rev Anthropol* 2004;33:393-418.
7. Badcock JC, Holt-Lunstad J, Garcia E et al. Position Statement: Addressing social isolation and loneliness and the power of human connection. Global Initiative on Loneliness and Connection, 2022.
8. Holt-Lunstad J. Why social relationships are important for physical health: a systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annu Rev Psychol* 2018;69:437-58.
9. Walker P. May appoints minister to tackle loneliness issues raised by Jo Cox. *The Guardian*, January 16, 2018.
10. Kodama S. Japan appoints 'minister of loneliness' to help people home alone. *Nikkei Asia*, February 13, 2021.
11. European Commission. Loneliness publications. <https://joint-research-centre.ec.europa.eu/scientific-activities-z/lonel...>
12. Kim H, Ng KW. Hikikomori: why S Korea is paying young recluses to leave home. <https://www.bbc.com/news/world-asia-65554271>.
13. World Health Organization. WHO Commission on Social Connection. <https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection>.
14. Sbarra DA, Ramadan FA, Choi KW et al. Loneliness and depression: bidirectional Mendelian randomization analyses using data from three large genome-wide association studies. *Mol Psychiatry* 2023;28:4594-601.
15. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington: National Academies Press, 2020.
16. Wickramaratne PJ, Yangchen T, Lepow L et al. Social connectedness as a determinant of mental health: a scoping review. *PLoS One* 2022;17:e0275004.
17. Mykita L. Living alone and feelings of depression among adults age 18 and older. *Natl Health Stat Report* 2024;199:1-11.
18. Mann F, Wang J, Pearce E et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022;57:2161-78.
19. Wray NR, Ripke S, Mattheisen M et al. Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nat Genet* 2018;50:668-81.
20. Levey DF, Stein MB, Wendt FR et al. Bi-ancestral depression GWAS in the Million Veteran Program and meta-analysis in >1.2 million individuals highlight new therapeutic directions. *Nat Neurosci* 2021;24:954-63.
21. Bedaso A, Adams J, Peng W et al. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* 2021;18:162.
22. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;277:347-57.
23. Penninkilampi R, Casey A-N, Singh MF et al. The association between social engagement, loneliness, and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis* 2018;66:1619-33.
24. Lara E, Martin-Maria N, De la Torre-Luque A et al. Does loneliness contribute to mild cognitive impairment and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Ageing Res Rev* 2019;52:7-16.
25. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev* 2015;22:39-57.
26. Duffner LA, Deckers K, Cadar D et al. The role of cognitive and social leisure activities in dementia risk: assessing longitudinal associations of modifiable and non-modifiable risk factors. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022;31:e5.
27. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Enhancing community resilience through social capital and connectedness: stronger together! Washington: National Academies Press, 2021.
28. Cené CW, Beckie TM, Sims M et al. Effects of objective and perceived social isolation on cardiovascular and brain health: a scientific statement from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc* 2022;11:e026493.
29. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S et al. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 2016;102:1009-16.
30. Huang J, Xiao L, Zhao H et al. Living alone increases the risk of developing type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis based on longitudinal studies. *Prim Care Diabetes* 2024;18:1-6.
31. Park C, Majeed A, Gill H et al. The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2020;294:113514.
32. Zhao Y, Guyatt G, Gao Y et al. Living alone and all-cause mortality in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* 2022;54:101677.
33. Wang F, Gao Y, Han Z et al. A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nat Hum Behav* 2023;7:1307-19.
34. Wang Y, Jiao Y, Nie J et al. Sex differences in the association between marital status and the risk of cardiovascular, cancer, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of 7,881,040 individuals. *Glob Health Res Policy* 2020;5:4.

35. Shor E, Roelfs DJ, Yegorov T. The strength of family ties: a meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks* 2013;35:626-38.
36. Shor E, Roelfs DJ, Curreli M et al. Widowhood and mortality: a meta-analysis and meta-regression. *Demography* 2012;49:575-606.
37. Shor E, Roelfs DJ, Bugyi P et al. Meta-analysis of marital dissolution and mortality: reevaluating the intersection of gender and age. *Soc Sci Med* 2012;75:46-59.
38. Shor E, Roelfs DJ. Social contact frequency and all-cause mortality: a meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med* 2015;128:76-86.
39. Roelfs DJ, Shor E, Kalish R et al. The rising relative risk of mortality for singles: meta-analysis and meta-regression. *Am J Epidemiol* 2011;174:379-89.
40. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martin-Maria N et al. Association of loneliness with all-cause mortality: a meta-analysis. *PLoS One* 2018;13:e0190033.
41. Pinquart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;75:122-37.
42. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7:e1000316.
43. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015;10:227-37.
44. Uchino BN, Landvatter J, Zee K et al. Social support and antibody responses to vaccination: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 2020;54:567-74.
45. World Health Organization. Cardiovascular diseases. www.who.int.
46. Yang YC, Boen C, Gerken K et al. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. *Proc Natl Acad Sci USA* 2016;113:578-83.
47. World Health Organization. Diabetes. www.who.int.
48. Brinkhues S, Dukers-Muijers N, Hoebe C et al. Socially isolated individuals are more prone to have newly diagnosed and prevalent type 2 diabetes mellitus – the Maastricht study. *BMC Public Health* 2017;17:955.
49. Brinkhues S, Dukers-Muijers N, Hoebe C et al. Social network characteristics are associated with type 2 diabetes complications: the Maastricht study. *Diabetes Care* 2018;41:1654-62.
50. Song Y, Nam S, Park S et al. The impact of social support on self-care of patients with diabetes: what is the effect of diabetes type? Systematic review and meta-analysis. *Diabetes Educ* 2017;43:396-412.
51. Manemann SM, Chamberlain AM, Roger VL et al. Perceived social isolation and outcomes in patients with heart failure. *J Am Heart Assoc* 2018;7:e008069.
52. Heidari Gorji MA, Fatahian A, Farsavian A. The impact of perceived and objective social isolation on hospital readmission in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Gen Hosp Psychiatry* 2019;60:27-36.
53. Motillon-Toudic C, Walter M, Séguin M et al. Social isolation and suicide risk: literature review and perspectives. *Eur Psychiatry* 2022;65:e65.
54. Foster HME, Gill JMR, Mair FS et al. Social connection and mortality in UK Biobank: a prospective cohort analysis. *BMC Med* 2023;21:384.
55. Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Raback L et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *Lancet Public Health* 2017;2:e260-6.
56. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S et al. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Prev Cardiol* 2018;25:1387-96.
57. Hakulinen C, Pulkki-Raback L, Virtanen M et al. Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479 054 men and women. *Heart* 2018;104:1536-42.
58. Hong JH, Nakamura JS, Berkman LF et al. Are loneliness and social isolation equal threats to health and well-being? An outcome-wide longitudinal approach. *SSM Popul Health* 2023;23:101459.
59. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 2006;29:377-87.
60. Hostinar CE, Sullivan RM, Gunnar MR. Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: a review of animal models and human studies across development. *Psychol Bull* 2014;140:256-82.
61. Gunnar MR, Hostinar CE. The social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans: developmental and experiential determinants. *Soc Neurosci* 2015;10:479-88.
62. Cole SW. Human social genomics. *PLoS Genet* 2014;10:e1004601.
63. Eisenberger NI, Moieni M, Inagaki TK et al. In sickness and in health: the co-regulation of inflammation and social behavior. *Neuropsychopharmacology* 2017;42:242-53.
64. Uchino BN, Bowen K, Kent de Grey R et al. Social support and physical health: models, mechanisms, and opportunities. In: Fisher EB, Cameron LD, Christensen AJ et al (eds). *Principles and concepts of behavioral medicine: a global handbook*. New York: Springer, 2018:341-72.
65. Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In: Taylor SE, Singer JE, Baum A (eds). *Handbook of psychology and health*, Vol. 4. London: Routledge, 2020:253-67.
66. Kent de Grey RG, Uchino BN, Trettervik R et al. Social support and sleep: a meta-analysis. *Health Psychol* 2018;37:787-98.
67. Shankar A, McMunn A, Banks J et al. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol* 2011;30:377.
68. Uchino BN, Trettervik R, Kent de Grey RG et al. Social support, social integration, and inflammatory cytokines: a meta-analysis. *Health Psychol* 2018;37:462-71.
69. Hanna K, Cross J, Nicholls A et al. The association between loneliness or social isolation and food and eating behaviours: a scoping review. *Appetite* 2023;191:107051.
70. Miller J, King J, Trivers K. Vital signs: mammography use and association with social determinants of health and health-related social needs among women – United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2024;73:351-7.
71. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol* 2004;23:207-18.
72. Magrin ME, D'Addario M, Greco A et al. Social support and adherence to treatment in hypertensive patients: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 2015;49:307-18.
73. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: a systematic review. *Pharm Pract* 2021;19:2300.
74. Adisa R, Olajide OO, Fakeye TO. Social support, treatment adherence and outcome among hypertensive and type 2 diabetes patients in ambulatory care settings in Southwestern Nigeria. *Ghana Med J* 2017;51:64-77.
75. Miller TA, Dimatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2013;6:421-6.
76. Smith TB, Workman C, Andrews C et al. Effects of psychosocial support interventions on survival in inpatient and outpatient healthcare settings: a meta-analysis of 106 randomized controlled trials. *PLoS Med* 2021;18:e1003595.
77. Hill AB. The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med* 1965;58:295-300.
78. Howick J, Kelly P, Kelly M. Establishing a causal link between social relationships and health using the Bradford Hill guidelines. *SSM Popul Health* 2019;8:100402.
79. Holt-Lunstad J. The major health implications of social connection. *Curr Dir Psychol Sci* 2021;30:251-9.
80. Holt-Lunstad J. Social connection as a public health issue: the evidence and a systemic framework for prioritizing the «social» in social determinants of health. *Annu Rev Public Health* 2022;43:193-213.
81. VanderWeele TJ. Can sophisticated study designs with regression analyses of observational data provide causal inferences? *JAMA Psychiatry* 2021;78:244-6.
82. Shi X, Pan Z, Miao W. Data integration in causal inference. *Wiley Interdiscip Rev Comput Stat* 2023;15:e1581.
83. Sanderson E, Glymour MM, Holmes MV et al. Mendelian randomization. *Nat Rev Methods Primers* 2022;2:6.
84. Buecker S, Mund M, Chwastek S et al. Is loneliness in emerging adults increasing over time? A preregistered cross-temporal meta-analysis and systematic review. *Psychol Bull* 2021;147:787-805.
85. Surkalim DL, Luo M, Eres R et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022;376:e067068.

86. Gallup & Meta. The global state of social connections. <https://www.gallup.com/analytics/509675/state-of-social-connections.aspx>.
87. Kannan VD, Veazie PJ. US trends in social isolation, social engagement, and companionship – nationally and by age, sex, race/ethnicity, family income, and work hours, 2003-2020. *SSM Popul Health* 2022;21:101331.
88. Koscielniak M, Bojanowska A, Gasiorowska A. Religiosity decline in Europe: age, generation, and the mediating role of shifting human values. *J Relig Health* 2024;63:1091-116.
89. Höllinger F, Makula L. Religiosity in the major religious cultures of the world. *Int J Sociol* 2021;51:345-59.
90. Smock PJ, Schwartz CR. The demography of families: a review of patterns and change. *J Marriage Fam* 2020;82:9-34.
91. Barreto M, Qualter P, Doyle D. Loneliness inequalities evidence review. www.wcppp.org.uk.
92. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social media and adolescent health. Washington: National Academies Press, 2024.
93. Haslam SA, McMahon C, Cruwys T et al. Social cure, what social cure? The propensity to underestimate the importance of social factors for health. *Soc Sci Med* 2018;198:14-21.
94. Holt-Lunstad J, Proctor AS. Blind spots in health perception: underestimation of social connection as a determinant of health. Submitted for publication.
95. Melfi CA, Drake BG, Tierney WM. The role of public opinion in drug resource allocation decisions. *Pharmacoeconomics* 1996;9:106-12.
96. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:354-86.
97. Kerr NA, Stanley TB. Revisiting the social stigma of loneliness. *Pers Individ Differ* 2021;171:110482.
98. World Health Organization. Constitution. www.who.int.
99. Prohaska T, Burholt V, Burns A et al. Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health? *BMJ Open* 2020;10:e034967.
100. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. In: Gilmour R, Duck S (eds). *Personal relationships*. London: Academic Press, 1981:31-56.
101. O'Sullivan R, Burns A, Leavey G et al. Impact of the COVID-19 pandemic on loneliness and social isolation: a multi-country study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:9982.
102. Serageldin I, Grootaert C. Defining social capital: an integrating view 1. In: Wiesner E (ed). *Evaluation and development*. New York: Routledge, 2017:201-17.
103. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health* 2017;71:513-7.
104. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S et al. Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open* 2016;6:e010799.
105. Holt-Lunstad J, Robles TF, Sbarra DA. Advancing social connection as a public health priority in the United States. *Am Psychol* 2017;72:517-30.
106. US National Center for Advancing Translational Sciences. New therapeutic uses. <https://ncats.nih.gov/research/research-activities/ntu>.
107. Lasgaard M, Løvsschall C, Qualter P et al. Are loneliness interventions effective in reducing loneliness? A meta-analytic review of 128 studies. *Eur J Public Health* 2022;32(Suppl. 3):ckac129.266.
108. Beckers A, Buecker S, Casabianca E et al. Effectiveness of interventions tackling loneliness. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022.
109. Collins LM, Baker TB, Mermelstein RJ et al. The multiphase optimization strategy for engineering effective tobacco use interventions. *Ann Behav Med* 2011;41:208-26.
110. Collins LM, Murphy SA, Nair VN et al. A strategy for optimizing and evaluating behavioral interventions. *Ann Behav Med* 2005;30:65-73.
111. Shah SGS, Nogueras D, van Woerden HC et al. Evaluation of the effectiveness of digital technology interventions to reduce loneliness in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2021;23:e24712.
112. McElfresh JJ, Skiba MB, Segrin CG et al. Interventions for loneliness among adult cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosoc Oncol* 2021;39:509-33.
113. Hickin N, Kall A, Shafraan R et al. The effectiveness of psychological interventions for loneliness: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;88:102066.
114. Choi M, Kong S, Jung D. Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. *Healthc Inform Res* 2012;18:191-8.
115. Eccles AM, Qualter P. Alleviating loneliness in young people – a meta-analysis of interventions. *Child Adolesc Ment Health* 2021;26:17-33.
116. Veronese N, Galvano D, D'Antiga F et al. Interventions for reducing loneliness: an umbrella review of intervention studies. *Health Soc Care Community* 2021;29:e89-96.
117. Ellard OB, Dennison C, Tuomainen H. Interventions addressing loneliness amongst university students: a systematic review. *Child Adolesc Ment Health* 2023;28:512-23.
118. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* 2018;26:147-57.
119. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatr* 2018;18:214.
120. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2:888-91.
121. Holt-Lunstad J, Perissinotto C. Social isolation and loneliness as medical issues. *N Engl J Med* 2023;388:193-5.
122. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. *Perspect Public Health* 2021;141:204-13.
123. Costa A, Sousa CJ, Seabra PRC et al. Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: a systematic literature review. *Sustainability* 2021;13:2731.
124. Liz B, Alison B, Paul MW et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017;7:e013384.
125. Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L et al. A systematic review on technology-supported interventions to improve old-age social wellbeing: loneliness, social isolation, and connectedness. *J Healthc Eng* 2020;2020:2036842.
126. Wister A, Fyffe I, O'Dea E. Technological interventions for loneliness and social isolation among older adults: a scoping review protocol. *Syst Rev* 2021;10:217.
127. Welch V, Ghogomu ET, Barbeau VI et al. Digital interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults: an evidence and gap map. *Campbell Syst Rev* 2023;19:e1369.
128. Hawkey LC, Finch LE, Kotwal AA et al. Can remote social contact replace in-person contact to protect mental health among older adults? *J Am Geriatr Soc* 2021;69:3063-5.
129. Marraccini ME, Brier ZM. School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: a systematic meta-analysis. *Sch Psychol Q* 2017;32:5-21.
130. Corcoran RP, Cheung ACK, Kim E et al. Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: a systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educ Res Rev* 2018;25:56-72.
131. Allen K, Kern ML, Vella-Brodrick D et al. What schools need to know about fostering school belonging: a meta-analysis. *Educ Psychol Rev* 2018;30:1-34.
132. Wilkins NJ, Verlenden JMV, Szucs LE et al. Classroom management and facilitation approaches that promote school connectedness. *J Sch Health* 2023;93:582-93.
133. Wigelsworth M, Verity L, Mason C et al. Social and emotional learning in primary schools: a review of the current state of evidence. *Br J Educ Psychol* 2022;92:898-924.
134. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int* 2011;26(Suppl.1):i29-69.
135. Weatherson KA, O'Neill M, Lau EY et al. The protective effects of school connectedness on substance use and physical activity. *J Adolesc Health* 2018;63:724-31.
136. Steiner RJ, Sheremenko G, Lesesne C et al. Adolescent connectedness and adult health outcomes. *Pediatrics* 2019;144:e20183766.
137. Hawkey L. Public policy and the reduction and prevention of loneliness and social isolation. In: Hajek A, Riedel-Heller SG, König H-H (eds). *Loneliness and social isolation in old age*. London: Routledge, 2023:181-90.

138. Holt-Lunstad J. Social isolation and health. *Health Affairs*, June 21, 2020.
139. Lim MH, Qualter P, Ding D et al. Advancing loneliness and social isolation as a global health priority: taking three priority actions. *Public Health Res Pract* 2023;33:3332320.
140. Rudolph L, Caplan J, Ben-Moshe K et al. Health in all policies: a guide for state and local governments. Washington and Oakland: American Public Health Association and Public Health Institute, 2013.
141. Mahoney JL, Weissberg RP, Greenberg MT et al. Systemic social and emotional learning: promoting educational success for all preschool to high school students. *Am Psychol* 2021;76:1128-42.
142. Department of Agriculture, Trade and Consumer Protection, State of Wisconsin. Farmer Wellness Program. <https://datcp.wi.gov>.
143. Ali MM, West K, Teich JL et al. Utilization of mental health services in educational setting by adolescents in the United States. *J Sch Health* 2019;89:393-401.
144. Kirby J, Slone S. Social isolation and loneliness: State policies and interventions for the post-COVID era. Council of State Governments, 2022.
145. Lim MH, Eres R, Vasan S. Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020;55:793-810.
146. Akhter-Khan SC, Au R. Why loneliness interventions are unsuccessful: a call for precision health. *Adv Geriatr Med Res* 2020;2:e200016.
147. Barreto M, Doyle DM, Qualter P. Changing the narrative: loneliness as a social justice issue. *Polit Psychol* 2024;45:157-81.
148. Welch V, Ghogomu E, Dowling S et al. In-person interventions to reduce social isolation and loneliness: an evidence and gap map. *Campbell Syst Rev* 2023;19:e1340.
149. Meehan DE, Grunseit A, Condie J et al. Social-ecological factors influencing loneliness and social isolation in older people: a scoping review. *BMC Geriatr* 2023;23:726.
150. World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. <https://iris.who.int>.
151. Nurminen M, Thoma-Otremba A, Casabianca E. Mapping of loneliness interventions in the EU. European Commission, 2023.
152. Caspi A, Harrington H, Moffitt TE et al. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:805-11.
153. Levine S, Malone E, Lekachvili A et al. Health care industry insights: why the use of preventive services is still low. *Prev Chronic Dis* 2019;16:E30.
154. Bianco-Miotto T, Craig J, Gasser Y et al. Epigenetics and DOHaD: from basics to birth and beyond. *J Dev Orig Health Dis* 2017;8:513-9.
155. Hildreth JR, Vickers MH, Buklijas T et al. Understanding the importance of the early-life period for adult health: a systematic review. *J Dev Orig Health Dis* 2023;14:166-74.
156. Huang CX, Halfon N, Sastry N et al. Positive childhood experiences and adult health outcomes. *Pediatrics* 2023;152:e2022060951.
157. Abbott-Chapman J, Gall S, Ollington N et al. The association between childhood school engagement and attainment and adult education and health outcomes: preliminary findings from an interdisciplinary research project using longitudinal Australian cohort data. Presented at the Australian Association for Research in Education (AARE) International Research Conference, Hobart, November 2011.
158. Abbott-Chapman J, Martin K, Ollington N et al. The longitudinal association of childhood school engagement with adult educational and occupational achievement: findings from an Australian national study. *Br Educ Res J* 2014;40:102-20.
159. Bethell C, Jones J, Gombojav N et al. Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatr* 2019;173:e193007.
160. Fletcher HK, Gallichan DJ. An overview of attachment theory: Bowlby and beyond. In: Fletcher HK, Flood A, Hare DJ (eds). *Attachment in intellectual and developmental disability: a clinician's guide to practice and research*. New York: Wiley Blackwell, 2016:8-32.
161. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017;2:e356-66.
162. Hanson MA, Gluckman P. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev* 2014;94:1027-76.
163. Chen Y, Cortes P, Kosar G et al. The impact of COVID-19 on workers' expectations and preferences for remote work. *American Economic Association (AEA) Papers and Proceedings* 2023;113:556-61.
164. Jiang Y, Lai P-L, Yang C-C et al. Exploring the factors that drive consumers to use contactless delivery services in the context of the continued COVID-19 pandemic. *J Retail Consum Serv* 2023;72:103276.
165. Kim S, Jang S, Choi W et al. Contactless service encounters among Millennials and Generation Z: the effects of Millennials and Gen Z characteristics on technology self-efficacy and preference for contactless service. *J Res Interact Mark* 2022;16:82-100.
166. Ahmed A, Abdulkareem AM. Big data analytics in the entertainment industry: audience behavior analysis, content recommendation, and revenue maximization. *Reviews of Contemporary Business Analytics* 2023;6:88-102.
167. Camilleri MA, Falzon L. Understanding motivations to use online streaming services: integrating the technology acceptance model (TAM) and the uses and gratifications theory (UGT). *Span J Mark – ESIC* 2021;25:217-38.
168. Oakman J, Kinsman N, Stuckey R et al. A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health? *BMC Public Health* 2020;20:1825.
169. Holt-Lunstad J. Fostering social connection in the workplace. *Am J Health Promot* 2018;32:1307-12.
170. Granovetter MS. The strength of weak ties. *Am J Sociol* 1973;78:1360-80.
171. Kim M, Fernandez RM. What makes weak ties strong? *Annu Rev Sociol* 2023;49:177-93.
172. Predmore ZS, Roth E, Breslau J et al. Assessment of patient preferences for telehealth in post-COVID-19 pandemic health care. *JAMA Netw Open* 2021;4:e2136405.
173. Rodriguez M, Pratt S, Bellet BW et al. Solitude can be good – if you see it as such: reappraisal helps lonely people experience solitude more positively. *J Pers* 2023; doi: 10.1111/jopy.12887.
174. Hoppmann CA, Lay JC, Pauly T et al. Social isolation, loneliness, and solitude in older adulthood. In: Coplan RJ, Bowker JC, Nelson LJ (eds). *The handbook of solitude*. Hoboken: Wiley Blackwell, 2021:178-89.
175. Haney C. Restricting the use of solitary confinement. *Annu Rev Criminol* 2018;1:285-310.
176. Rahbari L. COVID-19 pandemic and the crisis of care: wellness discourses, neoliberal self-care, and (dis)infodemic. *Soc Sci* 2023;12:137.
177. Baker SA. Alt. Health Influencers: how wellness culture and web culture have been weaponised to promote conspiracy theories and far-right extremism during the COVID-19 pandemic. *Eur J Cult Stud* 2022;25:3-24.
178. Office of the US Surgeon General. Social media and youth mental health: the US Surgeon General's Advisory. www.hhs.gov.
179. Twenge JM, Haidt J, Joiner TE et al. Underestimating digital media harm. *Nat Hum Behav* 2020;4:346-8.
180. Odgers CL, Schueller SM, Ito M. Screen time, social media use, and adolescent development. *Annu Rev Develop Psychol* 2020;2:485-502.
181. Torous J. A path towards progress: lessons from the hard things about digital mental health. *World Psychiatry* 2022;21:419-20.
182. Valkenburg PM, Meier A, Beyens I. Social media use and its impact on adolescent mental health: an umbrella review of the evidence. *Curr Opin Psychol* 2022;44:58-68.
183. 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.
184. Capraro V, Lentsch A, Acemoglu D et al. The impact of generative artificial intelligence on socioeconomic inequalities and policy making. *arXiv* 2023;2401.05377.
185. Campbell J. AI's future: utopia or dystopia? Experts weigh in on five possible outcomes. <https://ainewstoday.co.uk>.
186. Jones VK, Hanus M, Yan C et al. Reducing loneliness among aging adults: the roles of personal voice assistants and anthropomorphic interactions. *Front Public Health* 2021;9:750736.
187. Xie T, Pentina I. Attachment theory as a framework to understand relationships with social chatbots: a case study of Replika. *Proceedings of the 55th Hawaii International Conference on System Sciences, Maui, January 2022*.

188. Law T, Chita-Tegmark M, Rabb N et al. Examining attachment to robots: benefits, challenges, and alternatives. *ACM Trans Hum Robot Interact* 2022;11:1-18.
189. Baker RS, Hawn A. Algorithmic bias in education. *Int J Artificial Intell Educ* 2022;32:1-41.
190. Morewedge CK, Mullainathan S, Naushan HF et al. Human bias in algorithm design. *Nat Hum Behav* 2023;7:1822-4.
191. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Geneva: World Health Organization, 2021.
192. US Centers for Disease Control and Prevention. Social connectedness. www.cdc.gov.
193. Kovacic M, Mauri C, Nurminen M et al. Key messages and policy recommendations of the one day conference on «Loneliness in the European Union: policies at work». Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2023.
194. Lim MH, Smith B. State of the nation report: social connections in Australia 2023. <http://www.endingloneliness.com.au>.
195. Fukuoka R, Nagano Y. Law enacted to battle growing problem of loneliness. *The Asahi Shimbun*, April 2, 2024.

DOI: 10.1002/wps.21224

Как нарушения нейропсихического развития вписываются в трансдиагностические психиатрические рамки? Включение нового спектра нарушений нейропсихического развития

Georgia Michelini^{1,2}, Christina O. Carlisi³, Nicholas R. Eaton⁴, Jed T. Elison⁵, John D. Haltigan⁶, Roman Kotov⁷, Robert F. Krueger⁸, Robert D. Latzman⁹, James J. Li^{10,11}, Holly F. Levin-Aspenson¹², Giovanni A. Salum¹³⁻¹⁵, Susan C. South¹⁶, Kasey Stanton¹⁷, Irwin D. Waldman¹⁸, Syla Wilson⁵

¹Department of Biological and Experimental Psychology, School of Biological and Behavioural Sciences, Queen Mary University of London, London, UK; ²Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, University of California Los Angeles, Los Angeles, CA, USA; ³Division of Psychology and Language Sciences, University College London, London, UK; ⁴Department of Psychology, Stony Brook University, Stony Brook, NY, USA; ⁵Institute of Child Development, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ⁶Department of Psychiatry, Division of Child and Youth Mental Health, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; ⁷Department of Psychiatry, Stony Brook University, Stony Brook, NY, USA; ⁸Department of Psychology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ⁹Takeda Pharmaceuticals, Cambridge, MA, USA; ¹⁰Department of Psychology, University of Wisconsin-Madison, Madison, WI, USA; ¹¹Waisman Center, University of Wisconsin-Madison, Madison, WI, USA; ¹²Department of Psychology, University of North Texas, Denton, TX, USA; ¹³Child Mind Institute, New York, NY, USA; ¹⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil; ¹⁵Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência, São Paulo, Brazil; ¹⁶Department of Psychological Sciences, College of Health and Human Sciences, Purdue University, West Lafayette, IN, USA; ¹⁷Department of Psychology, University of Wyoming, Laramie, WY, USA; ¹⁸Department of Psychology, Emory University, Atlanta, GA, USA.

Проявления расстройств аутистического спектра, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, расстройств развития учебных навыков, интеллектуальных нарушений, а также расстройств коммуникации и моторики обычно проявляются в раннем возрасте и связаны с атипичным развитием нервной системы. В DSM-5 и МКБ-11 эти «нарушения нейропсихического развития» объединены в одну группу, чтобы отразить их общие характеристики. Тем не менее категориальный подход в диагностике создает значительные проблемы как в исследовательских, так и в клинических условиях (например, высокая сопутствующая встречаемость, произвольные диагностические границы, высокая гетерогенность внутри расстройств). Принятие трансдиагностического размерного подхода обеспечивает полезную альтернативу для устранения этих ограничений, учета общих основ нарушений нейроразвития и характеристик их общей сопутствующей встречаемости и непрерывности развития с другими психическими нарушениями. Особенности нейроразвития не были должным образом рассмотрены в трансдиагностических психиатрических рамках, хотя это имело бы фундаментальное значение для исследований и клинической практики. Возрастающее количество исследований структуры нейроразвития и других психиатрических состояний указывает на то, что особенности нейроразвития группируются вместе, описывая «спектр нарушений нейропсихического развития» (neurodevelopmental spectrum). Исследования общих генетических основ, совпадающих когнитивных и нейронных профилей и схожего хода развития и эффективности стратегий поддержки/терапии указывают на обоснованность этого спектра. Кроме того, характеристика этого спектра наряду с другими психиатрическими измерениями имеет клиническую значимость, поскольку она обеспечивает более полное представление о потребностях и сильных сторонах человека и большую прогностическую ценность, чем диагностические категории. Основываясь на этом убедительном массиве доказательств, мы утверждаем, что включение нового спектра нарушений нейроразвития в трансдиагностические рамки имеет значительный потенциал для трансформации нашего понимания, классификации, оценки и клинической практики в отношении нейроразвития и других психических нарушений.

Ключевые слова: нарушения нейроразвития, трансдиагностический подход, спектр нарушений нейроразвития, расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания/гиперактивности, интеллектуальные нарушения, нарушение развития учебных навыков, расстройства коммуникации и моторики

Georgia Michelini, Christina O. Carlisi, Nicholas R. Eaton et al. Where do neurodevelopmental conditions fit in transdiagnostic psychiatric frameworks? Incorporating a new neurodevelopmental spectrum. *World Psychiatry*. 2024;23(3):333-357

Трудности с социальной коммуникацией, вниманием, обучением, двигательными и когнитивными способностями в процессе развития затрагивают до 15% людей во всем мире, причем многие другие испытывают проблемы подпорогового уровня^{1,2}. Эти особенности перечислены в качестве критериев для нарушений, включая расстройство аутистического спектра (РАС), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), нарушения интеллектуального развития, нарушения развития учебных навыков, двигательные нарушения (например, синдром Туретта, нарушение развития координации движений) и различные нарушения речи, языка и коммуникации (например, социальное расстройство коммуникации) в традиционных диагностических руководствах.

Последние издания этих руководств, DSM-5³ и МКБ-11⁴ объединяют эти расстройства в группу нарушений нейропсихического развития, основываясь на «кластере нарушений нейроразвития», ранее предложенном в метаструктуре DSM/МКБ^{5,6}. Основными причинами, которые привели к их включению в эту группу DSM/МКБ, являются их ранний возраст начала, относительно устойчивое течение, выраженные когнитивные трудности и высокая частота совместного возникновения⁵.

Ограничения категориальных диагностических систем для классификации психических расстройств, включая нарушения нейропсихического развития, хорошо описаны⁷⁻¹³.

В частности, и это особенно актуально для состояний, связанных с нейроразвитием, эти системы не предоставляют эффективных инструментов для рассмотрения широко распространенного совместного возникновения и совпадения между предположительно различными состояниями, а также их гетерогенности в рамках расстройства. Совместное возникновение и гетерогенность создают серьезные препятствия как в исследовательских (например, идентификация биомаркеров), так и в клинических (например, планирование лечения) условиях. Бинарные диагностические категории также мало чувствительны к лицам с подпороговыми, но значительными проявлениями, которым были бы полезны ранние поддержка/лечение.

Трансдиагностические дименсиональные подходы – включая Иерархическую таксономию (систематику) психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP)⁸, иерархические причинно-следственные таксономии (hierarchical causal taxonomies)^{12,14} и Исследовательские критерии доменов (Research Domain criteria – RDoC)^{15,16} – предлагают альтернативные решения, предоставляя эмпирически обоснованные рамки для дименсиональной концептуализации психических расстройств. Эти модели включают дименсиональные конструкции, которые пересекают различные нарушения и учитывают их широко распространенную совместную встречаемость.

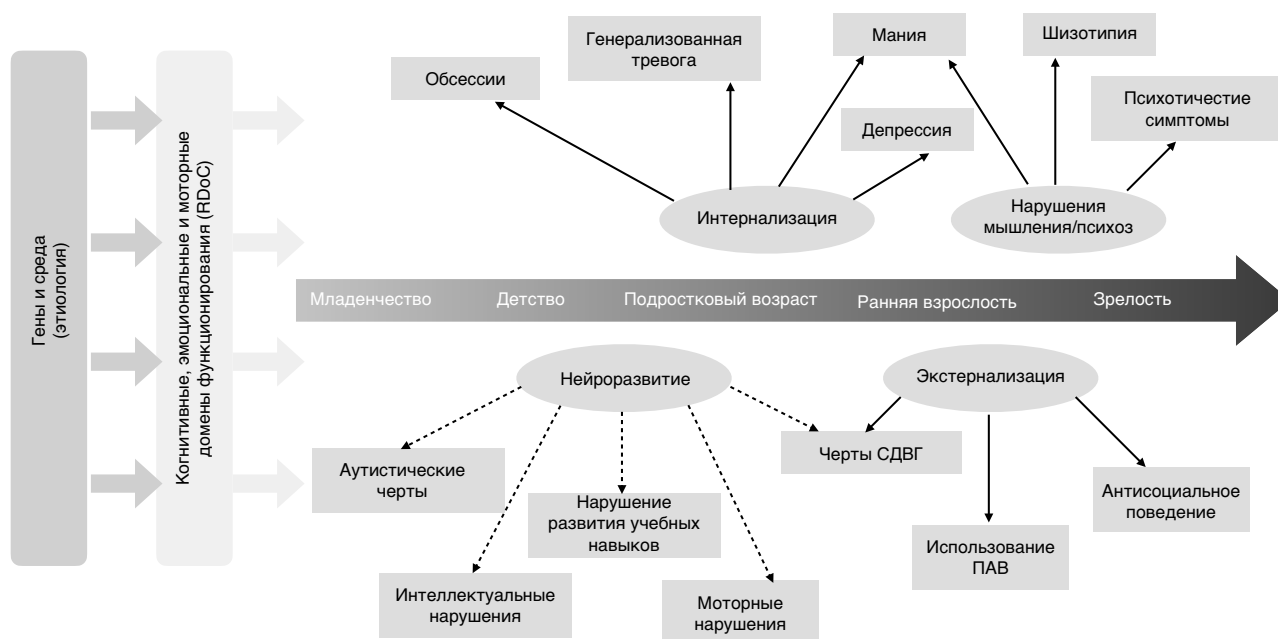


Рисунок 1. Графическое представление предлагаемого спектра нарушений нейropsychического развития, а также параметров, которые в настоящее время используются в рамках трансдиагностики. СДВГ – синдром дефицита внимания/гиперактивности, RDoC – критерии предметной области исследования

Специфические клинические особенности многих традиционно определяемых расстройств (например, психотических, депрессивных и тревожных расстройств) хорошо классифицируются в большинстве трансдиагностических дименсиональных моделей, например, через спектры/дименсии, такие как интернализация, экстернализация и психоз¹⁷⁻¹⁹. Однако на сегодняшний день подавляющее большинство исследований, изучающих совместное возникновение и структуру психических расстройств, которые лежат в основе современных трансдиагностических систем, были ограничены особенностями только некоторых нарушений нейropsychического развития (например, СДВГ^{8,14,20}). Кроме того, эта литература (за несколькими заметными исключениями²¹⁻²³) в основном сосредоточена на взрослых выборках и уделяет недостаточное внимание процессам развития^{8,14,20}. В результате текущие трансдиагностические дименсиональные рамки в значительной степени опускают клинические особенности, которые характеризуют нарушения нейроразвития.

Совсем недавно исследователи и клиницисты начали рассматривать трансдиагностический подход к расстройствам нейropsychического развития^{7,24-26}, вместо того чтобы фокусироваться на отдельных расстройствах. Эти недавние концептуализации расширяют классификацию расстройств нейроразвития DSM/МКБ, которая включает в себя оценки тяжести таких состояний, как РАС и нарушения интеллектуального развития, а также концептуализацию аутизма как относящегося к «аутистическому спектру»^{3,4}. Они также в целом согласуются с понятием нейроразнообразия²⁷⁻²⁹, которое возникло в результате пропагандистского движения и совсем недавно использовалось в качестве обобщающего термина, охватывающего индивидуальные различия, связанные с нарушениями нейropsychического развития.

Как подчеркивалось в некоторых из этих предшествующих статей^{7,24-26}, трансдиагностический подход к нарушениям нейropsychического развития может способствовать лучшему пониманию частого совместного возникновения этих состояний и их гетерогенности как между людьми, так и у конкретного человека с течением времени^{7,24,26}. Более того, до сих пор были предприняты лишь ограниченные усилия по принятию еще более широкого трансдиагностического подхода, который охватывает нарушения нейроразвития и другие психические расстройства, чтобы поместить первые в более широкую психиатрическую структуру.

У людей с нарушениями нейроразвития часто наблюдаются и другие психические расстройства, такие как проблемы с интернализацией и экстернализацией, либо одновременно, либо на более поздних этапах развития^{30,31}. Тем не менее в клинических условиях этими сопутствующими или возникающими позже состояниями часто пренебрегают, так что люди с диагнозами, связанными с нарушениями нейropsychического развития, сталкиваются со значительными препятствиями в получении терапии при этих сопутствующих нарушениях³². В ответ на эти проблемы люди с нарушениями нейроразвития во всем мире поставили понимание их взаимосвязи с другими заболеваниями и устранение вышеуказанных барьеров в число первоочередных задач³²⁻³⁵. Совместный трансдиагностический подход, объединяющий как нарушения нейроразвития, так и другие психические расстройства, необходим для продвижения более эффективных и целостных подходов к терапии лиц с нарушениями нейроразвития и сопутствующими/последующими нарушениями психического здоровья на протяжении всей жизни.

Целью данной статьи является продвижение трансдиагностического подхода к нарушениям нейроразвития путем формального введения нового трансдиагностического «спектра нарушений нейropsychического развития» и его интеграции в существующие трансдиагностические дименсиональные рамки психических расстройств (см. рисунок 1). Мы приводим широкий обзор накапливающихся доказательств в поддержку предлагаемого нами спектра, включая его структурную (психометрическую) согласованность, обоснованность и практическую значимость, а также его размещение в более широких трансдиагностических рамках психических расстройств. Основываясь на этих доказательствах, мы концептуализируем этот спектр как широкую скрытую дименсию, отражающую общие черты и основы индивидуальных различий во внимании, социальной коммуникации, обучении, двигательных и когнитивных способностях, которые чаще всего проявляются на ранних стадиях развития, с относительно стабильным типом течения и сопровождаются частично перекрывающимися мозговыми и социально-когнитивными профилями.

Мы приходим к выводу, что в настоящее время накоплено достаточно количество доказательств, подтверждающих этот новый трансдиагностический спектр нарушений нейropsychического развития. В отличие от дискретных ди-

агнозов расстройств нейropsychического развития DSM/МКБ, этот спектр явно учитывает совместное возникновение признаков нарушений нейроразвития, их гетерогенное проявление, их различную тяжесть в популяции и их внутрииндивидуальную изменчивость через диагностические границы (т.е. индивидиум переходит от уровня ниже диагностического порога к уровню выше данного состояния, например, РАС, или между границами различных состояний, например, РАС и СДВГ³⁶).

Критически важно, что наша концепция также помещает спектр нарушений нейropsychического развития в трансдиагностические рамки психических расстройств в более широком смысле. Его включение в эти рамки, уже содержащие спектры/дименсии, охватывающие другие клинические характеристики, может способствовать новому пониманию взаимодействия между нарушениями нейроразвития и другими психическими расстройствами, тем самым напрямую влияя на будущие исследования и клиническую практику.

Стоит отметить с самого начала, что наше использование термина «нейроразвитие» подразумевается здесь как обозначение для предлагаемого нового спектра. Преимущество использования этого термина заключается в том, что он соответствует терминологии, принятой в DSM и МКБ, а также в большинстве литературы, рассмотренной в этой статье. Наше использование термина не подразумевает, что «нейронные» истоки развития этих состояний полностью выяснены, или что другие психические расстройства также не могут иметь свои корни в мозге или возникать на ранних стадиях развития. Например, были предложения признать проблемы «нейроразвития» в качестве этиогенетической основы происхождения шизофрении, учитывая совпадение в ее этиологических механизмах с более ранними нарушениями нейроразвития^{37,38}. Редкие генетические синдромы, такие как синдром ломкой X-хромосомы и синдром Прадера-Вилли, также считались расстройствами нейроразвития³⁹. Предлагаемый спектр нарушений нейropsychического развития в настоящее время не учитывает особенности других психических и генетических нарушений. Однако более пристальное внимание к перекрестным расстройствам и перспективам развития, чему способствует включение этого спектра в трансдиагностические рамки, дает возможность улучшить наше понимание путей развития других психических расстройств и сосуществования широкого спектра клинических проявлений (включая нарушения неврологического развития и поведенческие проблемы у лиц с генетическими синдромами).

СТРУКТУРНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

Основываясь на исследованиях и клинических наблюдениях относительно сочетания нарушений нейроразвития⁴⁰ и между этими состояниями и другими психическими расстройствами^{31,41}, все большее число исследований с применением факторного анализа включает оценку особенностей нейроразвития. Это позволило исследовать ковариацию внутри и между нарушениями нейроразвития и другими психическими расстройствами, при этом доступные исследования предоставили ключевые доказательства существования нарушений нейropsychического развития как спектра и поддерживали его размещение среди других более устойчивых спектров/дименсий в трансдиагностических рамках.

Исследования, которые выявили фактор нейроразвития

Впервые фактор, названный «нейроразвитием» (neurodevelopmental), был описан наряду с другими психиатрическими дименсиями в исследовании с использованием факторного анализа по Опроснику Ахенбаха (Child Behavior Checklist, CBCL) у почти 10 000 детей в рамках Исследования развития мозга и поведения детей и подростков (Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study)²⁵. Результаты показали трансдиагностическую структуру, включающую фактор нейроразвития вместе с факторами

экстернализации, интернализации, соматоформных состояний и отрешенности. Этот фактор нейроразвития включал черты СДВГ (например, нарушение внимания, гиперактивность), аспекты двигательных расстройств (например, плохая координация, подергивания), черты, концептуально пересекающиеся между РАС и обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) (например, повторяющиеся мысли/обсессии и поведение/компульсии, странные идеи), и плохую успеваемость в школе. Более узкий фактор невнимательности, связанный с неврологическим развитием, в основном определяемый признаками СДВГ, также был выявлен с помощью пунктов Шкалы диагностики СДВГ у взрослых родителей (ASR) участников ABCD.

Интересно, что эти факторы, связанные с нейроразвитием, впервые появившиеся в трехфакторных моделях, были тесно связаны с факторами как интернализации, так и экстернализации в двухфакторных моделях более высокого уровня. Это открытие предполагает, что вновь возникающий фактор не является просто разделом спектра/дименсии экстернализации более высокого порядка, а скорее имеет связи с нарушениями как интернализации, так и экстернализации.

Фактор нейроразвития был воспроизведен в шести последующих исследованиях. Используя эквивалентный аналитический подход к вышеупомянутому исследованию ABCD²⁵, фактор нейроразвития, включающий нарушение внимания, гиперактивность/импульсивность, проблемы с исполнительными функциями и трудности в обучении, был выявлен в трансдиагностической выборке с нарушениями внимания и обучения⁴². Этот фактор возник вместе с факторами интернализации и социальной дезадаптации. Лонгитудное исследование родителей и детей (Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)) в возрасте 7 и 13 лет продемонстрировало превосходное соответствие коррелированных факторных и бифакторных моделей, включая фактор нейроразвития (шкалы СДВГ и РАС) наряду с эмоциональными и поведенческими факторами по сравнению с моделями, включающими только эмоциональные и поведенческие факторы / факторы нейроразвития⁴³.

Кроме того, в двух исследованиях, в которых приняли участие несколько сотен тысяч детей и взрослых из шведского населения, был проверен фактор нейроразвития (определяемый диагнозами) в рамках двухфакторных структур, также включающих другие специфические факторы (например, экстернализацию, интернализацию) и фактор общей психопатологии (p)^{44,45}. В одном из этих исследований также отдельно моделировался фактор СДВГ и были выявлены значительно более сильные фенотипические и генетические связи этого фактора с фактором нейроразвития, чем с факторами экстернализации и интернализации при контроле p, что согласуется с включением СДВГ в спектр нарушений нейropsychического развития (а не в спектр экстернализации).

Другое недавнее исследование взрослых шведских близнецов выявило фактор, влияющий на нейроразвитие, который включает в себя проявления СДВГ (невнимательность и дезорганизация) и РАС (социальные трудности), а также факторы интернализации, употребления психоактивных веществ и импульсивности⁴⁶. Наконец, недавнее исследование, изучающее иерархическую структуру полного набора клинических признаков DSM-5 на основе данных в отдельных первичных и контрольных выборках взрослого населения, выявило фактор нейроразвития наряду с другими важными трансдиагностическими параметрами⁴⁷. Этот широкий фактор, влияющий на нейроразвитие, включал в себя проявления РАС, СДВГ, а также трудности в обучении, общении, языке и речи.

Результаты этих исследований также согласуются с двумя дополнительными исследованиями, которые моделировали фактор нейроразвития с использованием различных особенностей и черт нейроразвития посредством подтверждающего факторного анализа^{48,49}. Однако, поскольку эти исследования не включали другие психические нарушения, помимо показателей нейроразвития, их нельзя использовать для определения места фактора нейроразвития в более широкой трансдиагностической структуре.

Другие данные, подтверждающие выделение спектра нарушений нейropsychического развития

Несколько других направлений исследований (несмотря на то что термин «нейроразвитие» явно не используется) поддерживают интеграцию предлагаемого спектра в трансдиагностические дименсиональные модели. Во-первых, в эпидемиологическом исследовании детей и подростков с применением исследовательского⁵⁰ и подтверждающего факторного анализа⁵¹ CBCL и Опросника оценки РАС и связанных с ним проблем развития (Опросник Ахенбаха) были выделены факторы «внимания и ориентации» и РАС, а также факторы интернализации, экстернализации и р-фактор. Следует отметить, что черты СДВГ не группировались с экстернализацией, а скорее с ориентационными чертами РАС, и несколько шкал РАС имели значительные нагрузки как от фактора внимания и ориентации, так и от фактора РАС. Более того, анализ на уровне элементов показал, что черты РАС и СДВГ группировались вместе в модели, включающей фактор РАС/СДВГ и факторы интернализации и экстернализации, и дифференцировались на два отдельных фактора только в моделях с по крайней мере восемью более узкими факторами⁵². Это указывает на то, что некоторые особенности РАС и СДВГ могут образовывать широкий спектр, который может быть дополнительно дифференцирован по более конкретным факторам⁵².

Во-вторых, в исследованиях, включающих как показатели личности, так и психического здоровья, были выявлены факторы, схожие со спектром нарушений нейropsychического развития. Недавний исследовательский факторный анализ пунктов из СДВГ, РАС и опросников для определения нормальных личностных характеристик и психопатологии у взрослых, показал, что невнимательность, гиперактивность/импульсивность и трудности с прагматическим языком группировались вместе, тогда как отчужденность нагружалась факторами отрешенности^{53,54}. Другое исследование детей и подростков показало, что пункты отвлекаемости, организованности, достижений, гиперактивности и интеллекта нагружались вместе на фактор «организации» и отдельно от пунктов, относящихся к позитивной личности, проблемам поведения и факторам интернализации⁵⁵.

В-третьих, несколько предыдущих исследований с использованием двухфакторных моделей в выборках детей, подростков и взрослых продемонстрировали, что показатели РАС или СДВГ (особенно невнимательность) были исключительно или преимущественно охвачены р-фактором с незначительной нагрузкой на фактор экстернализации⁵⁶⁻⁶⁴. Это говорит о том, что РАС и СДВГ могут быть лучше охвачены другим фактором, не смоделированным в этих исследованиях, таким как фактор нейроразвития. Аналогичным образом, факторные аналитические исследования с использованием мер из Системы эмпирически обоснованной оценки Ахенбаха (ASEBA) в десятках различных выборок от дошкольного до пожилого возраста указывают на то, что шкала проблем с вниманием не включена в шкалу экстернализации (объединяющую нарушение правил и агрессию) или шкалу интернализации (тревожность/депрессия, замкнутость/депрессия, соматические жалобы)^{21,65-71}. Это согласуется с исследованиями, идентифицирующими фактор, фиксирующий особенности СДВГ отдельно от факторов экстернализации⁷²⁻⁸⁰.

Краткое изложение структурных доказательств

В целом, рассмотренные здесь исследования демонстрируют доказательства, подтверждающие надежную факторную структуру спектра нарушений нейropsychического развития наряду с другими трансдиагностическими спектрами/дименсиями, предоставляя весомый аргумент в пользу включения этого спектра в трансдиагностические дименсиональные рамки. Доступные исследования указывают на то, что особенности СДВГ, РАС, нарушений интеллектуального развития и развития учебных навыков, коммуникации и моторики могут быть концептуализированы в рамках этой дименсии (см. таблицу 1).

Рассмотренные здесь исследования предполагают включение черт СДВГ, особенно невнимательности, в предлагаемый спектр нарушений нейropsychического развития, при этом импульсивность в некоторых исследованиях охватывается как спектром нарушений нейropsychического развития, так и спектром экстернализации^{25,42}. Это противоречит исследованиям, в которых СДВГ моделировался исключительно как показатель экстернализации⁸¹⁻⁸⁹, которые используются в современных системах трансдиагностики, обычно относящих СДВГ к спектру (расторможенной) экстернализации^{14,18}.

Однако следует отметить, что в отличие от недавних исследований, выделяющих факторы нейроразвития или факторы, способствующие нейроразвитию (neurodevelopmental-consistent factor), исследования, относящие СДВГ к фактору экстернализации, не включали особенности других нарушений нейроразвития. Кроме того, эти исследования изучали только диагнозы или общие баллы шкал, в результате чего были получены только один или два показателя СДВГ – недостаточное количество для возникновения отдельного фактора нейроразвития/СДВГ. Использование диагнозов в этом контексте также может вызывать проблемы, поскольку дети с СДВГ с высокой гиперактивностью-импульсивностью с большей вероятностью получают диагноз СДВГ, особенно при сопутствующем оппозиционно-вызывающем расстройстве (ОВР) или расстройстве поведения (РП), по сравнению с детьми, показывающими только черты невнимательности, которые часто неправильно или недостаточно диагностируются⁹⁰. Это искусственно раздувает ковариацию между СДВГ и ОВР/РП и может привести к неправильному размещению в спектре экстернализации.

Важно отметить, что до DSM-5 и МКБ-11 СДВГ и РАС не могут быть диагностированы вместе у одного и того же человека, и, поскольку РАС обычно диагностируется на ранних стадиях развития, дополнительная диагностика СДВГ была невозможна⁹¹. Исследования, включавшие диагностику СДВГ до последних изданий этих диагностических руководств, таким образом, вероятно, упустили значительную часть лиц с СДВГ с преобладанием аутистических проявлений и нарушений нейроразвития.

Следует отметить несколько ограничений доступной литературы. В большинстве исследований использовались выборки с широкими возрастными диапазонами и поперечными срезами, что исключает изучение эффектов развития. Это ограничение является общим для многих исследований психических расстройств, но особенно проблематичным для определения спектра нарушений нейropsychического развития с его корнями в раннем развитии. Другое ограничение заключается в том, что большинство исследований были сосредоточены на СДВГ и в меньшей степени на РАС, в то время как только меньшинство включало трудности обучения, моторики, интеллектуальные и коммуникативные нарушения (см. таблицу 1). Хотя несколько доступных исследований последовательно поддерживают включение этих последних состояний в спектр нарушений нейropsychического развития, необходимы будущие исследования с широкой оценкой особенностей нейроразвития.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВАЛИДНОСТИ

Помимо доказательств структурной согласованности, предлагаемый спектр нарушений нейropsychического развития поддерживается многочисленными исследованиями, подтверждающими его обоснованность, в соответствии с валидаторами, обычно используемыми в психиатрической нозологии^{5,17-19}.

Генетика

Нарушения нейроразвития передаются по наследству, причем чаще всего они встречаются у членов семей лиц, имеющих эти нарушения⁹². Близнецовые исследования демонстрируют, что нарушения нейроразвития в высокой степени наследуются (со средним метааналитическим показателем наследуемости 0,66, варьирующимся от 0,62 для

Таблица 1. Краткое изложение структурных данных, подтверждающих предлагаемый спектр развития нервной системы

	Диагнозы						Симптомы/проявления											
	СДВГ	РАС	РО	ИН	Д	ОВП	Н	Гип/Имп	Аут	Соц	Мышл	Обуч	Ког	Ком	Мот	Пов	Опп	Другие
Фактор нейроразвития																		
<i>Первого порядка</i>																		
Martin et al ⁴⁸							+	+	+	+								
Micheline et al ²⁵							+	+	+	+	+				+			+
Addicoat et al ⁴⁹									+			+	+		+			
Holmes et al ⁴²							+		+			+	+					
Pettersson et al ⁴⁶							+			+	+							
Forbes et al ⁴⁷								+	+	+		+		+				
<i>Бифакторная модель</i>																		
Du Rietz et al ⁴⁴		+	+	+	+													
Pettersson et al ⁴⁵	+	+																
Riglin et al ⁴³							+	+	+									
Аналогичный фактор																		
<i>Первого порядка</i>																		
Hartman et al ⁷²							+	+							+		+	
Lahey et al ⁷⁹							+	+									+	
Hartman et al ⁵²							+		+		+							
Ivanova et al ⁶⁷							+											
Farmer et al ⁸⁰	+					+												
Slobodskaya ⁵⁵							+	+										
Noordhof et al ⁵⁰							+		+									
Niarchou et al ⁷⁴							+	+										
Pettersson et al ⁷⁵							+	+										
Haltigan et al ⁷¹							+											
Moore et al ⁷⁶							+	+	+		+				+			
Clark et al ⁷⁸							+	+		+								+
Stanton et al ⁵³							+	+						+				
Stanton et al ⁵⁴							+	+	+					+				
<i>Бифакторная модель</i>																		
Murray et al ⁷³							+	+										
Bloemen et al ⁵¹							+		+									
McElroy et al ⁷⁰							+											
Miller et al ⁷⁷							+											

Исследования делятся на те, в которых фактор нейроразвития (или аналогичный ему) моделировался как фактор первого порядка (например, в рамках коррелированных факторных моделей), и те, в которых он моделировался как специфический фактор в двухфакторной модели (т.е. когда некоторые различия в соответствующих показателях были учтены общим психопатологическим фактором).

Знак + означает, что показатель был включен в анализ, и его коэффициент развития нервной системы (или аналогичный) составил $\geq 0,30$.

СДВГ – синдром дефицита внимания/гиперактивности, РАС – расстройство аутистического спектра, РО – расстройства обучения, ИН – интеллектуальные нарушения, Д – двигательные расстройства, ОВП – оппозиционно-вызывающее расстройство, Н – невнимательность / проблемы с вниманием, Гип/Имп – гиперактивность/импульсивность, Аут – особенности аутистического спектра, Соц – социальные проблемы, Мышл – проблемы с мышлением, Обуч – трудности в обучении, Ког – когнитивные способности общего или специфического характера (например, исполнительное функционирование), Ком – коммуникативные, языковые и речевые трудности, Мот – моторные особенности, Пов – проблемы с поведением, Опп – оппозиционность, Другие – признаки плохого функционирования или общей психопатологии, не относящиеся к конкретным состояниям.

специфических расстройств обучения до 0,86 для нарушений интеллектуального развития).

Кроме того, эти состояния в значительной степени зависят друг от друга по генетическому фактору (метааналитическая генетическая корреляция между состояниями неврологического развития составляет 0,36, варьируясь от 0,07 для расстройств обучения, специфичных для СДВГ, до 0,90 для двигательных расстройств, связанных с СДВГ)⁹², что соответствует спектру нарушений нейроразвития, и показывают более низкое генетическое совпадение с другими психическими расстройствами (например,

от 0,10 до 0,31 с шизофренией, но также 0,62 с деструктивными расстройствами)^{1,93-96}.

Примечательно, что сильное общее генетическое влияние между РАС, СДВГ, более широким фенотипом аутизма, интеллектуальными нарушениями; нарушениями координации, речи и языка; другими социальными проблемами^{95,97-104} может быть отражено в латентном генетическом факторе нейроразвития¹⁰⁵. Недавние метаанализы и обзоры близнецовых исследований и семей показывают, что до ~80% фенотипической корреляции между РАС, СДВГ и другими нарушениями нейроразвития, а также расстрой-

ствами, которые также обычно возникают на ранних стадиях развития, такими как ОКР, можно объяснить общим генетическим влиянием^{92,93,106}.

В соответствии с результатами близнецовых исследований, в недавних работах по исследованию общегеномных ассоциаций (GWAS) также обнаруживаются доказательства значительного генетического совпадения между нарушениями нейроразвития на уровне общих однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs)¹⁰⁷⁻¹¹¹. В самом крупном GWAS, проведенном на сегодняшний день по РАС (18 000 случаев и 28 000 контрольных лиц), одна из самых надежных генетических корреляций была между РАС и СДВГ ($r = .36$)¹⁰⁸.

Для моделирования структуры генетической ковариации между несколькими нарушениями/проявлениями (включая РАС и СДВГ) с использованием сводной статистики GWAS были разработаны методы факторного анализа, такие как моделирование геномных структурных уравнений (GenomicSEM)¹¹². Недавние результаты, полученные с использованием этого подхода, пролили новый свет на генетическую основу фактора нейроразвития, который, по-видимому, включает РАС, СДВГ и синдром Туретта^{109,113-115}. Кроме того, результаты исследований GenomicSEM до сих пор последовательно сходились на существовании фактора нейроразвития, который генетически отделим от других факторов (т.е. интернализации, экстернализации, психоза)^{114,115}.

Несколько генов, связанных с СДВГ¹⁰⁷ и РАС¹⁰⁸, также в целом вовлечены в процессы нейроразвития. Что касается СДВГ, *FOXP2* участвует в формировании синапсов и развитии речи и учебных навыков^{108,116-118}; *SORCS3* кодирует экспрессируемый мозгом трансмембранный рецептор, важный для развития нейронов и пластичности^{119,120}; *SEMA6D*, по-видимому, играет роль в нейронной проводке во время эмбрионального развития мозга^{120,121}; а *ST3GAL3* и *MEF2C* были связаны с тяжелой умственной отсталостью^{120,122-124}. Аналогично, что касается РАС, сильное увеличение наблюдалось для регуляторных элементов в областях мозга, участвующих в пренатальном нейроразвитии¹⁰⁸. Это согласуется с исследованиями генов (например, *SHANK3*, *MEF2C*), связанных с нарушением синаптического функционирования на ранних этапах при генетических синдромах, таких как синдром Ретта и синдром Фелана-Макдермиды, которые часто проявляются умственной отсталостью, аутистическими чертами и признаками СДВГ¹²⁵.

Основываясь на открытиях GWAS, полигенные оценки риска, по-видимому, показывают надежные связи между особенностями нейроразвития, а не только для отдельных нарушений нейроразвития^{126,127}. Например, в большом когортном исследовании детей полигенная оценка риска СДВГ была связана с невнимательностью и гиперактивностью, а также с языковыми трудностями, а полигенная оценка риска РАС была связана с невнимательностью, гиперактивностью, языковыми и моторными трудностями, тогда как полигенная оценка риска шизофрении не показала значимых ассоциаций с особенностями нейроразвития¹²⁸. Полигенные оценки риска как СДВГ, так и РАС дополнительно предсказывали спектр нарушений нейropsychического развития на основе исследовательского факторного анализа, описанного в исследовании ABCD¹²⁹.

Важно отметить, что геномные исследования большинства психических расстройств все еще находятся в зачаточном состоянии. Таким образом, генетическая архитектура нарушений нейроразвития и других психических расстройств может измениться по мере увеличения размеров выборки и появления новых геномных данных. Хотя исследования GenomicSEM уже проводились с РАС и СДВГ, другие нарушения, которые предположительно включены в спектр нарушений нейropsychического развития, такие как двигательные расстройства и интеллектуальные нарушения, еще не рассматривались из-за отсутствия GWAS этих фенотипов. Крайне важно, чтобы эти упущения были учтены в будущих геномных исследованиях спектра нарушений нейropsychического развития.

Факторы риска окружающей среды

В то время как рассмотренные выше исследования указывают на относительно большое генетическое влияние на нарушения нейроразвития и их ковариацию, метааналитические данные также демонстрируют небольшое или умеренное влияние факторов окружающей среды⁹². Были обнаружены связи различных форм пренатального и перинатального стресса¹³⁰⁻¹³⁴, преждевременных родов^{135,136} и воздействия токсичных веществ окружающей среды (например, свинца)¹³⁷⁻¹⁴¹ с нарушениями нейроразвития, включая РАС, СДВГ, интеллектуальные и моторные нарушения и трудности в обучении, а также связанные с ними когнитивные профили. Эта модель согласуется с основной дименсией подверженности всем нарушениям нейроразвития, на которые влияют вышеупомянутые воздействия окружающей среды.

Однако при интерпретации этих доказательств есть два важных предостережения. Во-первых, остается неясным, являются ли и насколько специфичны эти связи для клинических особенностей предлагаемого спектра нарушений нейropsychического развития по сравнению с особенностями, зафиксированными другими спектрами/ дименсиями^{133,142}. Общие факторы риска окружающей среды, подобно генетике, могут способствовать совместному возникновению нарушений нейроразвития и других психических расстройств. Тем не менее, также возможно, что одни и те же факторы окружающей среды связаны с различными трансдиагностическими состояниями на разных этапах развития, что указывает на некоторую специфичность. Например, одно и то же воздействие окружающей среды может повышать риск нарушений нейроразвития в младенчестве/детстве и психоза в подростковом/взрослом возрасте. Во-вторых, установление связи между факторами риска окружающей среды и нарушениями нейроразвития необходимо подразумевает причинно-следственную связь. Например, учет семейных и других факторов часто приводит к слабым связям^{135,143}. Однако недавний систематический обзор исследований близнецов и братьев и сестер, в котором учитывались семейные и другие общие факторы, выявил убедительные доказательства причинно-следственной связи между внутриутробным воздействием и РАС и СДВГ¹³⁰.

Особенности в процессе развития

Дополнительные доказательства, подтверждающие обоснованность предлагаемого спектра нарушений нейropsychического развития, относятся к сходству в ходе развития, отображаемом признаками, кластеризующимися в этой дименсии. Ключевой характеристикой всех нарушений нейроразвития является то, что они обычно возникают на ранних этапах развития. Первые признаки некоторых состояний, таких как РАС, расстройства речи и коммуникации и расстройства развития координации, часто распознаются в дошкольном возрасте¹⁴⁴⁻¹⁵⁰. Другие нарушения, такие как СДВГ и трудности в обучении, могут быть обнаружены в дошкольном периоде, но формальный диагноз обычно не ставится, пока ребенок не пойдет в школу и не будут оценены навыки, связанные с этими нарушениями^{31,151}. Тем не менее, в среднем признаки нарушений нейроразвития имеют тенденцию появляться раньше, чем большинство других психических расстройств¹⁵² (см. рисунок 1).

Что касается траекторий развития, то у людей с нарушениями нейроразвития, как правило, проявляются черты, сохраняющиеся в процессе развития, с некоторой степенью улучшения, часто наблюдаемой с взрослением^{31,153,154}. Показатели диагностической стабильности сильно различаются между исследованиями (от ~20% до 100%)^{31,155-159}, особенно для СДВГ и РАС. Эта нестабильность может быть объяснена методологическими различиями, при этом более низкие показатели устойчивости чаще наблюдаются в популяционных выборках, чем в клинических выборках и в исследованиях, основанных на строгих диагностических порогах^{31,36,160,161}. Тем не менее исследования показали, что

большинство людей с нарушениями нейроразвития демонстрируют худшие функциональные результаты во взрослой жизни по сравнению с нейротипичными людьми^{31,154,162,163}.

Что касается конкретных клинических проявлений, то невнимательность и трудности в социальной коммуникации следуют относительно стабильной модели развития^{154,164}, в то время как другие симптомы могут меняться или проявляться по-разному с возрастом и развитием или даже заменяться симптомами других психических расстройств (гетеротипическая преемственность). Например, двигательная гиперактивность имеет тенденцию к снижению в детстве и подростковом возрасте, но часто заменяется чувством внутреннего беспокойства во взрослом возрасте, что также распространено при интернализированных нарушениях³¹. Кроме того, было высказано предположение, что стратегии поддержки и вмешательства могут не изменять естественный ход нарушения нейроразвития, а скорее формировать навыки для компенсации стабильных базовых проблем³¹.

В целом, данные свидетельствуют о сходстве в процессе развития между различными нарушениями нейроразвития, а именно раннее начало и стабильное течение, с некоторой степенью гетерогенности среди людей с одним и тем же состоянием^{7,165,166}. Трансдиагностические подходы, направленные на анализ людей с различными нарушениями нейроразвития с помощью более конкретных субдименсий, основанных на данных, выходящих за рамки диагностических границ, особенно ценны для характеристики изменчивости в ходе развития^{7,167}. Например, у людей с признаками множественных нарушений нейроразвития, что соответствует высокому баллу по общему спектру нарушений нейropsychического развития, обычно наблюдается более стойкая динамика симптомов и худшие отдаленные результаты, включая сопутствующие психические расстройства^{153,154,168}. Будущие исследования должны систематически оценивать наличие различных трансдиагностических субдименсий нейроразвития и то, как они могут быть связаны с другими психическими расстройствами, что могло бы послужить основой для разработки ранних трансдиагностических вмешательств и стратегий поддержки.

Темпераментные предпосылки и личность

По-видимому, существует как последовательность, так и специфичность временных признаков, характеризующих нарушения нейроразвития, хотя большинство существующих исследований были ограничены РАС и СДВГ и, в меньшей степени, интеллектуальными нарушениями и коммуникативными расстройствами.

Более низкие уровни контроля, требующие усилий, характерны для всех нарушений нейроразвития¹⁶⁹⁻¹⁷⁸. При этих состояниях также часто наблюдаются более высокие уровни негативной аффективности, хотя степень ее проявления может различаться в зависимости от состояния: при РАС и умственной отсталости преобладают дистресс, страх, застенчивость и печаль, в то время как при СДВГ преобладает гнев^{169,179}. Позитивная аффективность/вспыльчивость также проявляется при различных нарушениях нейроразвития, с более высокими уровнями при СДВГ, но более низкими при РАС и интеллектуальных нарушениях^{169,170,178-181}.

Лонгитюдные проспективные исследования, хотя и менее распространенные, выявляют ранние проявления в темпераменте, такие как более низкий уровень контроля, более высокую негативную аффективность и позитивную аффективность/вспыльчивость, что позволяет прогнозировать развитие симптомов СДВГ¹⁸²; и более низкий уровень контроля в раннем детстве как предиктор диагноза РАС в раннем детстве¹⁸³. Следует отметить, что более низкий уровень самоконтроля и более высокая негативная аффективность также связаны с другими психическими расстройствами и могут представлять собой более общие трансдиагностические показатели^{182,184}.

Когнитивные и социально-эмоциональные характеристики

Нарушения нейроразвития характеризуются трудностями в познании, социальном взаимодействии и общении, которые возникают на ранних этапах развития и сохраняются в более позднем возрасте^{5,146}. Ранние когнитивные проблемы являются ключевой особенностью этих нарушений, хотя характер проблем может варьироваться в зависимости от различных состояний, начиная от нарушений, характерных для основных процессов и способностей, в то время как другие способности относительно сохранены, и заканчивая более общими проблемами¹⁸⁵⁻¹⁸⁷.

Дефицит исполнительных функций характерен для РАС, СДВГ, двигательных расстройств и трудностей развития учебных навыков^{7,31,188,189}. Исследование ABCD показало, что среди трансдиагностических измерений фактор нейроразвития продемонстрировал наиболее сильную связь с исполнительными функциями¹⁹⁰.

В работах, сравнивающих детей с РАС и СДВГ, было показано сходство во время раннего развития во внимании, торможении реакции, рабочей памяти, вербальной беглости, подготовительных процессах и формировании понятий, при этом некоторые различия, скорее всего, носят количественный, а не качественный характер^{145,191,192}. Аналогичные когнитивные проблемы также отмечались при других нарушениях нейроразвития, таких как речевые расстройства, нарушение развития координации и синдром Туретта¹⁹³⁻¹⁹⁵, но трансдиагностические сравнительные исследования отсутствуют.

О ранних нарушениях сенсорной обработки (например, гиперчувствительности) постоянно сообщалось у детей с аутизмом^{196,197}, но они также встречаются у детей с СДВГ¹⁹⁸. Кроме того, двигательные навыки, такие как координация движений, нарушаются при расстройствах развития координации, синдроме Туретта, РАС и СДВГ^{145,158,199}, а проблемы коммуникации/языка характеризуют не только языковые и речевые расстройства, но и в некоторой степени РАС и СДВГ^{145,195,200}.

Что касается социальных навыков, то дети с РАС, СДВГ, двигательными расстройствами и трудностями в обучении демонстрируют социальные нарушения по сравнению со своими сверстниками^{7,193,201,202}. По-видимому, существует некоторая специфика в социальных нарушениях: дети с аутизмом демонстрируют более нетипичные социальные навыки^{7,189,203,204}, в то время как дети с СДВГ демонстрируют относительно сохраненные знания социальных навыков, но менее адаптивное социальное поведение²⁰⁵. Возможно, из-за нарушений саморегуляции и тормозного контроля²⁰⁶ как РАС, так и СДВГ связаны с повышенной эмоциональной дисрегуляцией, включая эмоциональную лабильность и раздражительность²⁰⁷⁻²⁰⁹.

Хотя имеются данные о характерных когнитивных и социально-эмоциональных особенностях нарушений нейроразвития, аналогичные когнитивные проблемы были обнаружены и при других психических расстройствах^{51,210}. Однако, поскольку лишь в немногих исследованиях всесторонне изучались когнитивные функции при вышеуказанных состояниях (за исключением СДВГ и расстройств деструктивного поведения^{211,212}), специфичность этих когнитивных характеристик для состояний нейроразвития еще предстоит выяснить в будущих трансдиагностических исследованиях. Другим важным направлением будет более систематическое изучение широкой гетерогенности когнитивных и социально-эмоциональных особенностей в различных состояниях нейроразвития путем разработки многомерных моделей, которые объединяют как клинические особенности, так и функциональные способности.

Нейробиологические параметры: нейровизуализация

Исследования, проведенные с помощью структурной и функциональной магнитно-резонансной томографии (МРТ), показывают, что в значительной степени общие закономерности строения и функционирования мозга в ней-

ронных сетях, важных для исполнительной функции и когнитивного/моторного контроля, влияют на состояние нейроразвития²¹³⁻²¹⁷, что подтверждает предлагаемый спектр.

В частности, сходные закономерности структуры серого вещества наблюдались в лобных, височных, теменных и стриато-таламических зонах, поддерживающих когнитивный контроль и целенаправленное принятие решений при РАС и СДВГ²¹⁸⁻²²⁴. Мега- и метаанализы выявили связь РАС и СДВГ с более низким объемом серого вещества в вентромедиальной орбитофронтальной коре и базальных ганглиях, миндалевидном теле и гиппокампе, а также с меньшей площадью поверхности и толщиной коры в лобной, височной и теменной областях^{220-222,225-232}. Однако нейроанатомические данные могут варьироваться в зависимости от развития (например, данные об увеличении общего объема мозга при РАС в младенчестве / раннем детстве²²⁴) и были несколько менее последовательными в исследованиях РАС по сравнению с СДВГ.

В немногих исследованиях напрямую сравнивались состояния нейроразвития, но эти результаты согласуются с недавним перекрестным исследованием, показывающим сходства в областях коры головного мозга, участвующих в социально-эмоциональных и исполнительных функциях при РАС и СДВГ (а также при ОКР)²³³. Дополнительные мега- и метаанализы перекрестных расстройств также указывают на ряд структурных особенностей мозга, общих для РАС и СДВГ, таких как меньшая толщина коры и площадь поверхности, хотя также наблюдались некоторые расхождения в результатах, возможно, из-за того, что в некоторых исследованиях анализировалась сводная статистика, а не исходные данные²³⁴⁻²³⁶.

В то время как большинство исследований было сосредоточено на РАС и СДВГ, структурные МРТ-исследования других нарушений нейроразвития показали более противоречивые результаты, вероятно, из-за использования меньших выборок²³⁷⁻²⁴². Необходимо более масштабные сравнительные исследования, изучающие все нарушения нейроразвития, а также другие психические расстройства.

Что касается функционирования мозга, то атипичные активации в лобно-стриарных отделах мозга и базальных ганглиях, по-видимому, чаще всего связаны с РАС, СДВГ и расстройствами речи и языка. Метаанализы показывают недостаточную активацию, связанную с когнитивным и тормозным контролем в латеральных/медиальных лобно-стриарных сетях при СДВГ^{222,243,244}. Аналогичным образом, метаанализ функционального МРТ когнитивных функций всего мозга при РАС обнаружил недостаточную активацию в основных и исполнительных сетях, включая латеральные и медиальные лобные области и левый мозжечок, и повышенную активацию в правых височно-теменных областях, включая области сети режима пассивной работы^{218,221}. Более того, общее снижение активности дорсолатеральной префронтальной коры и активации предклинья во время когнитивного функционирования высшего уровня и в состоянии покоя наблюдалось при РАС и СДВГ²⁴⁵⁻²⁴⁸.

В меньшем количестве исследовались нейронные основы других нарушений нейроразвития с использованием функциональной МРТ. Что касается специфических нарушений в обучении, дислексия связана, в первую очередь, с недостаточной активацией левого полушария в боковых височных, нижнетеменных и веретенообразных областях, а также с гиперактивацией моторной коры и передней островковой части²⁴⁹⁻²⁵¹, в то время как дискалькулия связана с теменными областями, отвечающими за числа, и префронтальными и затылочными областями²⁵². Первоначальные данные о синдроме Туретта позволяют предположить, что функциональная дисрегуляция в базальных ганглиях и лимбических областях, связанная с подавлением тиков, может совпадать с функциональными нарушениями и связанными с ними трудностями когнитивного контроля, наблюдаемыми при СДВГ²⁵³.

Общие изменения при РАС и СДВГ были обнаружены в структурных связях, в частности, в трактах белого вещества, соединяющих префронтальные области с другими областями^{254,255}, а также в функциональных связях в крупномасштабных сетях мозга, в частности, в сети пассивной

работы и лобно-теменной сети, связанной с вниманием^{248,256-261}. Такое перекрестное наложение расстройств также отражено в недавних данных исследования ABCD, показывающих связь между фактором нейроразвития, полученным на основе исследовательского факторного анализа²⁵, и функциональной связью в состоянии покоя, включающей сеть пассивной работы, поясно-оперкулярную и дорсальную сети внимания²⁶². Ассоциации с функциональной связью были значимыми даже после учета общего психопатологического фактора и не проявлялись в отношении других психопатологических аспектов (например, интернализации, экстернализации), что указывает на специфичность этих атипичных параметров функциональной связи для особенностей нейроразвития.

Исследования функциональных связей при двигательных расстройствах несколько более ограничены, но в тех, где непосредственно сравнивались нарушения развития координации и СДВГ, обнаружилось доказательство наличия общих отклонений в моторных зонах, указывающих на общий нейронный субстрат^{263,264}.

В целом, имеющиеся данные указывают на совпадение возможных диагностических биомаркеров структуры и функционирования мозга при различных нарушениях нейроразвития, в частности при РАС и СДВГ. Структурные и функциональные атипичности в лобных и стриато-таламических областях, связанных с вниманием и когнитивным контролем, а также нарушения в сетях функциональных связей в состоянии покоя, особенно в режиме пассивной работы и дорсальных сетях внимания, могут быть объединяющими признаками во всем спектре нарушений нейropsychического развития. Хотя первоначальные данные указывают на мозговые паттерны, которые могут быть общими для всех нарушений нейроразвития, но отличают их от других психических расстройств²⁶², будущие исследования должны систематически оценивать степень возможных специфических для нейроразвития нейровизуализационных биомаркеров.

Нейробиологические параметры: нейрофизиология

Данные нейрофизиологических исследований, в частности, основанных на электроэнцефалографии (ЭЭГ), дополняют знания, полученные в результате исследований нейровизуализации. О снижении амплитуд связанных с событиями потенциалов (ERP), отражающих раннее сенсорное восприятие, таких как N1 и негативизм несоответствия (MMN), обычно сообщалось при РАС^{265,266} и дислексии^{267,268}, тогда как ассоциации с СДВГ и нарушением координации развития кажутся более последовательными при снижении MMN^{265,269}, чем при компонентах n1²⁷⁰.

Атипичные амплитуды N170 в ответ на лицевые стимулы изучались почти исключительно при РАС, и необходимы крупные исследования при других нарушениях^{271,272}. Исследования ERP, индексирующих целенаправленное поведение, указывают на снижение компонентов N2 и негативности, связанной с ошибками (ERN), при РАС^{266,273}, СДВГ^{273,274}, специфических нарушениях обучения^{275,276} и расстройстве развития координации²⁷⁷, тогда как увеличение ERN обычно связано с синдромом Туретта²⁷³. Последнее открытие может быть объяснено тесной связью между синдромом Туретта и ОКР, поскольку ОКР также связано с увеличением ERN, что потенциально предполагает, что синдром Туретта может быть связан как с интернализацией, так и с нейроразвитием. Кроме того, снижение компонентов P3 в ответ на зрительные и слуховые стимулы неоднократно связывалось с РАС^{278,279}, СДВГ^{280,281}, специфическими нарушениями обучения²⁷⁶, синдромом Туретта²⁸² и нарушением развития координации^{269,283,284}.

Что касается исследований ЭЭГ в состоянии покоя, то повышенная мощность медленных колебаний (дельта и тета), которые, как полагают, отражают задержку созревания коры головного мозга, неоднократно ассоциировалась с расстройствами аутистического спектра²⁸⁵, СДВГ^{286,287} и трудностями в обучении^{288,289}. Снижение альфа- и бета-активности также обычно ассоциировалось с этими состояниями²⁹⁰⁻²⁹², хотя результаты, касающиеся альфа-активно-

сти, были более неоднозначными при СДВГ^{287,293}. Новые данные свидетельствуют об общих изменениях внутрииндивидуальной вариабельности ЭЭГ^{294,295} и связи ЭЭГ²⁹⁶⁻²⁹⁸ между РАС и СДВГ. Аналогичным образом, недавнее исследование детей с РАС или СДВГ и контрольной группой выявило кластер, основанный на данных, в значительной степени отражающих трансдиагностическую подгруппу нейроразвития, основанную на функциональных связях, измеренных с помощью магнитоэнцефалографии (МЭГ)²⁹⁹. Эти результаты подтверждают обоснованность предложенного спектра нарушений нейropsychического развития, поскольку они описывают нейрофизиологические параметры, отображающие нейронные механизмы, общие для всех состояний нейроразвития. Однако, как и в литературе по нейровизуализации, наиболее убедительные доказательства относятся к РАС и СДВГ, что требует повторения и расширения в трансдиагностических исследованиях нарушений нейроразвития и других психических расстройств.

Другие нейробиологические параметры

Литература, посвященная периферическим диагностическим биомаркерам, предоставляет дополнительные доказательства в поддержку спектра нарушений нейropsychического развития. Метаанализы и обзоры показывают, что снижение уровня витамина D в сыворотке крови³⁰⁰⁻³⁰³ и уровня цинка в крови³⁰⁴⁻³⁰⁷ связано с РАС, СДВГ, интеллектуальными трудностями и трудностями в обучении. Уровень нейротрофического фактора головного мозга (BDNF) в крови был повышен как при РАС, так и при СДВГ^{308,309}. Однако в ходе этих метаанализов достоверность данных по этим биомаркерам варьировалась и часто оценивалась как слабая, что указывает на необходимость проведения более масштабных и тщательных исследований.

Организация обслуживания и эффективность подходов к поддержке и вмешательству

Модели организации обслуживания и эффективность стратегий поддержки и вмешательства являются дополнительными доказательствами обоснованности предлагаемого спектра.

Учитывая высокую частоту встречаемости сопутствующих заболеваний, связанных с нейроразвитием, широко пропагандируется необходимость многоплановой профессиональной помощи, которая адекватно учитывала бы различные проявления симптомов и потребности, выходящие за рамки диагностических категорий^{310,311}. Фактически, в нескольких странах уже организованы клинические службы для оказания помощи при заболеваниях, связанных с нарушениями нейроразвития³¹², а организации, пользующиеся услугами, активно выступают за переход к трансдиагностическим услугам в области нейроразвития в странах, где лечение по-прежнему основано на отдельных состояниях³¹³.

Результаты исследований лечения показывают, что прием стимулирующих препаратов в целом улучшает такие характеристики, как невнимательность, гиперактивность и импульсивность³¹⁴; академическую успеваемость по математике, точность математических вычислений и скорость чтения³¹⁵; результаты, связанные с координацией движений³¹⁶ и когнитивными способностями у детей с СДВГ, а также с РАС³¹⁷. Эти эффекты при нарушениях нейроразвития предполагают, что фармакологическое лечение воздействует не на механизмы, специфичные для одной диагностической категории, а на общие лежащие в основе процессы^{315,317,318}. Однако важно отметить, что некоторые основные характеристики РАС, такие как социальное взаимодействие и стереотипное поведение, не улучшаются при приеме стимуляторов³¹⁸, что подчеркивает неоднородность.

Что касается реакции на психосоциальные вмешательства, первоначальные данные указывают на то, что трансдиагностические черты (исполнительное функционирование и регуляция эмоций) предсказывают эффективность

интенсивной программы поведенческой терапии, нацеленной на готовность к школе, в дополнение к диагностике РАС и СДВГ²⁰⁶, что еще раз подтверждает обоснованность предлагаемого спектра. Поскольку большинство трансдиагностических исследований были сосредоточены на РАС и СДВГ, необходимы дополнительные исследования, чтобы окончательно определить, могут ли трансдиагностические психосоциальные вмешательства обеспечить столь же эффективные преимущества при других нарушениях нейроразвития.

Краткое изложение доказательств валидности

В целом существует большая степень сходства генетических, нейровизуализационных, нейрофизиологических и других биомаркеров, а также характеристик развития, когнитивных, социально-эмоциональных, темпераментных/личностных профилей и моделей организации обслуживания и эффективности лечения в зависимости от нарушений нейроразвития (см. таблицу 2). Наиболее убедительны доказательства в отношении РАС и СДВГ, поскольку эти состояния были изучены в гораздо большей степени, чем другие состояния нейроразвития.

Многие исследования поддерживают дименсиональный подход, вариабельность в рамках диагностики и совпадения между диагнозами, что мотивирует поиск общих паттернов взаимосвязей между мозгом и поведением при различных состояниях нейроразвития. Однако в большинстве исследований рассматривался только один аспект состояния или симптома в небольших выборках, что подчеркивает острую необходимость проведения более масштабных исследований с использованием трансдиагностических выборок с нарушениями нейроразвития и другими психическими расстройствами.

Помимо общего сходства, подтверждающего согласованность спектра нарушений нейropsychического развития, результаты, свидетельствующие о некоторых различиях между состояниями нейроразвития, если их воспроизвести, будут соответствовать возможному выделению субдименсий (например, невнимательности, социальных трудностей) в рамках этого широкого спектра.

Стоит отметить два момента. Во-первых, множественные и различные причины и конфигурации базовых механизмов могут привести к возникновению общих фенотипов нарушений нейроразвития и других психических расстройств (т.е. эквивалентности³¹⁹). В то же время одна и та же базовая причина или механизм может привести к фенотипической изменчивости и различным исходам в нарушениях нейроразвития (т.е. мультифинальности³¹⁹). Дальнейшие трансдиагностические исследования с использованием этиологических и эволюционных подходов будут важны для выяснения этих эквивалентных и мультифинальных путей, а также для обоснования клинических решений и применений, основанных на базовых механизмах и процессах развития.

Во-вторых, хотя рассмотренные доказательства валидности указывают на общность между нарушениями нейроразвития, степень их совпадения с другими психическими расстройствами остается в значительной степени неясной. Например, схожие темпераментные, когнитивные и нейронные характеристики могут быть также обнаружены в контексте психических расстройств с более поздним началом, таких как депрессивные и психотические расстройства⁹. Тем не менее в исследованиях других психических расстройств редко рассматривается вопрос о том, могут ли эти результаты быть объяснены сочетанием с более ранними признаками нарушений нейроразвития. Систематическое включение особенностей и состояний, связанных с нейроразвитием в будущие лонгитюдные трансдиагностические исследования будет иметь решающее значение для прояснения этого вопроса.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПОЛЕЗНОСТИ

Хотя категориальный подход на основе DSM/МКБ для исследований и практики по-прежнему представляет собой

Таблица 2. Краткое изложение фактических данных, подтверждающих предлагаемый спектр нарушений нейropsychического развития

	Диагнозы/проявления						Фактор нейроразвития (или аналогичный)
	СДВГ	РАС	Об	ИН	Ком	Д	
Генетика							
Семейные исследования / исследования близнецов	++	++	+	+	+	+	+
Молекулярная генетика/геномика					+	+	+
Экологический риск							
Раннее воздействие стресса	++	++	+	+		+	
Преждевременные роды	+	+					
Воздействие токсичных веществ (например, свинца)	+	++	+	+			
Особенности развития							
Ранний возраст начала заболевания	+	++	+	+	++	++	
Высокая хроническость / стабильность	+	++	+	+	++	+	
Особенности темперамента							
Низкий уровень контроля, требующий усилий	++	+	+	+	+	+	
Высокая негативная аффективность	++	++	+	+	+	+	
Высокая позитивная аффективность	+						
Низкая позитивная		+		+			
Когнитивные и социально-эмоциональные трудности							
Исполнительное функционирование	++	++	++	+		++	+
Сенсорная обработка информации	++	++					
Координация движений	+	+				++	
Проблемы с речью	+	+			++		
Теория мышления	+	++					
Нарушение эмоциональной регуляции	++	+					
Нейробиология							
Объем мозга	++	+	+				
Активность мозга (МРТ)	++	++	+				
Структурная связь	+	+					
Функциональная связь	+	+				+	+
Потенциалы, связанные с событиями	++	++	+		+	+	
Спектральная мощность ЭЭГ	+	+	+		+	+	
Другие биомаркеры							
Снижение уровня витамина D в сыворотке крови	+	+	+	+			
Снижение содержания цинка в крови	+	+	+	+			
Повышенная экспрессия BDNF	+	+					
Организация обслуживания и лечения							
Широкий спектр обслуживания в сфере нейроразвития	+	+	+	+	+	+	
Эффективность стимулирующих препаратов	++						

++ означает многократно повторенное открытие, + означает некоторое подтверждение эффекта. СДВГ – синдром дефицита внимания/гиперактивности/особенности, РАС – расстройство аутистического спектра/особенности, Об – расстройства обучения/проблемы, ИН – интеллектуальные нарушения, Ком – коммуникативные расстройства/проблемы, Д – двигательные расстройства/особенности, ФМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография, ЭЭГ – электроэнцефалография, BDNF – мозг-производный нейротрофический фактор.

статус-кво, трансдиагностические дименсиональные подходы все чаще применяются в исследованиях, а также в клинических службах для лечения нарушений нейropsychического развития^{7,26,320}, что подтверждается растущим количеством доказательств, указывающих на их пользу.

Надежность и оценка

Чтобы точнее определить потенциальную полезность размерных альтернатив, полезно рассмотреть доказатель-

ства ограниченной надежности категориально определяемых нарушений нейроразвития. Большинство оценок достоверности этих состояний были сосредоточены на РАС и СДВГ, в то время как данные по другим нарушениям нейроразвития отсутствуют (за некоторыми исключениями³²¹).

Надежность межэкспертных оценок (т.е. степень согласованности двух экспертов; степень, в которой два эксперта) обычно оказывается низкой или едва достаточной как для РАС³²²⁻³²⁵, так и для СДВГ³²⁶⁻³²⁸, и даже ниже для определенных подтипов СДВГ³²⁹. Промежуточные оценки на-

дежности диагнозов РАС и СДВГ также обычно ниже, чем для других психиатрических диагнозов^{323,324,330,331}. Одним из важных соображений является то, что в отличие от большинства других диагнозов, диагнозы расстройств нейроразвития часто ставятся с использованием отчетов родителей и других лиц (например, учителей), а не исключительно на основе самоотчетов, особенно в более молодом возрасте. Поскольку при постановке диагноза необходимо устранять расхождения между разными источниками информации, несмотря на то что они часто отражают уникальную информацию, а не ошибки, это может привести к низкой надежности оценок³³².

Межэкспертная надежность неизменно выше в отношении особенностей нейроразвития и специфических проявлений симптомов. Так, межэкспертная надежность для диагностических характеристик РАС (например, взаимное социальное взаимодействие, коммуникация, повторяющееся и ограниченное поведение) оказалась выше, чем для диагноза^{323,324,331}. Параметры симптомов СДВГ (измерения невнимательности и гиперактивности, импульсивности) также показывают более высокую межэкспертную надежность, чем диагнозы³²⁹.

Более того, оценки надежности повторного тестирования (мера временной стабильности) также, как правило, выше для dimensionalных концепций нарушений нейроразвития по сравнению с категориальными. В то время как результаты категориальных диагнозов РАС^{324,333} и СДВГ³³⁴⁻³³⁶ существенно различались, dimensionalные исследования, изучающие невнимательность, гиперактивность и замедленный когнитивный темп при СДВГ^{333,337,338}, а также социальные, коммуникативные, сенсорные и моторные особенности при РАС³³⁹⁻³⁴¹, неизменно демонстрировали высокую стабильность. В целом имеется множество доказательств того, что спектры/дименсии показателей нейроразвития и других психических нарушений демонстрируют более высокую временную стабильность по сравнению с диагностическими категориями^{43,62,337,342-344}.

Относительно низкая надежность, обнаруженная для категорий нейроразвития по сравнению с дименсиями, может быть частично обусловлена высокой совместной встречаемостью между диагнозами нарушений нейроразвития и их трансдиагностическими признаками (например, сходством симптомов). Эти вопросы представляют значительные трудности для дифференциальной диагностики среди расстройств нейроразвития³⁴⁵. Например, межэкспертная надежность для диагноза аутистического расстройства DSM-IV – одного из пяти диагнозов pervasive расстройства развития (PPR) DSM-IV – в целом была достаточной для диагностики аутизма по сравнению с состояниями, не относящимися к PPR^{326,345}, но ниже для дифференциальной диагностики аутизма по сравнению с другими PPR^{326,345}.

Более того, трудно разделить истинные dimensionalные и трансдиагностические параметры на отдельные диагностические категории. Например, врачи обычно сообщают о неопределенности при определении того, соответствуют ли люди со значительными социальными трудностями критериям РАС по сравнению с другими нарушениями нейроразвития³⁴⁶, а особенность повышенной невнимательности, которая является ключевой для СДВГ, также часто наблюдается у детей с другими нарушениями нейроразвития и психическими расстройствами^{97,347}.

Примечательно, что стандартные диагностические инструменты для детей и подростков – например, диагностическое интервью для детей и подростков (DISC)³⁴⁸ – оценивают СДВГ, но редко включают другие нарушения нейроразвития, а большинство диагностических интервью для взрослых – например, структурированное клиническое интервью DSM-5 (SCID-5)³⁴⁹ – не включают никаких нарушений нейроразвития. Как таковые эти состояния редко оцениваются наряду с другими психическими расстройствами (поскольку это потребовало бы дополнительной диагностической оценки и увеличило бы нагрузку на исследователей/врачей и пациентов). Это означает, что дифференциальная диагностика нарушений нейроразвития с другими психическими расстройствами редко проводится в исследовательских или клинических условиях,

что затрудняет оценку или дифференциацию трансдиагностических признаков (например, проблем с вниманием из-за СДВГ или депрессии) и способствует их искусственному разделению в исследовательской и клинической практиках³².

Проблемы, связанные с надежной оценкой категориальных диагнозов нарушений нейроразвития, имеют важные последствия. Например, в DSM-5 были внесены некоторые изменения в новый диагноз РАС, который теперь охватывает все пять диагнозов PPR в соответствии с DSM-IV. Этот сдвиг привел к тому, что у лиц, получивших диагноз РАС по DSM-5, наблюдаются более тяжелые проявления по сравнению с лицами, получившими диагноз по DSM-IV, однако количество диагнозов по DSM-5 стало меньше среди лиц, которые ранее соответствовали критериям для диагностики PPR по DSM-IV^{350,351}. В то же время многие люди, не подходящих под критерии диагностики по DSM-5, тем не менее, все еще проявляют признаки РАС^{350,351} и других психических расстройств³⁰. Переход к трансдиагностическим dimensionalным оценкам, которые не основаны на строгих диагностических ограничениях, позволил бы избежать этих проблем, поскольку dimensionalные подходы позволяют оценивать ключевые особенности нейроразвития и другие психические нарушения, а также тяжесть симптомов и функциональные нарушения, что, вероятно, приведет к лучшему определению целей лечения.

В соответствии с признанием полезности dimensionalного подхода, существует долгая история dimensionalных инструментов оценки СДВГ³⁵²⁻³⁵⁶, таких как Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior Scale (SWAN)³⁵³, шкала диагностики СДВГ у взрослых (ASRS)³⁵⁵ и шкалы, включенные в систему ASEBA²¹. Кроме того, недавно был сделан шаг в направлении dimensionalных инструментов для диагностики РАС^{41,357}, таких как Social Responsiveness Scale (SRS)³⁵⁸, Autism Symptom Dimensions Questionnaire (ASDQ)³⁵⁹ и Repetitive Behavior Scale-Revised (RBS-R)³⁶⁰.

Эти dimensionalные инструменты обладают множеством преимуществ, поскольку их легко применять в клинических условиях (особенно когда проведение полной диагностической оценки нецелесообразно или нежелательно) и показывают улучшенную межэкспертную надежность и прогнозирование функционирования и нарушений по сравнению с категориальными диагнозами РАС и СДВГ^{358,362}. Однако большинство этих инструментов оценки по-прежнему сосредоточены на особенностях отдельных состояний, а не обеспечивают трансдиагностическую оценку всех состояний нейропсихического развития, а также других психических расстройств.

Dimensionalные инструменты для диагностики нарушений нейроразвития, отличных от РАС и СДВГ, также по-прежнему мало распространены, лишь за некоторыми исключениями^{363,364}. Кроме того, инвариантность инструментов редко рассматривается или оценивается в явном виде, однако при рассмотрении оценок важно учитывать объективную информацию, возраст, пол/гендер и другие социально-демографические и клинические характеристики. Стоит отметить, что первоначальная работа с некоторыми стандартными dimensionalными инструментами диагностики РАС указывает на отсутствие неизменности для пола при рождении, что скрывает специфические для пола закономерности симптомов РАС среди мальчиков и девочек³⁶⁵.

В целом из многолетних исследований ясно, что – как и для dimensionalных концепций интернализирующих, экстрализирующих и психотических состояний^{8,366} – dimensionalные инструменты оценки состояний нейроразвития демонстрируют более высокую надежность, чем категориальные^{7,41}. Разработка новых трансдиагностических dimensionalных инструментов оценки, которые охватывают все особенности нейроразвития и психических нарушений и не зависят от строгих диагностических ограничений, вероятно, еще больше повысит надежность. В свою очередь, повышение надежности может привести к более активным исследовательским усилиям, большей полезности в клинических условиях и улучшению качества медицинской помощи.

Объяснительная и прогностическая полезность

Важнейшим аспектом полезности модели или структуры является ее способность объяснять и прогнозировать клинические явления, факторы риска и исходы. Гетерогенность, присущая диагностическим категориям нейроразвития, долгое время считалась существенным препятствием для объяснительной и прогностической полезности³⁶⁷⁻³⁷¹. Трансдиагностическая природа факторов риска, когнитивных и социально-эмоциональных характеристик, а также хода развития нарушений нейроразвития (как рассмотрено выше) еще раз указывает на ограниченную объяснительную и прогностическую ценность категориальных диагнозов.

И наоборот, растущее количество фактических данных указывает на то, что трансдиагностический спектр нарушений нейropsychического развития или более узкие измерения, включенные в этот спектр (например, невнимательность), могут улучшить объяснительную и прогностическую эффективность по сравнению с категориальным подходом, в соответствии с метааналитическими данными, показывающими большую обоснованность измерительных концепций по сравнению с категориальными для широкого спектра психических расстройств³⁶⁶.

В канадском исследовании 2006 года, где рассматривались участие и ограничения деятельности (возраст 5–14 лет; N = 120,700), фактор, охватывающий нейроразвитие и связанные с ним функциональные характеристики, полностью опосредовал связь между диагнозом РАС и результатами здоровья и благополучия ребенка и семьи (например, участие в школьных мероприятиях, психологическое благополучие семьи)³⁷². Прямое влияние фактора нейроразвития на эти результаты было примерно в два раза больше, чем влияние диагноза РАС, и эти последние эффекты исчезали, когда в модель был добавлен фактор нейроразвития³⁷², что указывает на превосходную объяснительную полезность измерительного подхода.

Лонгитюдные данные, полученные в трех выборках (всего N = 1253), также показали, что модель, включающая фактор нейроразвития, в первую очередь учитывающий особенности СДВГ, измеренные в раннем детстве, предсказывала психические нарушения и психосоциальное функционирование в подростковом возрасте с вероятностью примерно в два раза больше, чем соответствие критериям для постановки диагноза по DSM³⁷³.

Эти результаты согласуются с многочисленными доказательствами того, что измерения невнимательности и гиперактивности-импульсивности демонстрируют большую прогностическую полезность и временную стабильность, чем диагнозы СДВГ с преобладанием невнимательности, гиперактивности-импульсивности и комбинированного типа по DSM^{329,374-377}, что говорит о полезности измерительного подхода и ограниченной достоверности категориальных диагностических спецификаторов.

Несколько исследований также указывают на то, что факторы нейроразвития демонстрируют более тесную связь с рядом важных факторов риска и исходов, включая исполнительное функционирование, функционирование мозга, задержки развития, проблемы обучения, психосоциальное функционирование, прием лекарств и использование услуг, чем общие факторы, включающие другие психические нарушения и клинические особенности^{25,42,190,233,262,373,379}. Крупное шведское популяционное исследование (N = 1,093,788) показало, что фактор нейроразвития был связан с замедленным ростом плода в большей степени, чем факторы интернализации, экстернализации, психоза и общей психопатологии⁴⁵. Эти связи оставались значимыми даже при анализе родственных связей, учитывая неизмеримые семейные различия.

Также было обнаружено, что трансдиагностический спектр нарушений нейropsychического развития демонстрирует улучшенную полезность по сравнению с конкретными характеристиками нарушений нейроразвития. Например, крупное лонгитюдное исследование детей в Великобритании (N = 10,054) показало, что широкий фактор нейроразвития у детей предсказывал проблемы настроения у взрослых более стабильно и в большей степени, чем более узкие

измерения, охватывающие двигательные и когнитивные трудности⁴⁹.

В целом эти результаты указывают на то, что трансдиагностическая характеристика нарушений нейроразвития может лучше объяснить и улучшить прогнозирование важных исходов, не ограничиваясь категориальными подходами, и обеспечивает дополнительную достоверность даже по сравнению с измерительными показателями других психических состояний и клинических особенностей²⁰².

Клиническая польза

Клиническая полезность включает в себя степень, в которой переход к трансдиагностическому измерительному подходу к нарушениям нейроразвития будет отражать приемлемость и предпочтения клинициста, способствовать практической реализации в клинических условиях, облегчать концептуализацию состояния пациента, общение между практикующими врачами, пациентами и членами семьи, принятие клинических решений и выбор/планирование лечения и улучшать результаты для отдельных лиц, семей и клиницистов³⁷⁹.

Несколько групп доказательств указывают на то, что трансдиагностические измерительные подходы в целом¹⁷⁻¹⁹ и к нарушениям нейроразвития в частности^{7,202,320,380} обеспечивают более практичные клинические цели для диагностики и лечения по сравнению с диагностическими категориями.

Исследование оценок, проведенных практикующими врачами, показало, что клиницисты отдают предпочтение трансдиагностическому измерительному подходу к диагностике как у детей, так и у взрослых пациентов, в том числе с СДВГ³²⁶, и отмечают его большую приемлемость, осуществимость и клиническую полезность. Это согласуется с данными, показывающими, что врачи больше фокусируются на тяжести симптомов, чем на диагностических категориях при принятии клинических решений³⁸¹. Примечательно, что пациенты детского и взрослого возраста (и родители детей-пациентов) также сообщили, что трансдиагностический подход, вероятно, был более полезен для врача в понимании их проблем и потребностей³²⁶.

Еще одним доказательством, напрямую указывающим на клиническую полезность измерительного подхода к нарушениям нейроразвития, является широкое внедрение измерительных оценок в клинических условиях³⁸², особенно при СДВГ^{353-355,383,384}, а также в последнее время при РАС^{41,357-360,385} и нарушениях интеллектуального развития^{363,386}. Поскольку отдельный диагноз не дает врачам точной картины состояния отдельного пациента, измерительные оценки обычно используются в клинической практике для получения более полного представления о сильных и слабых сторонах пациента и его потребностях, выходящих за рамки его категориального диагноза^{7,382,387-390}.

Это иллюстрируется недавним полевым исследованием полезности недавно разработанных поведенческих индикаторов для оценки тяжести нарушений интеллектуального развития, включенных в клинические описания и диагностические требования к нарушениям нейropsychического развития по МКБ-11³⁶³. Полученные результаты показали положительные оценки практикующих специалистов относительно простоты применения, а также клинической полезности для выбора лечения, прогнозирования и общения с другими специалистами в области здравоохранения и образования³⁶³.

Что касается стратегий поддержки и лечения, существуют доказательства того, что фокусировка на социальных трудностях, общих для многих нарушений нейроразвития, путем разработки интервенций, ориентированных на социальные навыки, а не на диагнозы, может быть более полезной и экономически эффективной^{202,391}. Измерительные оценки также могут быть полезны для отслеживания эффективности лечения и клинических улучшений с течением времени^{387,389,392}. Расширение трансдиагностического подхода как на нарушения нейроразвития, так и на психические расстройства, вероятно, будет способствовать разработке профилактических стратегий для предупрежде-

ния поздних проблем психического здоровья у лиц с нарушениями нейроразвития. Это соответствует недавним инициативам по созданию поэтапной персонализированной модели медицинского обслуживания для пациентов с РАС, учитывающей потребности, сильные стороны и проблемы аутичных лиц и их семей³⁹⁰.

Наконец, клиническая полезность и приемлемость предлагаемого трансдиагностического дименсионального подхода отражены в клинических приоритетах заинтересованных сторон. Правозащитные организации и лица с нарушениями нейроразвития подчеркнули неудовлетворенные потребности в поддержке, возникающие из-за использования традиционных категориальных подходов в клинических условиях^{33,34,393}. Для решения этих проблем они активно призывали перейти к клиническим услугам, которые учитывают дименсиональные оценки нарушений нейроразвития и сопутствующих состояний^{313,382}.

Новые оценки клинических служб, применяющих такой подход в Великобритании, показали улучшение возможностей поддержки и удовлетворенности пациентов, семей и врачей, а также сокращение листов ожидания, повторных направлений на другие обследования (например, в связи с трудностями в обучении у ребенка, первоначально обследованного в клинике СДВГ) и экономических затрат³⁸³. Эти обнадеживающие данные указывают на клиническую полезность трансдиагностического дименсионального подхода к нарушениям нейроразвития и поддерживают распространение этого подхода³⁹⁴.

ЗНАЧЕНИЕ

Интеграция предложенного спектра нарушений нейropsychического развития в трансдиагностический подход к психическим расстройствам может иметь несколько важных последствий.

Значение для исследований

С исследовательской точки зрения, наше предложение о включении спектра нарушений нейropsychического развития в трансдиагностические модели психических расстройств может обеспечить формальную основу для описания общей непрерывности развития и сопутствующей распространенности нарушений нейроразвития как между ними, так и с другими психическими расстройствами. Прогресс в этой области был медленным, поскольку исследования, основанные на категориальных подходах, обычно рассматривали нарушения нейроразвития отдельно друг от друга и от других психических расстройств. Это противоречит тому, как эти состояния проявляются клинически, и побудило исследователей, правозащитные организации и людей с таким опытом призвать к проведению дополнительной работы по трансдиагностике нарушений нейроразвития и сопутствующих психических нарушений^{7,25,32-35,395}. Понятие спектра нарушений нейropsychического развития и его детальное рассмотрение наряду с другими трансдиагностическими спектрами/дименсиями могут непосредственно ответить на эти вопросы, способствуя более целостной характеристике их частого сосуществования в процессе развития.

Более того, включение предложенного спектра нарушений нейropsychического развития в трансдиагностические модели может иметь важные последствия для выяснения этиологических и эволюционных причин нарушений нейроразвития и других психических расстройств. Категориальные подходы поддерживают этиологические и эволюционные исследования, сосредоточенные на отдельных состояниях, часто без учета того, страдали ли участники исследования также другими заболеваниями (или имели ли они их в анамнезе). В результате оказалось невозможным выяснить, в какой степени факторы риска и механизмы, выявленные для любого отдельного состояния, являются специфичными для этого состояния, общими для нескольких состояний или объясняются недиагностированными сопутствующими нарушениями⁹. Включение спектра нарушений нейropsychического развития в трансдиагностиче-

ские модели может позволить исследователям точно определить этиологические и эволюционные процессы, характерные для этого спектра (или составляющих его субдименсий) и общие для других трансдиагностических спектров/дименсий. Кроме того, поскольку более ранние проявления особенностей нейроразвития часто предшествуют более серьезным проявлениям и значительным нарушениям¹⁴⁵, предлагаемый трансдиагностический подход может дать новое представление о процессах развития в более общем плане, что является ключом к ранней диагностике и профилактике.

Кроме того, поощряя широкий подход к оценке степени функционирования и трудностей, с которыми сталкивается каждый человек, дименсиональный подход, присущий предлагаемой трансдиагностической концепции, также может способствовать более глубокому пониманию того, что состояния нейроразвития находятся в континууме с типичным функционированием и подпороговыми проявлениями^{7,26}, так же как и их общие психиатрические сопутствующие заболевания^{12,17-19}. Дименсиональный подход, характеризующий распределение множества особенностей нейроразвития на уровне всей популяции, также побудит исследователей отойти от известных ограничений в исследованиях случай-контроль^{7,11,17}. Это особенно ценно при состояниях с более низкими показателями диагностической распространенности (например, РАС), при которых привлечение подходящих лиц к участию в исследованиях является сложной задачей.

В целом, включение предлагаемого спектра нарушений нейropsychического развития в трансдиагностические рамки может содействовать разработке методов для описания сопутствующих особенностей, гетерогенности, механизмов и процессов развития, а также значительному уточнению теоретических и этиологических моделей нарушений нейроразвития и других психических расстройств. Это может оказать важное влияние на стратификацию, обнаружение биомаркеров и будущую клиническую практику.

Клиническое значение

С клинической точки зрения наше предложение имеет значение для ранней диагностики, профилактики, планирования лечения и трансдиагностических вмешательств. Во-первых, поскольку нарушения нейроразвития имеют много пересекающихся ранних признаков, сосредоточение на трансдиагностических доменах, а не на единичных показателях отдельных диагностических категорий может улучшить раннюю диагностику и оптимизировать раннее вмешательство³⁹¹. Это имеет прямые клинические последствия, например, при решении проблем «диагностического затмения»^{33,396}, когда получение диагноза РАС приводит к задержке диагностики других нарушений нейроразвития (например, СДВГ) или психических расстройств (например, депрессии).

Во-вторых, более широкая оценка различных особенностей нейроразвития, наряду с проявлениями других психических расстройств, может дать более полную оценку конкретных сильных сторон, трудностей и потребностей человека, чем это возможно при постановке категориальных диагнозов. Это также может позволить оценить степень функционирования в нескольких областях. Это может как выявить сильные стороны, на которые можно обратить особое внимание, так и позволить выявить трудности на более ранней стадии, прежде чем они станут достаточно серьезными, чтобы соответствовать уровню диагноза. В результате трансдиагностический подход может напрямую учитывать приоритеты людей с нарушениями развития нервной системы и их семей, являясь более клинически приемлемым и в меньшей степени вызывающим стигматизацию, чем категориальные диагностические подходы^{10,32,33}.

В-третьих, нарушения нейроразвития повышают риск развития других психических расстройств в подростковом и взрослом возрасте^{31,49,151,153,395}, но этот риск неспецифичен для всего спектра нарушений нейropsychического развития^{49,397}. Трансдиагностический подход к оценке спектра нарушений нейropsychического развития, вместо сконцентри-

рованности на отдельных диагнозах, обеспечивает большую объяснительную силу для прогнозирования важных результатов. Характеристика областей риска между широким спектром нарушений нейropsychического развития и последующими психическими расстройствами может улучшить профилактику и своевременную диагностику³⁹⁵.

Наконец, предлагаемый трансдиагностический дименсиональный подход может расширить доступ к необходимым услугам. Клиницисты, пациенты и их семьи, а также правозащитники говорят о необходимости подходов, которые признают сложность сферы психического здоровья^{33,391,398,399}, включая предоставление услуг на основе тяжести, функционирования и прогноза, вместо ограничения доступа только теми, кто получил конкретный диагноз^{33,400,401}. В соответствии с текущим категориальным подходом человеку, демонстрирующему ухудшающиеся признаки нескольких нарушений нейроразвития, но не достигающему диагностических пороговых значений для какого-либо конкретного диагноза, может быть отказано в помощи. Вместо этого принятие более универсального подхода к предоставлению услуг, ориентированных на широкие проявления нарушений нейроразвития, может обеспечить быстрое распознавание и поддержку на основе индивидуальных потребностей, помогая устранять барьеры для терапии, включая неравенство, связанное с иммиграцией, расой и этнической принадлежностью⁴⁰²⁻⁴⁰⁴. Кроме того, такой подход может быть дестигматизирующим, поскольку он будет способствовать отходу от диагностических ярлыков в сторону сосредоточения на индивидуальных проблемах, а также сохраненных сторонах^{10,405}.

НАПРАВЛЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Важным шагом в будущем является картирование более детальной структуры спектра нарушений нейropsychического развития путем исследования его конкретных субдименсий (например, невнимательность, повторяющееся поведение, трудности с чтением). Эта работа может основываться на предыдущих исследованиях структуры отдельных нарушений нейроразвития. Например, наиболее воспроизводимая структура СДВГ включает отдельные факторы невнимательности, гиперактивности и импульсивности^{199,406}, тогда как в литературе по РАС было выявлено от трех (коммуникация, социальное взаимодействие и ограничительное/повторяющееся поведение)^{407,408} до пяти (несколько различающихся в разных исследованиях)^{199,409-412} факторов.

Исследования, охватывающие субдименсии нейроразвития и другие трансдиагностические спектры/дименсии, способны пролить свет на то, могут ли определенные проявления нарушений нейроразвития частично перекрываться с другими более устоявшимися спектрами/дименсиями. Например, некоторые исследования, соответствующие модели HiTOP, предполагают, что проявления импульсивности СДВГ и отчужденности при РАС могут также частично объясняться спектрами расторможенной экстернализации²⁵ и отрешенности⁵³, соответственно.

Кроме того, характеристики, в настоящее время включенные в другие спектры/дименсии, могут быть лучше охвачены новым спектром нарушений нейropsychического развития. Например, повторяющиеся мысли и поведение, характеризующие ОКР (обычно включаемые в факторы интернализации), могут демонстрировать более сильную кластеризацию с характеристиками нейроразвития²⁵, в соответствии с доказательствами того, что они распространены также при РАС и синдроме Туретта и не всегда связаны с навязчивыми идеями¹⁹⁹.

Также существует острая необходимость в проспективных лонгитюдных исследованиях с произвольно отобранными эпидемиологическими выборками, сначала обследованных в раннем возрасте, а затем повторно в детстве, подростковом возрасте и взрослой жизни. Хотя такие исследования требуют больших ресурсов и времени, это единственный способ зафиксировать формирование, хронологическую последовательность и динамическое течение нарушений нейроразвития и других психических рас-

стройств. Для всесторонних этиологических моделей психических расстройств особенно важно глубокое понимание стабильности предлагаемого спектра нарушений нейropsychического развития, а также непрерывности или разобщенности между ними и другими психическими расстройствами, относящимися к другим широким спектрам или дименсиям. Исследования, отслеживающие особенности нарушений нейроразвития и других психических расстройств в критические периоды развития и на протяжении всей жизни, также необходимы для изучения эквивалентности и мультифинальности³¹⁹.

Включение проявлений нарушений нейроразвития наряду с другими психическими нарушениями в трансдиагностические исследования также необходимо для дальнейшей оценки доказательств валидности спектра нарушений нейropsychического развития^{5,17-19}. Существующие исследования, рассмотренные в этой статье, выявляют общие черты между нарушениями нейроразвития для валидации психиатрической нозологии. Однако, поскольку эти исследования редко включают проявления как нарушений нейроразвития, так и других психических расстройств, остается неясным, являются ли эти валидаторы специфичными для спектра нарушений нейropsychического развития. Будущие исследования должны установить связи с валидаторами, специфичными для спектра нарушений нейropsychического развития или трансдиагностически связанными с несколькими спектрами (особенно в отношении факторов риска окружающей среды и профилей темперамента/личности), а также связи, относящиеся к определенным периодам развития.

Следует отметить, что это также является проблемой для валидности других хорошо известных спектров интернализации, экстернализации и психоза¹⁷⁻¹⁹, поскольку эти исследования также редко включали нарушения нейроразвития. Это означает, что недиагностированное сочетание с ранними признаками нарушений нейроразвития может влиять на результаты исследований. Таким образом, включение спектра нарушений нейropsychического развития в трансдиагностические психиатрические рамки необходимо для оценки доказательств валидности трансдиагностических спектров в широком смысле.

Исследования такого рода потребуют разработки новых и расширенных инструментов, которые всесторонне охватывают диапазон характеристик и поведения, зафиксированных в трансдиагностических рамках психических расстройств, включая нейроразвитие. Хотя строгие пороговые значения противоречат трансдиагностическому дименсиональному подходу, который мы здесь описываем, включение клинически полезных порогов, которые идентифицируют лиц, нуждающихся в дополнительной поддержке, может улучшить реализацию, концептуализацию, коммуникацию, выбор/планирование лечения и результаты для отдельных лиц, семей и врачей³⁴⁴.

Наконец, важным направлением будущих исследований станет привлечение множества заинтересованных сторон, включая людей с личным опытом, семьи, правозащитников, исследователей и врачей, к более широкому обсуждению (например, посредством подходов совместного исследования) приемлемости применения и внедрения предлагаемого трансдиагностического подхода к нарушениям нейроразвития и другим психическим расстройствам в клинических условиях. Трансляция предлагаемого нами трансдиагностического подхода в клиническую практику имеет потенциал для преобразования того, как выявляются и поддерживаются сопутствующие проблемы психического здоровья. Тем не менее интеграция спектра нарушений нейropsychического развития в трансдиагностические психиатрические рамки (например, HiTOP) может также предполагать, что особенности РАС, СДВГ и других нарушений нейроразвития следует рассматривать исключительно как формы психопатологии. Этот вопрос является довольно сложным, поскольку многие люди с нарушениями нейроразвития рассматривают эти состояния не как патологические, а скорее как формы нейроразнообразия²⁷⁻²⁹ или аспект своей собственной идентичности (о чем свидетельствует предпочтение языка, ориентированного на идентичность, выраженное определенными группами)²⁷.

В то же время концепция нейроразнообразия способствует проведению научных и клинических исследований по решению проблем, важных для людей с нарушениями нейроразвития, что может улучшить качество их жизни^{27,28,313}. Поскольку ранняя диагностика и доступ к терапии являются главными приоритетами для людей, лично столкнувшихся с этими проблемами, и правозащитных групп во всем мире³²⁻³⁵, преимущества, вытекающие из предлагаемого нами подхода, могут перевесить потенциальные риски, связанные с изучением спектра нарушений нейropsychического развития наряду с другими трансдиагностическими психопатологическими спектрами/дименсиями. Более того, трансдиагностические дименсиональные подходы рассматривают каждого человека как целое, с индивидуальными проблемами и сильными сторонами, и являются менее патологизирующими/стигматизирующими, чем категориальные подходы¹⁰, которые все еще преобладают в клинической практике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Доказательства, рассмотренные в этой статье, являются убедительным аргументом в пользу включения спектра нарушений нейropsychического развития в рамки трансдиагностики психических расстройств. Исследования и клиническая практика слишком долго были сфокусированы на заболеваниях нервной системы отдельно друг от друга, игнорируя их высокую частоту взаимодействия между собой и с другими психическими расстройствами.

Наша концепция способствует переходу к совместному трансдиагностическому и многомерному подходу в рамках научных исследований и клинической практики в отношении проблем нейроразвития и других нарушений, часто встречающихся в процессе развития. Дальнейшие исследования и работа по внедрению необходимы, но предложенный нами подход можно использовать уже сейчас для руководства инновационными исследованиями и разработки трансдиагностических оценок и клинических протоколов.

Такой подход может обеспечить более точную концептуализацию, целостную оценку и индивидуальную поддержку особенностей нейроразвития наряду с другими часто встречающимися нарушениями, тем самым удовлетворяя потребности каждого человека.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают благодарность М. Altschuler и С. G. McDonnell за их вклад на ранних стадиях этого проекта, а также L. Satchell, M. Bellgrove и J. Tiego за их отзывы. Мы также благодарны нейроразнообразным людям и сторонникам нейроразнообразия и организациям, чьи взгляды сформировали эту работу. G. Michelini поддерживается стипендией а Klingenstein Third Generation Foundation (no. 20212999); C.O. Carlisi – стипендиями Prudence Trust mid career и a Wellcome Trust postdoctoral (no. 206459/Z/17/Z); R.F. Krueger – US National Institutes of Health (grants nos. R01AG053217, R01AG077742, U19AG51426); J.J. Li – E. Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (no. P50HD105353).

Перевод: Арбенина Анастасия Алексеевна, г. Москва
Редактура: Камаева Дарья Андреевна, г. Томск

Литература

- Arora NK, Nair MKC, Gulati S et al. Neurodevelopmental disorders in children aged 2-9 years: population-based burden estimates across five regions in India. *PLoS Med* 2018;15:e1002615.
- Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009-2017. *Pediatrics* 2019; 144:e20190811.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- World Health Organization. International classification of diseases, 11th revision. Geneva: World Health Organization, 2022.
- Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ et al. Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009; 39: 2013-23.
- Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a metastructure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39:1993-2000.
- Astle DE, Holmes J, Kievit R et al. Annual Research Review: The transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2022; 63:397-417.
- 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.
- 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.
- Lahey BB, Tienmeier H, Krueger RF. Seven reasons why binary diagnostic categories should be replaced with empirically sounder and less stigmatizing dimensions. *JCPP Adv* 2022;2:e12108.
- Uher R, Rutter M. Basing psychiatric classification on scientific foundation: problems and prospects. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:591-605.
- Lahey BB, Moore TM, Kaczurkin AN et al. Hierarchical models of psychopathology: empirical support, implications, and remaining issues. *World Psychiatry* 2021;20:57-63.
- Doyle CM, Lasch C, Vollman EP et al. Phenoscreeing: a developmental approach to Research Domain Criteria-motivated sampling. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62:884-94.
- Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ et al. A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span. *Psychol Bull* 2017;143:142-86.
- Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
- Sanislow CA, Morris SE, Cuthbert BN et al. Development and environment in the National Institute of Mental Health (NIMH) Research Domain Criteria. *J Psychopathol Clin Sci* 2022;131:653-9.
- Kotov R, Jonas KG, Carpenter WT et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): I. Psychosis superspectrum. *World Psychiatry* 2020;19:151-72.
- Krueger RF, Hobbs KA, Conway CC et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry* 2021;20:171-93.
- Watson D, Levin-Aspensson HF, Waszczuk MA et al. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP):III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry* 2022;21:26-54.
- Caspi A, Houts RM, Belsky DW et al. The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clin Psychol Sci* 2014;2:119-37.
- Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½-90+ years: developmental, multiinformant, and multicultural findings. *Compr Psychiatry* 2017;79:4-18.
- Casey BJ, Oliveri ME, Insel T. A neurodevelopmental perspective on the Research Domain Criteria (RDoC) framework. *Biol Psychiatry* 2014;76:350-3.
- MacNeill LA, Allen NB, Poleon RB et al. Translating RDoC to real-world impact in developmental psychopathology: a neurodevelopmental framework for application of mental health risk calculators. *Dev Psychopathol* 2021;33:1665-84.
- Dadds MR, Frick PJ. Toward a transdiagnostic model of common and unique processes leading to the major disorders of childhood: the REAL model of attention, responsiveness and learning. *Behav Res Ther* 2019;119:103410.
- Michelini G, Barch DM, Tian Y et al. Delineating and validating higher-order dimensions of psychopathology in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *Transl Psychiatry* 2019;9:261.
- Knott R, Johnson BP, Tiego J et al. The Monash Autism-ADHD genetics and neurodevelopment (MAGNET) project design and methodologies: a dimensional approach to understanding neurobiological and genetic aetiology. *Mol Autism* 2021;12:55.
- Baron-Cohen S. Editorial Perspective: Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:744-7.
- Fletcher-Watson S. Transdiagnostic research and the neurodiversity paradigm: commentary on the transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders by Astle et al. *J Child Psychol Psychiatry* 2022;63:418-20.

29. Sonuga-Barke E, Thapar A. The neurodiversity concept: is it helpful for clinicians and scientists? *Lancet Psychiatry* 2021;8:559-61.
30. Romero M, Aguilar JM, Del-Rey-Mejías Á et al. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: a comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. *Int J Clin Health Psychol* 2016;16:266-75.
31. Franke B, Michelini G, Asherson P et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018;28:1059-88.
32. Emerging Minds. Embracing complexity in neurodevelopment research. <https://emergingminds.org.uk>.
33. Embracing Complexity. Towards new approaches for supporting people with neurodevelopmental conditions. <https://embracingcomplexity.org.uk>.
34. Bisset M, Brown LE, Bhide S et al. Practitioner Review: It's time to bridge the gap – understanding the unmet needs of consumers with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic review and recommendations. *J Child Psychol Psychiatry* 2023;64:848-58.
35. Pukki H, Bettin J, Outlaw AG et al. Autistic perspectives on the future of clinical autism research. *Autism Adulthood* 2022;4:93-101.
36. Tunç B, Pandey J, St John T et al. Diagnostic shifts in autism spectrum disorder can be linked to the fuzzy nature of the diagnostic boundary: a data-driven approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62:1236-45.
37. Chien YL, Lin HY, Tung YH et al. Neurodevelopmental model of schizophrenia revisited: similarity in individual deviation and idiosyncrasy from the normative mode of whole-brain white matter tracts and shared brain-cognition covariation with ADHD and ASD. *Mol Psychiatry* 2022;27:3262-71.
38. Owen MJ, O'Donovan MC. Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum: evidence from genomics. *World Psychiatry* 2017;16:227-35.
39. Trickett J, Heald M, Oliver C et al. A cross-syndrome cohort comparison of sleep disturbance in children with Smith-Magenis syndrome, Angelman syndrome, autism spectrum disorder and tuberous sclerosis complex. *J Neurodev Disord* 2018;10:9.
40. Dewey D. What is comorbidity and why does it matter in neurodevelopmental disorders? *Curr Develop Disord Rep* 2018;5:235-42.
41. Rosen NE, Lord C, Volkmar FR. The diagnosis of autism: from Kanner to DSMIII to DSM-5 and beyond. *J Autism Dev Disord* 2021;51:4253-70.
42. Holmes J, Mareva S, Bennett MP et al. Higher-order dimensions of psychopathology in a neurodevelopmental transdiagnostic sample. *J Abnorm Psychol* 2021;130:909-22.
43. Riglin L, Thapar AK, Leppert B et al. Using genetics to examine a general liability to childhood psychopathology. *Behav Genet* 2020;50:213-20.
44. Du Rietz E, Pettersson E, Brikell I et al. Overlap between attention-deficit hyperactivity disorder and neurodevelopmental, externalising and internalising disorders: separating unique from general psychopathology effects. *Br J Psychiatry* 2021;218:35-42.
45. Pettersson E, Larsson H, D'Onofrio B et al. Association of fetal growth with general and specific mental health conditions. *JAMA Psychiatry* 2019;76:536-43.
46. Pettersson E, Larsson H, D'Onofrio BM et al. Associations between general and specific psychopathology factors and 10-year clinically relevant outcomes in adult Swedish twins and siblings. *JAMA Psychiatry* 2023;80:728-37.
47. Forbes MK, Baillie AJ, Batterham P et al. Reconstructing psychopathology: a data-driven reorganization of the symptoms in DSM-5. <https://osf.io/preprints/psyarxiv/7um9a>.
48. Martin J, Hamshere ML, Stergiakouli E et al. Neurocognitive abilities in the general population and composite genetic risk scores for attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:648-56.
49. Addicoat A, Thapar AK, Riglin L et al. Adult mood problems in children with neurodevelopmental problems: evidence from a prospective birth cohort followed to age 50. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020;55:351-8.
50. Noordhof A, Krueger RF, Ormel J et al. Integrating autism-related symptoms into the dimensional internalizing and externalizing model of psychopathology. The TRAILS Study. *J Abnorm Child Psychol* 2015;43:577-87.
51. Bloemen AJP, Oldehinkel AJ, Laceulle OM et al. The association between executive functioning and psychopathology: general or specific? *Psychol Med* 2018;48:1787-94.
52. Hartman CA, Luteijn E, Serra M et al. Refinement of the Children's Social Behavior Questionnaire (CSBQ): an instrument that describes the diverse problems seen in milder forms of PDD. *J Autism Dev Disord* 2006;36:325-42.
53. Stanton K, DeLucia EA, Brown MFD et al. Advancing understanding of the classification of broad autism phenotype and attention-deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions within the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. *Personal Ment Health* 2021;15:113-23.
54. Stanton K, Khoo S, McDonnell CG et al. An initial investigation of the joint classification of hypomania- and neurodevelopmental disorder-relevant dimensions within the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology. *Assessment* 2023; 30:414-32.
55. Slobodskaya HR. The hierarchical structure of personality and common psychopathology in childhood. *J Res Pers* 2014;53:36-46.
56. Carragher N, Krueger RF, Eaton NR et al. ADHD and the externalizing spectrum: direct comparison of categorical, continuous, and hybrid models of liability in a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1307-17.
57. Carragher N, Teesson M, Sunderland M et al. The structure of adolescent psychopathology: a symptom-level analysis. *Psychol Med* 2016;46:981-94.
58. Hewitt JK, Rutter M, Simonoff E et al. Genetics and developmental psychopathology: 1. Phenotypic assessment in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:943-63.
59. Laceulle OM, Vollebergh WAM, Ormel J. The structure of psychopathology in adolescence: replication of a general psychopathology factor in the TRAILS Study. *Clin Psychol Sci* 2015;3:850-60.
60. Lahey BB, Zald DH, Perkins SF et al. Measuring the hierarchical general factor model of psychopathology in young adults. *Int J Methods Psychiatr Res* 2018; 27:e1593.
61. Martel MM, Pan PM, Hoffmann MS et al. A general psychopathology factor (p factor) in children: structural model analysis and external validation through familial risk and child global executive function. *J Abnorm Psychol* 2017;126: 137-48.
62. Snyder HR, Young JF, Hankin BL. Strong homotypic continuity in common psychopathology-, internalizing-, and externalizing-specific factors over time in adolescents. *Clin Psychol Sci* 2017;5:98-110.
63. Schweizer TH, Snyder HR, Young JF et al. The breadth and potency of transdiagnostic cognitive risks for psychopathology in youth. *J Consult Clin Psychol* 2020;88:196-211.
64. Afzali MH, Sunderland M, Carragher N et al. The structure of psychopathology in early adolescence: study of a Canadian sample. *Can J Psychiatry* 2018;63:223-30.
65. Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: a factoranalytic study. *Psychol Monogr* 1966;80:1-37.
66. Ivanova MY, Achenbach TM, Dumenci L et al. Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007;36:405-17.
67. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA et al. Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: testing the seven-syndrome model of the Child Behavior Checklist for ages 1.5-5. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:1215-24.
68. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA et al. Syndromes of self-reported psychopathology for ages 18-59 in 29 societies. *J Psychopathol Behav Assess* 2015;37:171-83.
69. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA et al. Testing syndromes of psychopathology in parent and youth ratings across societies. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2019;48:596-609.
70. McElroy E, Belsky J, Carragher N et al. Developmental stability of general and specific factors of psychopathology from early childhood to adolescence: dynamic mutualism or p-differentiation? *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:667-75.
71. Haltigan JD, Aitken M, Skilling T et al. "P" and "DP": examining symptom-level bifactor models of psychopathology and dysregulation in clinically referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:384-96.
72. Hartman CA, Hox J, Mellenbergh GJ et al. DSM-IV internal construct validity: when a taxonomy meets data. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:817-36.

73. Murray AL, Eisner M, Ribeaud D. The development of the general factor of psychopathology 'p factor' through childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2016;44:1573-86.
74. Niarchou M, Moore TM, Tang SX et al. The dimensional structure of psychopathology in 22q11.2 deletion syndrome. *J Psychiatr Res* 2017;92:124-31.
75. Pettersson E, Lahey BB, Larsson H et al. Criterion validity and utility of the general factor of psychopathology in childhood: predictive associations with independently measured severe adverse mental health outcomes in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:372-83.
76. Moore TM, Kaczkurkin AN, Durham EL et al. Criterion validity and relationships between alternative hierarchical dimensional models of general and specific psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2020;129:677-88.
77. Miller M, Iosif AM, Young GS et al. The dysregulation profile in preschoolers with and without a family history of autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60:516-23.
78. Clark DA, Hicks BM, Angstadt M et al. The general factor of psychopathology in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study: a comparison of alternative modeling approaches. *Clin Psychol Sci* 2021;9:169-82.
79. Lahey BB, Applegate B, Waldman ID et al. The structure of child and adolescent psychopathology: generating new hypotheses. *J Abnorm Psychol* 2004;113:358-85.
80. Farmer RF, Seeley JR, Kosty DB et al. Hierarchical organization of axis I psychiatric disorder comorbidity through age 30. *Compr Psychiatry* 2013;54:523-32.
81. Ameringer KJ, Chou CP, Sussman S et al. Identifying shared latent dimensions of psychological symptoms: implications for the psychological correlates of smoking. *J Psychopathol Behav Assess* 2015;37:454-68.
82. Blanco C, Wall MM, He JP et al. The space of common psychiatric disorders in adolescents: comorbidity structure and individual latent liabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:45-52.
83. Caspi A, Houts RM, Ambler A et al. Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw Open* 2020;3:e203221.
84. Cosgrove VE, Rhee SH, Gelhorn HL et al. Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2011;39:109-23.
85. Doyle MM, Murphy J, Shevlin M. Competing factor models of child and adolescent psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 2016;44:1559-71.
86. Forbush KT, Watson D. The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychol Med* 2013;43:97-108.
87. Lahey BB, Rathouz PJ, Keenan K et al. Criterion validity of the general factor of psychopathology in a prospective study of girls. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:415-22.
88. Tackett JL, Lahey BB, van Hulle C et al. Common genetic influences on negative emotionality and a general psychopathology factor in childhood and adolescence. *J Abnorm Psychol* 2013;122:1142-53.
89. Witkiewitz K, King K, McMahon RJ et al. Evidence for a multi-dimensional latent structural model of externalizing disorders. *J Abnorm Child Psychol* 2013; 41:223-37.
90. Asherson P, Akehurst R, Kooij JJS et al. Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *J Atten Disord* 2012;16(Suppl. 5):20S-38S.
91. Antshel KM, Zhang-James Y, Wagner KE et al. An update on the comorbidity of ADHD and ASD: a focus on clinical management. *Expert Rev Neurother* 2016;16:279-93.
92. Gidziela A, Ahmadzadeh YI, Michelini G et al. Genetic influences on neurodevelopmental disorders and their overlap with co-occurring conditions in childhood and adolescence: a meta-analysis. *MedRxiv* 2022;2022.02.17.22271089.
93. Imamura A, Morimoto Y, Ono S et al. Genetic and environmental factors of schizophrenia and autism spectrum disorder: insights from twin studies. *J Neural Transm* 2020;127:1501-15.
94. Taylor MJ, Robinson EB, Happé F et al. A longitudinal twin study of the association between childhood autistic traits and psychotic experiences in adolescence. *Mol Autism* 2015;6:44.
95. Tistarelli N, Fagnani C, Troianiello M et al. The nature and nurture of ADHD and its comorbidities: a narrative review on twin studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;109:63-77.
96. Michelini G, Eley TC, Gregory AM et al. Aetiological overlap between anxiety and attention deficit hyperactivity symptom dimensions in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:423-31.
97. Arnett AB, Cairney BE, Wallace AS et al. Comorbid symptoms of inattention, autism, and executive cognition in youth with putative genetic risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:268-76.
98. Faraone SV, Ghirardi L, Kuja-Halkola R et al. The familial co-aggregation of attention-deficit/hyperactivity disorder and intellectual disability: a register-based family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:167-74.
99. Ghirardi L, Brikell I, Kuja-Halkola R et al. The familial co-aggregation of ASD ADHD: a register-based cohort study. *Mol Psychiatry* 2018;23:257-62.
100. Ghirardi L, Pettersson E, Taylor MJ et al. Genetic and environmental contribution to the overlap between ADHD and ASD trait dimensions in young adults: a twin study. *Psychol Med* 2019;49:1713-21.
101. Ghirardi L, Kuja-Halkola R, Butwicki A et al. Familial and genetic associations between autism spectrum disorder and other neurodevelopmental and psychiatric disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62:1274-84.
102. Moruzzi S, Pesenti-Gritti P, Bresciani S et al. Clumsiness and psychopathology: causation or shared etiology? A twin study with the CBCL 6-18 questionnaire in a general school-age population sample. *Hum Mov Sci* 2010;29:326-38.
103. Ronald A, Larsson H, Anckarsäter H et al. Symptoms of autism and ADHD: a Swedish twin study examining their overlap. *J Abnorm Psychol* 2014;123:440-51.
104. Stergiakouli E, Davey Smith G, Martin J et al. Shared genetic influences between dimensional ASD and ADHD symptoms during child and adolescent development. *Mol Autism* 2017;8:18.
105. Pettersson E, Anckarsäter H, Gillberg C et al. Different neurodevelopmental symptoms have a common genetic etiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54:1356-65.
106. Posthuma D, Polderman TJC. What have we learned from recent twin studies about the etiology of neurodevelopmental disorders? *Curr Opin Neurol* 2013; 26:111-21.
107. Demontis D, Walters GB, Athanasiadis G et al. Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. *Nat Genet* 2023;55:198-208.
108. Grove J, Ripke S, Als TD et al. Identification of common genetic risk variants for autism spectrum disorder. *Nat Genet* 2019;51:431-44.
109. Peyre H, Schoeler T, Liu C et al. Combining multivariate genomic approaches to elucidate the comorbidity between autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2021;62:1285-96.
110. Wu Y, Cao H, Baranova A et al. Multi-trait analysis for genome-wide association study of five psychiatric disorders. *Transl Psychiatry* 2020;10:209.
111. Yang Z, Wu H, Lee PH et al. Investigating shared genetic basis across Tourette syndrome and comorbid neurodevelopmental disorders along the impulsivity compulsivity spectrum. *Biol Psychiatry* 2021;90:317-27.
112. Grotzinger AD, Rhemtulla M, de Vlaming R et al. Genomic structural equation modelling provides insights into the multivariate genetic architecture of complex traits. *Nat Hum Behav* 2019;3:513-25.
113. Grotzinger AD, Mallard TT, Akingbuwa WA et al. Genetic architecture of 11 major psychiatric disorders at biobehavioral, functional genomic and molecular genetic levels of analysis. *Nat Genet* 2022;54:548-59.
114. Li JJ, He Q, Wang Z et al. Enhancing the discriminatory power of ADHD and autism spectrum disorder polygenic scores in clinical and non-clinical samples. *medRxiv* 2022;2022.02.09.22270697.
115. Waldman ID, Poore HE, Luningham JM et al. Testing structural models of psychopathology at the genomic level. *World Psychiatry* 2020;19:350-9.
116. Schreiweis C, Bornschein U, Burguière E et al. Humanized Foxp2 accelerates learning by enhancing transitions from declarative to procedural performance. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014;111:14253-8.
117. Sia GM, Clem RL, Hagan RL. The human language-associated gene SRPX2 regulates synapse formation and vocalization in mice. *Science* 2013;342:987-91.
118. Tsui D, Vessey JP, Tomita H. FoxP2 regulates neurogenesis during embryonic cortical development. *J Neurosci* 2013;33:244-58.

119. Breiderhoff T, Christiansen GB, Pallesen LT et al. Sortilin-related receptor SORCS3 is a postsynaptic modulator of synaptic depression and fear extinction. *PLoS One* 2013;8:e75006.
120. Demontis D, Walters RK, Martin J et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet* 2019;51:63-75.
121. Qu X, Wei H, Zhai Y et al. Identification, characterization, and functional study of the two novel human members of the semaphorin gene family. *J Biol Chem* 2002;277:35574-85.
122. Le Meur N, Holder-Espinasse M, Jaillard S et al. MEF2C haploinsufficiency caused by either microdeletion of the 5q14.3 region or mutation is responsible for severe mental retardation with stereotypic movements, epilepsy and/or cerebral malformations. *J Med Genet* 2010;47:22-9.
123. Novara F, Beri S, Giorda R et al. Refining the phenotype associated with MEF2C haploinsufficiency. *Clin Genet* 2010;78:471-7.
124. Sobreira N, Walsh MF, Batista D et al. Interstitial deletion 5q14.3-q21 associated with iris coloboma, hearing loss, dental anomaly, moderate intellectual disability, and attention deficit and hyperactivity disorder. *Am J Med Genet* 2009;149A:2581-3.
125. Zoghbi HY, Bear MF. Synaptic dysfunction in neurodevelopmental disorders associated with autism and intellectual disabilities. *Cold Spring Harb Perspect Biol* 2012;4:a009886.
126. Martin J, Hamshere ML, Stergiakouli E et al. Genetic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder contributes to neurodevelopmental traits in the general population. *Biol Psychiatry* 2014;76:664-71.
127. Stergiakouli E, Martin J, Hamshere ML et al. Association between polygenic risk scores for attention-deficit hyperactivity disorder and educational and cognitive outcomes in the general population. *Int J Epidemiol* 2017;46:421-8.
128. Askeland RB, Hannigan LJ, Ask H et al. Early manifestations of genetic risk for neurodevelopmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2022;63:810-9.
129. Waszczuk MA, Miao J, Docherty AR et al. General v. specific vulnerabilities: polygenic risk scores and higher-order psychopathology dimensions in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. *Psychol Med* 2023; 53:1937-46.
130. Carlsson T, Molander F, Taylor MJ et al. Early environmental risk factors for neurodevelopmental disorders – a systematic review of twin and sibling studies. *Dev Psychopathol* 2021;33:1448-95.
131. Kim JH, Kim JY, Lee J et al. Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:955-70.
132. Lund JI, Boles K, Radford A et al. A systematic review of childhood adversity and executive functions outcomes among adults. *Arch Clin Neuropsychol* 2022;37:1118-32.
133. Pechtel P, Pizzagalli DA. Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology* 2011; 214:55-70.
134. van Hoom JF, Schoemaker MM, Stuive I et al. Risk factors in early life for developmental coordination disorder: a scoping review. *Dev Med Child Neurol* 2021;63:511-9.
135. Crump C, Sundquist J, Sundquist K. Preterm or early term birth and risk of autism. *Pediatrics* 2021;148:e2020032300.
136. James SN, Rommel AS, Cheung C et al. Association of preterm birth with ADHD-like cognitive impairments and additional subtle impairments in attention and arousal malleability. *Psychol Med* 2018;48:1484-93.
137. Albores-Garcia D, McGlothlan JL, Guilarte TR. Early-life lead exposure and neurodevelopmental disorders. *Curr Opin Toxicol* 2021;26:22-7.
138. Delgado CF, Ullery MA, Jordan M et al. Lead exposure and developmental disabilities in preschool-aged children. *J Public Health Manag Pract* 2018;24:e10-7.
139. He J, Ning H, Huang R. Low blood lead levels and attention-deficit hyperactivity disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Environ Sci Pollut Res Int* 2019;26:17875-84.
140. Imbriani G, Panico A, Grassi T et al. Early-life exposure to environmental air pollution and autism spectrum disorder: a review of available evidence. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:1204.
141. Saghazadeh A, Rezaei N. Systematic review and meta-analysis links autism and toxic metals and highlights the impact of country development status: higher blood and erythrocyte levels for mercury and lead, and higher hair antimony, cadmium, lead, and mercury. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017;79:340-68.
142. Alameda L, Christy A, Rodriguez V et al. Association between specific childhood adversities and symptom dimensions in people with psychosis: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2021;47:975-85.
143. James SN, Rommel AS, Rijdsdijk F et al. Is association of preterm birth with cognitive-neurophysiological impairments and ADHD symptoms consistent with a causal inference or due to familial confounds? *Psychol Med* 2020;50:1278-84.
144. Nelson HD, Nygren P, Walker M et al. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2006;117:e298-319.
145. Johnson MH, Gliga T, Jones E et al. Annual Research Review: Infant development, autism, and ADHD – early pathways to emerging disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:228-47.
146. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry* 2017;4:339-46.
147. Ozonoff S, Gangi D, Hanzel EP et al. Onset patterns in autism: variation across informants, methods, and timing. *Autism Res* 2018;11:788-97.
148. Lee EJ, Zwicker JG. Early identification of children with/at risk of developmental coordination disorder: a scoping review. *Dev Med Child Neurol* 2021;63:649-58.
149. Sansavini A, Favilla ME, Guasti MT et al. Developmental language disorder: early predictors, age for the diagnosis, and diagnostic tools. a scoping review. *Brain Sci* 2021;11:654.
150. Cervin M. Developmental signs of ADHD and autism: a prospective investigation in 3623 children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023;32:1969-78.
151. Lohvansuu K, Torppa M, Ahonen T et al. Unveiling the mysteries of dyslexia – lessons learned from the prospective Jyväskylä longitudinal study of dyslexia. *Brain Sci* 2021;11:427.
152. 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.
153. Hassan N, Cavanna AE. The prognosis of Tourette syndrome: implications for clinical practice. *Funct Neurol* 2012;27:23-7.
154. Mason D, Capp SJ, Stewart GR et al. A meta-analysis of outcome studies of autistic adults: quantifying effect size, quality, and meta-regression. *J Autism Dev Disord* 2021;51:3165-79.
155. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A et al. Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry* 2016;73:713-20.
156. Asherson P, Buitelaar J, Faraone SV et al. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *Lancet Psychiatry* 2016;3:568-78.
157. Caye A, Rocha TB, Anselmi L et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories from childhood to young adulthood: evidence from a birth cohort supporting a late-onset syndrome. *JAMA Psychiatry* 2016;73:705-12.
158. Goulardins JB, Rigoli D, Licari M et al. Attention deficit hyperactivity disorder and developmental coordination disorder: two separate disorders or do they share a common etiology. *Behav Brain Res* 2015;292:484-92.
159. May T, Brignell A, Williams K. Parent-reported autism diagnostic stability and trajectories in the longitudinal study of Australian children. *Autism Res* 2021;14:773-86.
160. Breda V, Rohde LA, Menezes AMB et al. The neurodevelopmental nature of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Br J Psychiatry* 2021;218:43-50.
161. Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry* 2016;3:1157-65.
162. Dubois P, St-Pierre MC, Desmarais C et al. Young adults with developmental language disorder: a systematic review of education, employment, and independent living outcomes. *J Speech Lang Hear Res* 2020;63:3786-800.
163. Riglin L, Leppert B, Langley K et al. Investigating attention-deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder traits in the general population: what happens in adult life? *Child Psychol Psychiatry* 2021;62:449-57.
164. Pingault JB, Viding E, Galera C et al. Genetic and environmental influences on the developmental course of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms from childhood to adolescence. *JAMA Psychiatry* 2015;72:651-8.

165. Nigg JT, Sibley MH, Thapar A et al. Development of ADHD: etiology, heterogeneity, and early life course. *Annu Rev Dev Psychol* 2020;2:559-83.
166. Riglin L, Wootton RE, Thapar AK et al. Variable emergence of autism spectrum disorder symptoms from childhood to early adulthood. *Am J Psychiatry* 2021; 178:752-60.
167. Bathelt J, Vignoles A, Astle DE. Just a phase? Mapping the transition of behavioural problems from childhood to adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56:821-36.
168. Cheung CH, Rijdsdijk F, McLoughlin G et al. Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. *J Psychiatr Res* 2015;62:92-100.
169. Boström P, Broberg M, Hwang CP. Different, difficult or distinct? Mothers' and fathers' perceptions of temperament in children with and without intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2010;54:806-19.
170. Chetcuti L, Uljarevic M, Varcin KJ et al. Caregiver psychological distress predicts temperament and social-emotional outcomes in infants with autism traits. *Res Child Adolesc Psychopathol* 2021;49:1669-81.
171. Conture EG, Kelly EM, Walden TA. Temperament, speech and language: an overview. *J Commun Disord* 2013;46:125-42.
172. Foley M, McClowry SG, Castellanos FX. The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and child temperament. *J Appl Dev Psychol* 2008; 29:157-69.
173. Gomez R, Corr PJ. ADHD and personality: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2014;34:376-88.
174. Jacobsson P, Hopwood CJ, Söderpalm B et al. Adult ADHD and emerging models of maladaptive personality: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry* 2021; 21:282.
175. Mousavi F, Rozsa S, Nilsson T et al. Personality and intelligence: persistence, not self-directedness, cooperativeness or self-transcendence, is related to twins' cognitive abilities. *PeerJ* 2015;3:e1195.
176. Nakagawa A, Sukigara M, Miyachi T et al. Relations between temperament, sensory processing, and motor coordination in 3-year-old children. *Front Psychol* 2016;7:623.
177. Nigg JT, Goldsmith HH, Sachek J. Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: the development of a multiple pathway model. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004;33:42-53.
178. Sung S, Fenoglio A, Wolff JJ et al. Examining the factor structure and discriminative utility of the Infant Behavior Questionnaire-Revised in infant siblings of autistic children. *Child Dev* 2022;93:1398-413.
179. Visser JC, Rommelse NNJ, Grevén CU et al. Autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in early childhood: a review of unique and shared characteristics and developmental antecedents. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;65:229-63.
180. Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry* 2006;163:1239-44.
181. Strunz S, Westphal L, Ritter K et al. Personality pathology of adults with autism spectrum disorder without accompanying intellectual impairment in comparison to adults with personality disorders. *J Autism Dev Disord* 2015;45:4026-38.
182. Forbes MK, Rapee RM, Camberis AL et al. Unique associations between childhood temperament characteristics and subsequent psychopathology symptom trajectories from childhood to early adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2017;45:1221-33.
183. Garon N, Zwaigenbaum L, Bryson S et al. Temperament and its association with autism symptoms in a high-risk population. *J Abnorm Child Psychol* 2016;44:757-69.
184. Olino TM, Finsaas MC, Dyson MW et al. A multimethod, multiinformant study of early childhood temperament and depression and anxiety symptoms in adolescence. *J Psychopathol Clin Sci* 2022;131:741-53.
185. Mougá S, Café C, Almeida J et al. Intellectual profiles in the autism spectrum and other neurodevelopmental disorders. *J Autism Dev Disord* 2016;46:2940-55.
186. Debes NMMM, Lange T, Jessen TL et al. Performance on Wechsler intelligence scales in children with Tourette syndrome. *Eur J Paediatr Neurol* 2011;15:146-54.
187. Kuntsi J, Eley TC, Taylor A et al. Co-occurrence of ADHD and low IQ has genetic origins. *Am J Med Genet Neuropsychiatr Genet* 2004;124B:41-7.
188. Cheung CH, Frazier-Wood AC, Asherson P et al. Shared cognitive impairments and aetiology in ADHD symptoms and reading difficulties. *PLoS One* 2014;9:e98590.
189. Gonzalez-Gadea ML, Baez S, Torralva T et al. Cognitive variability in adults with ADHD and AS: disentangling the roles of executive functions and social cognition. *Res Dev Disabil* 2013;34:817-30.
190. Romer AL, Pizzagalli DA. Is executive dysfunction a risk marker or consequence of psychopathology? A test of executive function as a prospective predictor and outcome of general psychopathology in the Adolescent Brain Cognitive Development study. *Dev Cogn Neurosci* 2021;51:100994.
191. Karalunas SL, Hawkey E, Gustafsson H et al. Overlapping and distinct cognitive impairments in attention-deficit/hyperactivity and autism spectrum disorder without intellectual disability. *J Abnorm Child Psychol* 2018;46:1705-16.
192. van der Meer MJM, Oerlemans AM, van Steijn DJ et al. Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51:1160-72.
193. Cavanna AE, Ganos C, Hartmann A et al. The cognitive neuropsychiatry of Tourette syndrome. *Cogn Neuropsychiatry* 2020;25:254-68.
194. Lachambre C, Proteau-Lemieux M, Lepage JF et al. Attentional and executive functions in children and adolescents with developmental coordination disorder and the influence of comorbid disorders: a systematic review of the literature. *PLoS One* 2021;16:e0252043.
195. Ullman MT, Earle FS, Walenski M et al. The neurocognition of developmental disorders of language. *Annu Rev Psychol* 2020;71:389-417.
196. Baron-Cohen S, Ashwin E, Ashwin C et al. Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2009;364:1377-83.
197. Ward J. Individual differences in sensory sensitivity: a synthesizing framework and evidence from normal variation and developmental conditions. *Cogn Neurosci* 2019;10:139-57.
198. Shephard E, Zuccolo PF, Idrees I et al. Systematic review and meta-analysis: the science of early-life precursors and interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022;61:187-226.
199. Huisman-van Dijk HM, van de Schoot R, Rijkeboer MM. The relationship between tics, OC, ADHD and autism symptoms: a cross-disorder symptom analysis in Gilles de la Tourette syndrome patients and family-members. *Psychiatry Res* 2016;237:138-46.
200. Korrel H, Mueller KL, Silk T et al. Research Review: Language problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder – a systematic meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58:640-54.
201. Mikami AY, Miller M, Lerner MD. Social functioning in youth with attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: transdiagnostic commonalities and differences. *Clin Psychol Rev* 2019;68:54-70.
202. Parhiala P, Torppa M, Eklund K et al. Psychosocial functioning of children with and without dyslexia: a follow-up study from ages four to nine. *Dyslexia* 2015; 21:197-211.
203. Leekam S. Social cognitive impairment and autism: what are we trying to explain? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2016;371:20150082.
204. Thye MD, Bednarz HM, Herringshaw AJ et al. The impact of atypical sensory processing on social impairments in autism spectrum disorder. *Dev Cogn Neurosci* 2018;29:151-67.
205. Cervantes PE, Matson JL, Adams HL et al. Comparing social skill profiles of children with autism spectrum disorders versus children with attention deficit hyperactivity disorder: where the deficits lie. *Res Autism Spectr Disord* 2013;7:1104-10.
206. Ros R, Graziano PA. A transdiagnostic examination of self-regulation: comparisons across preschoolers with ASD, ADHD, and typically developing children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2020;49:493-508.
207. Berkovits L, Eisenhower A, Blacher J. Emotion regulation in young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2017;47:68-79.
208. Banaschewski T, Jennen-Steinmetz C, Brandeis D et al. Neuropsychological correlates of emotional lability in children with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53:1139-48.
209. Waldman ID. Aggressive boys' hostile perceptual and response biases: the role of attention and impulsivity. *Child Dev* 1996;67:1015-33.
210. Harden KP, Engelhardt LE, Mann FD et al. Genetic associations between executive functions and a general factor of psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59:749-58.

211. Ogilvie JM, Stewart AL, Chan RC et al. Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: a meta-analysis. *Criminology* 2011;49:1063-107.
212. Schoemaker K, Mulder H, Dekovic M et al. Executive functions in preschool children with externalizing behavior problems: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41:457-71.
213. Aoki Y, Yoncheva YN, Chen B et al. Association of white matter structure with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry* 2017;74:1120-8.
214. Lake EMR, Finn ES, Noble SM et al. The functional brain organization of an individual allows prediction of measures of social abilities transdiagnostically in autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2019;86:315-26.
215. Hettwer MD, Larivière S, Park BY et al. Coordinated cortical thickness alterations across six neurodevelopmental and psychiatric disorders. *Nat Commun* 2022;13:6851.
216. McCutcheon RA, Pillinger T, Guo X et al. Shared and separate patterns in brain morphometry across transdiagnostic dimensions. *Nat Mental Health* 2023;1:55-65.
217. Cortese S, Solmi M, Michelini G et al. Candidate diagnostic biomarkers for neurodevelopmental disorders in children and adolescents: a systematic review. *World Psychiatry* 2023;22:129-49.
218. Carlisi CO, Norman LJ, Lukito SS et al. Comparative multimodal meta-analysis of structural and functional brain abnormalities in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2017;82:83-102.
219. Ecker C, Suckling J, Deoni SC et al. Brain anatomy and its relationship to behavior in adults with autism spectrum disorder: a multicenter magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:195-209.
220. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:310-9.
221. Lukito S, Norman L, Carlisi C et al. Comparative meta-analyses of brain structural and functional abnormalities during cognitive control in attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Psychol Med* 2020;50:894-919.
222. Norman LJ, Carlisi C, Lukito S et al. Structural and functional brain abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder: a comparative meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73:815-25.
223. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 104:19649-54.
224. Dougherty CC, Evans DW, Myers SM et al. A comparison of structural brain imaging findings in autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychol Rev* 2016;26:25-43.
225. Cauda F, Geda E, Sacco K et al. Grey matter abnormality in autism spectrum disorder: an activation likelihood estimation meta-analysis study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011;82:1304-13.
226. DeRamus TP, Kana RK. Anatomical likelihood estimation meta-analysis of grey and white matter anomalies in autism spectrum disorders. *Neuroimage Clin* 2015;7:525-36.
227. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:114-26.
228. Hoogman M, Muetzel R, Guimaraes JP et al. Brain imaging of the cortex in ADHD: a coordinated analysis of large-scale clinical and population-based samples. *Am J Psychiatry* 2019;176:531-42.
229. Nakao T, Radua J, Rubia K et al. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am J Psychiatry* 2011;168:1154-63.
230. Nickl-Jockschat T, Habel U, Michel TM et al. Brain structure anomalies in autism spectrum disorder – a meta-analysis of VBM studies using anatomic likelihood estimation. *Hum Brain Mapp* 2012;33:1470-89.
231. van Rooij D, Anagnostou E, Arango C et al. Cortical and subcortical brain morphometry differences between patients with autism spectrum disorder and healthy individuals across the lifespan: results from the ENIGMA ASD Working Group. *Am J Psychiatry* 2018;175:359-69.
232. Via E, Radua J, Cardoner N et al. Meta-analysis of gray matter abnormalities in autism spectrum disorder: should Asperger disorder be subsumed under a broader umbrella of autistic spectrum disorder? *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:409-18.
233. Kushki A, Anagnostou E, Hammill C et al. Examining overlap and homogeneity in ASD, ADHD, and OCD: a data-driven, diagnosis-agnostic approach. *Transl Psychiatry* 2019;9:318.
234. Boedhoe PSW, van Rooij D, Hoogman M et al. Subcortical brain volume, regional cortical thickness, and cortical surface area across disorders: findings from the ENIGMA ADHD, ASD, and OCD Working Groups. *Am J Psychiatry* 2020;177:834-43.
235. Opel N, Goltermann J, Hermesdorf M et al. Cross-disorder analysis of brain structural abnormalities in six major psychiatric disorders: a secondary analysis of mega- and meta-analytical findings from the ENIGMA Consortium. *Biol Psychiatry* 2020;88:678-86.
236. Radonjic NV, Hess JL, Rovira P et al. Structural brain imaging studies offer clues about the effects of the shared genetic etiology among neuropsychiatric disorders. *Mol Psychiatry* 2021;26:2101-10.
237. Badcock NA, Bishop DVM, Hardiman MJ et al. Co-localisation of abnormal brain structure and function in specific language impairment. *Brain Lang* 2012;120:310-20.
238. Lee JC, Nopoulos PC, Bruce Tomblin J. Abnormal subcortical components of the corticostriatal system in young adults with DLI: a combined structural MRI and DTI study. *Neuropsychologia* 2013;51:2154-61.
239. Liu Y, Miao W, Wang J et al. Structural abnormalities in early Tourette syndrome children: a combined voxel-based morphometry and tract-based spatial statistics study. *PLoS One* 2013;8:e76105.
240. Soriano-Mas C, Pujol J, Ortiz H et al. Age-related brain structural alterations in children with specific language impairment. *Hum Brain Mapp* 2009;30:1626-36.
241. Verhoeven JS, Rommel N, Prodi E et al. Is there a common neuroanatomical substrate of language deficit between autism spectrum disorder and specific language impairment? *Cereb Cortex* 2012;22:2263-71.
242. Wen F, Yan J, Yu L et al. Grey matter abnormalities in Tourette syndrome: an activation likelihood estimation meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2021;21:184.
243. Hart H, Radua J, Nakao T et al. Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA Psychiatry* 2013;70:185-98.
244. McCarthy H, Skokauskas N, Frodl T. Identifying a consistent pattern of neural function in attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Psychol Med* 2014;44:869-80.
245. Chantiluke K, Barrett N, Giampietro V et al. Inverse effect of fluoxetine on medial prefrontal cortex activation during reward reversal in ADHD and autism. *Cereb Cortex* 2014;25:1757-70.
246. Chantiluke K, Barrett N, Giampietro V et al. Disorder-dissociated effects of fluoxetine on brain function of working memory in attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Psychol Med* 2014;45:1195-205.
247. Christakou A, Murphy CM, Chantiluke K et al. Disorder-specific functional abnormalities during sustained attention in youth with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and with autism. *Mol Psychiatry* 2013;18:236-44.
248. Di Martino A, Zuo XN, Kelly C et al. Shared and distinct intrinsic functional network centrality in autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2013;74:623-32.
249. Maisog JM, Einbinder ER, Flowers DL et al. A meta-analysis of functional neuroimaging studies of dyslexia. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1145:237-59.
250. Prasad S, Sagar R, Kumaran SS et al. Study of functional magnetic resonance imaging (fMRI) in children and adolescents with specific learning disorder (dyslexia). *Asian J Psychiatry* 2020;50:101945.
251. Richlan F, Sturm D, Schurz M et al. A common left occipito-temporal dysfunction in developmental dyslexia and acquired letter-by-letter reading? *PLoS One* 2010;5:e12073.
252. Kaufmann L, Wood G, Rubinsten O et al. Meta-analyses of developmental fMRI studies investigating typical and atypical trajectories of number processing and calculation. *Dev Neuropsychol* 2011;36:763-87.
253. Bohlhalter S, Goldfine A, Matteson S et al. Neural correlates of tic generation in Tourette syndrome: an event-related functional MRI study. *Brain* 2006;129(Pt. 8):2029-37.
254. Tung YH, Lin HY, Chen CL et al. Whole brain white matter tract deviation and idiosyncrasy from normative development in autism and ADHD and unaffected siblings link with dimensions of psychopathology and cognition. *Am J Psychiatry* 2021;178:730-43.

255. Zhang M, Huang Y, Jiao J et al. Transdiagnostic symptom subtypes across autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder: validated by measures of neurocognition and structural connectivity. *BMC Psychiatry* 2022;22:102.
256. Bathelt J, Caan M, Geurts H. More similarities than differences between ADHD and ASD in functional brain connectivity. <https://osf.io/preprints/psyarxiv/4tfmn>.
257. Kernbach JM, Satterthwaite TD, Bassett DS et al. Shared endo-phenotypes of default mode dysfunction in attention deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. *Transl Psychiatry* 2018;8:133.
258. Konrad K, Eickhoff SB. Is the ADHD brain wired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Brain Mapp* 2010;31:904-16.
259. Müller RA, Shih P, Keehn B et al. Underconnected, but how? A survey of functional connectivity MRI studies in autism spectrum disorders. *Cereb Cortex* 2011;21:2233-43.
260. Wang K, Xu M, Ji Y et al. Altered social cognition and connectivity of default mode networks in the co-occurrence of autistic spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2019;53:760-71.
261. Yerys BE, Tunç B, Satterthwaite TD et al. Functional connectivity of frontoparietal and salience/ventral attention networks have independent associations with co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with autism. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2019;4:343-51.
262. Karcher NR, Michelini G, Kotov R et al. Associations between resting-state functional connectivity and a hierarchical dimensional structure of psychopathology in middle childhood. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2021;6:508-17.
263. McLeod KR, Langevin LM, Goodyear BG et al. Functional connectivity of neural motor networks is disrupted in children with developmental coordination disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroimage Clin* 2014;4:566-75.
264. Querne L, Berquin P, Vernier-Hauvette MP et al. Dysfunction of the attentional brain network in children with developmental coordination disorder: a fMRI study. *Brain Res* 2008;1244:89-102.
265. Cheng CH, Chan PYS, Hsieh YW et al. A meta-analysis of mismatch negativity in children with attention deficit-hyperactivity disorders. *Neurosci Lett* 2016; 612:132-7.
266. Williams ZJ, Abdelmessih PG, Key AP et al. Cortical auditory processing of simple stimuli is altered in autism: a meta-analysis of auditory evoked responses. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2021;6:767-81.
267. Menashe S. Audiovisual processing and selective attention in adult dyslexic readers: an event-related potential study. *Dyslexia* 2021;27:245-64.
268. Schaadt G, van der Meer E, Pannekamp A et al. Children with dyslexia show a reduced processing benefit from bimodal speech information compared to their typically developing peers. *Neuropsychologia* 2019;126:147-58.
269. Holeckova I, Cepicka L, Mautner P et al. Auditory ERPs in children with developmental coordination disorder. *Act Nerv Super* 2014;56:37-44.
270. Carruthers S, Michelini G, Kitsune V et al. Early neurophysiological stimulus processing during a performance-monitoring task differentiates women with bipolar disorder from women with ADHD. *Psychiatry Res* 2021;303:114088.
271. Kang E, Keifer CM, Levy EJ et al. Atypicality of the N170 event-related potential in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2018;3:657-66.
272. Tye C, Battaglia M, Bertoletti E et al. Altered neurophysiological responses to emotional faces discriminate children with ASD, ADHD and ASD+ADHD. *Biol Psychol* 2014;103:125-34.
273. Bellato A, Norman L, Idrees I et al. A systematic review and meta-analysis of altered electrophysiological markers of performance monitoring in obsessive-compulsive disorder (OCD), Gilles de la Tourette syndrome (GTS), attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and autism. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;131:964-87.
274. Michelini G, Kitsune GL, Cheung CH et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder remission is linked to better neurophysiological error detection and attention-vigilance processes. *Biol Psychiatry* 2016;80:923-32.
275. Cunha P, Monteiro de Castro Silva I, Neiva ER et al. Auditory processing disorder evaluations and cognitive profiles of children with specific learning disorder. *Clin Neurophysiol Pract* 2019;4:119-27.
276. Frizzo ACF. Auditory evoked potential: a proposal for further evaluation in children with learning disabilities. *Front Psychol* 2015;6:788.
277. Tsai CL, Pan CY, Chang YK et al. Deficits of visuospatial attention with reflexive orienting induced by eye-gazed cues in children with developmental coordination disorder in the lower extremities: an event-related potential study. *Res Dev Disabil* 2010;31:642-55.
278. Cui T, Wang PP, Liu S et al. P300 amplitude and latency in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26:177-90.
279. Kamita MK, Silva LAF, Matas CG. Cortical auditory evoked potentials in autism spectrum disorder: a systematic review. *Codas* 2021;33:e20190207.
280. Kaiser A, Aggensteiner PM, Baumeister S et al. Earlier versus later cognitive event-related potentials (ERPs) in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;112:117-34.
281. Szuromi B, Czobor P, Komlósi S et al. P300 deficits in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Psychol Med* 2011;41:1529-38.
282. Brandt VC, Stock AK, Münchau A et al. Evidence for enhanced multi-component behaviour in Tourette syndrome – an EEG study. *Sci Rep* 2017;7:7722.
283. Suzuki K, Kita Y, Shirakawa Y et al. Reduced Nogo-P3 in adults with developmental coordination disorder (DCD). *Int J Psychophysiol* 2020;153:37-44.
284. Tsai CL, Chang YK, Chen FC et al. Effects of cardiorespiratory fitness enhancement on deficits in visuospatial working memory in children with developmental coordination disorder: a cognitive electrophysiological study. *Arch Clin Neuropsychol* 2014;29:173-85.
285. Wang J, Barstein J, Ethridge LE et al. Resting state EEG abnormalities in autism spectrum disorders. *J Neurodevel Disord* 2013;5:24.
286. Clarke AR, Barry RJ, Johnstone S. Resting state EEG power research in attentiondeficit/hyperactivity disorder: a review update. *Clin Neurophysiol* 2020;131:1463-79.
287. Rudo-Hutt AS. Electroencephalography and externalizing behavior: a metaanalysis. *Biol Psychol* 2015;105:1-19.
288. Chiarenza GA. Quantitative EEG in childhood attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities. *Clin EEG Neurosci* 2021;52:144-55.
289. Jäncke L, Saka MY, Badawood O et al. Resting-state electroencephalogram in a learning-disabled children: power and connectivity analyses. *Neuroreport* 2019;30:95-101.
290. Gurau O, Bosl WJ, Newton CR. How useful is electroencephalography in the diagnosis of autism spectrum disorders and the delineation of subtypes: a systematic review. *Front Psychiatry* 2017;8:121.
291. Neuhaus E, Lowry SJ, Santhosh M et al. Resting state EEG in youth with ASD: age, sex, and relation to phenotype. *J Neurodev Disord* 2021;13:33.
292. Babiloni C, Stella G, Buffo P et al. Cortical sources of resting state EEG rhythms are abnormal in dyslexic children. *Clin Neurophysiol* 2012;123:2384-91.
293. Lenartowicz A, Mazaheri A, Jensen O et al. Aberrant modulation of brain oscillatory activity and attentional impairment in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2018;3:19-29.
294. David N, Schneider TR, Peiker I et al. Variability of cortical oscillation patterns: a possible endophenotype in autism spectrum disorders? *Neurosci Biobehav Rev* 2016;71:590-600.
295. Vainieri I, Michelini G, Adamo N et al. Event-related brain-oscillatory and ex Gaussian markers of remission and persistence of ADHD. *Psychol Med* 2022; 52:352-61.
296. Coben R, Mohammad-Rezazadeh I, Frohlich J et al. Imaging brain connectivity in autism spectrum disorder. In: Casanova MF, El-Baz A, Suri JS (eds). *Autism imaging and devices*. Boca Raton: CRC Press, 2017:246-77.
297. Michelini G, Jurgiel J, Bakolis I et al. Atypical functional connectivity in adolescents and adults with persistent and remitted ADHD during a cognitive control task. *Transl Psychiatry* 2019;9:137.
298. Shephard E, Tye C, Ashwood KL et al. Oscillatory neural networks underlying resting-state, attentional control and social cognition task conditions in children with ASD, ADHD and ASD+ADHD. *Cortex* 2019;117:96-110.

299. Safar K, Vandewouw MM, Pang EW et al. Shared and distinct patterns of functional connectivity to emotional faces in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder children. *Front Psychol* 2022;13:826527.
300. Grant WB, Wimalawansa SJ, Holick MF et al. Emphasizing the health benefits of vitamin D for those with neurodevelopmental disorders and intellectual disabilities. *Nutrients* 2015;7:1538-64.
301. Khoshbakht Y, Bidaki R, Salehi-Abargouei A. Vitamin D status and attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Adv Nutr* 2018;9:9-20.
302. Walton C, Isaac A, Kerr M. Prevalence of vitamin D deficiency in people with learning disability: a systematic review. *Br J Learn Disabil* 2019;47:279-88.
303. Wang T, Shan L, Du L et al. Serum concentration of 25-hydroxyvitamin D in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:341-50.
304. Babaknejad N, Sayehmiri F, Sayehmiri K et al. The relationship between zinc levels and autism: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Child Neurol* 2016;10:1-9.
305. Saghaizadeh A, Mahmoudi M, Dehghani Ashkezari A et al. Systematic review and meta-analysis shows a specific micronutrient profile in people with Down syndrome: lower blood calcium, selenium and zinc, higher red blood cell copper and zinc, and higher salivary calcium and sodium. *PLoS One* 2017;12:e0175437.
306. Sun GX, Wang BH, Zhang YF. Relationship between serum zinc levels and attention deficit hyperactivity disorder in children. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi* 2015;17:980-3.
307. Warthon-Medina M, Moran VH, Stammers AL et al. Zinc intake, status and indices of cognitive function in adults and children: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* 2015;69:649-61.
308. Zhang J, Luo W, Li Q et al. Peripheral brain-derived neurotrophic factor in attention-deficit/hyperactivity disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;227:298-304.
309. Zheng Z, Zhang L, Zhu T et al. Peripheral brain-derived neurotrophic factor in autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2016;6:31241.
310. Gyllenberg D, Gissler M, Malm H et al. Specialized service use for psychiatric and neurodevelopmental disorders by age 14 in Finland. *Psychiatr Serv* 2014;65:367-73.
311. Valentine AZ, Brown BJ, Groom MJ et al. A systematic review evaluating the implementation of technologies to assess, monitor and treat neurodevelopmental disorders: a map of the current evidence. *Clin Psychol Rev* 2020;80:101870.
312. Davis E, Barnhill LJ, Saeed SA. Treatment models for treating patients with combined mental illness and developmental disability. *Psychiatr Q* 2008;79:205-23.
313. Embracing Complexity. Briefing on transdiagnostic approaches to mental health and neurodevelopment. <https://embracingcomplexity.org.uk>.
314. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018;5:727-38.
315. Kortekaas-Rijlaarsdam AF, Luman M, Sonuga-Barke E et al. Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and metaanalysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28:155-64.
316. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;128:789-818.
317. Pearson DA, Santos CW, Aman MG et al. Effects of extended-release methylphenidate treatment on cognitive task performance in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2020;30:414-26.
318. Sturman N, Deckx L, van Driel ML. Methylphenidate for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11:CD011144.
319. Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996;8:597-600.
320. Happé F, Frith U. Annual Research Review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. *J Child Psychol Psychiatry* 2020;61:218-32.
321. Larson T, Anckarsäter H, Gillberg C et al. The autism-tics, AD/HD and other Comorbidities inventory (A-TAC): further validation of a telephone interview for epidemiological research. *BMC Psychiatry* 2010;10:1.
322. Falkner T, Anderson K, Falkner M et al. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:329-40.
323. Zander E, Willfors C, Berggren S et al. The interrater reliability of the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) in clinical settings. *Psychopathology* 2017; 50:219-27.
324. Hill A, Bölte S, Petrova G et al. Stability and interpersonal agreement of the interview-based diagnosis of autism. *Psychopathology* 2001;34:187-91.
325. Taylor LJ, Eapen V, Maybery M et al. Brief Report: An exploratory study of the diagnostic reliability for autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2017;47:1551-8.
326. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013;170:59-70.
327. Chamorro Y, Bolaños L, Trejo S et al. Do teachers confirm parent's ratings of ADHD DSM-IV criteria? A study of a Mexican population. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2021;17:1965-75.
328. Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP et al. Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:308-13.
329. Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *J Abnorm Psychol* 2012;121:991-1010.
330. Lobbastael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother* 2011;18:75-9.
331. Rice CE, Carpenter LA, Morrier MJ et al. Defining in detail and evaluating reliability of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder (ASD) among children. *J Autism Dev Disord* 2022;52:5308-20.
332. De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M et al. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull* 2015;141:858-900.
333. Woolfenden S, Sarkozy V, Ridley G et al. A systematic review of the diagnostic stability of autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2012;6:345-54.
334. Duncan L, Comeau J, Wang L et al. Research Review: Test-retest reliability of standardized diagnostic interviews to assess child and adolescent psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 2019;60:16-29.
335. Sprafkin J, Gadow KD, Salisbury H et al. Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002;31:513-24.
336. Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry Clin Neurosci* 2019;73:754-60.
337. Leopold DR, Christopher ME, Burns GL et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57:1066-74.
338. Benedetto L, Cucinotta F, Maggio R et al. One-year follow-up diagnostic stability of autism spectrum disorder diagnosis in a clinical sample of children and toddlers. *Brain Sci* 2021;11:37.
339. Bhat A. Multidimensional motor performance in children with autism mostly remains stable with age and predicts social communication delay, language delay, functional delay, and repetitive behavior severity after accounting for intellectual disability or cognitive delay: a SPARK dataset analysis. *Autism Res* 2023;16:208-29.
340. Robinson EB, Munir K, Munafò MR et al. Stability of autistic traits in the general population: further evidence for a continuum of impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:376-84.
341. Baranek GT, Carlson M, Sideris J et al. Longitudinal assessment of stability of sensory features in children with autism spectrum disorder or other developmental disabilities. *Autism Res* 2019;12:100-11.
342. Overgaard KR, Oerbeck B, Friis S et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder from preschool to school age: change and stability of parent and teacher reports. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023;32:1947-55.
343. Schmedeler S, Schneider W. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the early years: diagnostic issues and educational relevance. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2014;19:460-75.

344. Lilienfeld SO, Landfield K. Issues in diagnosis: categorical vs. dimensional. In: Craighead WE, Miklowitz DJ, Craighead LW (eds). *Psychopathology: history, diagnosis, and empirical foundations*. Chichester: Wiley, 2008:1-31.
345. Klin A, Lang J, Cicchetti DV et al. Brief Report: Interrater reliability of clinical diagnosis and DSM-IV criteria for autistic disorder: results of the DSM-IV autism field trial. *J Autism Dev Disord* 2000;30:163-7.
346. McDonnell CG, Bradley CC, Kanne SM et al. When are we sure? Predictors of clinician certainty in the diagnosis of autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2019;49:1391-401.
347. Keller AS, Leikauf JE, Holt-Gosselin B et al. Paying attention to attention in depression. *Transl Psychiatry* 2019;9:279.
348. Reich W. Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:59-66.
349. First MB, Williams JBW, Karg RS et al. *Structured Clinical Interview for DSM5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2016.
350. Huerta M, Bishop SL, Duncan A et al. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry* 2012;169:1056-64.
351. Kulage KM, Smaldone AM, Cohn EG. How will DSM-5 affect autism diagnosis? A systematic literature review and meta-analysis. *J Autism Dev Disord* 2014;44:1918-32.
352. Shekim WO, Cantwell DP, Kashani J et al. Dimensional and categorical approaches to the diagnosis of attention deficit disorder in children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25:653-8.
353. Swanson JM, Schuck S, Porter MM et al. Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: history of the SNAP and the SWAN rating scales. *Int J Educ Psychol Assess* 2012;10:51-70.
354. Heidebreder R. ADHD symptomatology is best conceptualized as a spectrum: a dimensional versus unitary approach to diagnosis. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 2015;7:249-69.
355. Kessler RC, Adler L, Ames M et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005;35:245-56.
356. Collett BR, Ohan JL, Myers KM. Ten-year review of rating scales. V: Scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1015-37.
357. Foss-Feig JH, McPartland JC, Anticevic A et al. Re-conceptualizing ASD within a dimensional framework: positive, negative, and cognitive feature clusters. *J Autism Dev Disord* 2016;46:342-51.
358. Constantino JN, Gruber CP. *Social Responsiveness Scale: SRS-2*. Torrance: Western Psychological Services, 2012.
359. Frazier TW, Dimitropoulos A, Abbeduto L et al. The Autism Symptom Dimensions Questionnaire: development and psychometric evaluation of a new, open-source measure of autism symptomatology. *Dev Med Child Neurol* 2023; 65:1081-92.
360. Lam KSL, Aman MG. The Repetitive Behavior Scale-Revised: independent validation in individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2007;37:855-66.
361. Constantino JN, Davis SA, Todd RD et al. Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the Social Responsiveness Scale with the Autism Diagnostic Interview-Revised. *J Autism Dev Disord* 2003;33:427-33.
362. Murray MJ, Mayes SD, Smith LA. Brief Report: Excellent agreement between two brief autism scales (Checklist for Autism Spectrum Disorder and Social Responsiveness Scale) completed independently by parents and the Autism Diagnostic Interview-Revised. *J Autism Dev Disord* 2011;41:1586-90.
363. Lemay KR, Kogan CS, Rebello TJ et al. An international field study of the ICD11 behavioural indicators for disorders of intellectual development. *J Intellect Disabil Res* 2022;66:376-91.
364. McGuire JF, Piacentini J, Storch EA et al. Defining tic severity and tic impairment in Tourette Disorder. *J Psychiatr Res* 2021;133:93-100.
365. Burrows CA, Grzadzinski RL, Donovan K et al. A data-driven approach in an unbiased sample reveals equivalent sex ratio of autism spectrum disorder associated impairment in early childhood. *Biol Psychiatry* 2022;92:654-62.
366. Markon KE, Chmielewski M, Miller CJ. The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychol Bull* 2011;137:856-79.
367. Abi-Dargham A, Moeller SJ, Ali F et al. Candidate biomarkers in psychiatric disorders: state of the field. *World Psychiatry* 2023;22:236-62.
368. Loth E, Evans DW. Converting tests of fundamental social, cognitive, and affective processes into clinically useful bio-behavioral markers for neurodevelopmental conditions. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 2019;10:e1499.
369. Michelini G, Norman LJ, Shaw P et al. Treatment biomarkers for ADHD: taking stock and moving forward. *Transl Psychiatry* 2022;12:444.
370. Waterhouse L. Heterogeneity thwarts autism explanatory power: a proposal for endophenotypes. *Front Psychiatry* 2022;13:947653.
371. Jacob S, Wolff JJ, Steinbach MS et al. Neurodevelopmental heterogeneity and computational approaches for understanding autism. *Transl Psychiatry* 2019;9:63.
372. Miller A, Shen J, Masse LC. Child functional characteristics explain child and family outcomes better than diagnosis: population-based study of children with autism or other neurodevelopmental disorders/disabilities. *Health Rep* 2016;27:9-18.
373. Michelini G, Gair K, Tian Y et al. Do general and specific factors of preschool psychopathology predict preadolescent outcomes? A trans-diagnostic hierarchical approach. *Psychol Med* 2023;53:5405-14.
374. Lahey BB, Pelham WE, Loney J et al. Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:896-902.
375. Lahey BB, Willcutt EG. Predictive validity of a continuous alternative to nominal subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder for DSM-V. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010;39:761-75.
376. Martel MM, Roberts B, Gremillion M et al. External validation of bifactor model of ADHD: explaining heterogeneity in psychiatric comorbidity, cognitive control, and personality trait profiles within DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2011;39:1111-23.
377. Shemmashian SK, Lee SS. Comparative validity of DSM-IV and alternative empirically derived approaches for the assessment of ADHD. *J Atten Disord* 2017; 21:405-15.
378. Astle DE, Bathelt J, CALM Team et al. Remapping the cognitive and neural profiles of children who struggle at school. *Dev Sci* 2019;22:e12747.
379. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry* 2018;17:306-15.
380. Gadow KD, Garman HD. Social anhedonia in children and adolescents with autism spectrum disorder and psychiatry referrals. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2020;49:239-50.
381. Waszczuk MA, Zimmerman M, Ruggero C et al. What do clinicians treat: diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. *Compr Psychiatry* 2017;79:80-8.
382. Embracing Complexity. Embracing complexity in diagnosis: multi-diagnostic pathways for neurodevelopmental conditions. <https://embracingcomplexity.org.uk>.
383. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD et al. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol* 1998;26:257-68.
384. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR et al. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry* 2017;17:302.
385. Skuse D, Warrington R, Bishop D et al. The developmental, dimensional and diagnostic interview (3di): a novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:548-58.
386. Tassé MJ, Balboni G, Navas P et al. Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. *J Intellect Disabil Res* 2019;63:386-407.
387. Driscoll H, Kimberg AD, Chung RJ. Caring for adolescents and young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: seizing opportunities to address youth mental health needs. *Curr Opin Pediatr* 2022;34:306-12.
388. Brian JA, Zwaigenbaum L, Ip A. Standards of diagnostic assessment for autism spectrum disorder. *Paediatr Child Health* 2019;24:444-60.
389. Hyman SL, Levy SE, Myers SM et al. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2020;145:e20193447.

390. Lord C, Charman T, Havdahl A et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet* 2022;399:271-334.
391. Talbott MR, Miller MR. Future directions for infant identification and intervention for autism spectrum disorder from a transdiagnostic perspective. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2020;49:688-700.
392. Mattingly GW, Anderson RH. Optimizing outcomes in ADHD treatment: from clinical targets to novel delivery systems. *CNS Spectr* 2016;21(Suppl. 1):45-59.
393. Evans K, Whitehouse AJO, D'Arcy E et al. Perceived support needs of schooled young people on the autism spectrum and their caregivers. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:15605.
394. Boulton KA, Coghill D, Silove N et al. A national harmonised data collection network for neurodevelopmental disorders: a transdiagnostic assessment protocol for neurodevelopment, mental health, functioning and well-being. *JCPP Adv* 2021;1:e12048.
395. Thapar A, Livingston LA, Eyre O et al. Practitioner Review: Attention-deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder – the importance of depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2023;64:4-15.
396. Underwood JFG, DelPozo-Banos M, Frizzati A et al. Neurological and psychiatric disorders among autistic adults: a population healthcare record study. *Psychol Med* 2023;53:5663-73.
397. Hansen BH, Oerbeck B, Skirbekk B et al. Neurodevelopmental disorders: prevalence and comorbidity in children referred to mental health services. *Nord J Psychiatry* 2018;72:285-91.
398. Ahmedani BK, Hock RM. Health care access and treatment for children with co-morbid autism and psychiatric conditions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1807-14.
399. Collier RJ, Berry JG, Kuo DZ et al. Health system research priorities for children and youth with special health care needs. *Pediatrics* 2020;145:e20190673.
400. Agnew-Blais J, Michelini G. Taking stock of the present and looking to the future of ADHD research: a commentary on Sonuga-Barke et al. (2023). *J Child Psychol Psychiatry* 2023;64:533-6.
401. Bölte S, Lawson WB, Marschik PB et al. Reconciling the seemingly irreconcilable: the WHO's ICF system integrates biological and psychosocial environmental determinants of autism and ADHD: the International Classification of Functioning (ICF) allows to model opposed biomedical and neurodiverse views of autism and ADHD within one framework. *Bioessays* 2021;43:e2000254.
402. Tregnago MK, Cheak-Zamora NC. Systematic review of disparities in health care for individuals with autism spectrum disorders in the United States. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2012;6:1023-31.
403. Sapiets SJ, Totsika V, Hastings RP. Factors influencing access to early intervention for families of children with developmental disabilities: a narrative review. *J Appl Res Intellect Disabil* 2021;34:695-711.
404. Karpur A, Lello A, Frazier T et al. Health disparities among children with autism spectrum disorders: analysis of the National Survey of Children's Health 2016. *J Autism Dev Disord* 2019;49:1652-64.
405. Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW. DSM-V and the stigma of mental illness. *J Ment Health* 2010;19:318-27.
406. Parke EM, Mayfield AR, Barchard KA et al. Factor structure of symptom dimensions in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychol Assess* 2015;27:1427-37.
407. Kim H, Keifer CM, Rodriguez-Seijas C et al. Structural hierarchy of autism spectrum disorder symptoms: an integrative framework. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59:30-8.
408. Kim H, Keifer C, Rodriguez-Seijas C et al. Quantifying the optimal structure of the autism phenotype: a comprehensive comparison of dimensional, categorical, and hybrid models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58:876-86.e2.
409. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R et al. The Autism-Spectrum Quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord* 2001;31:5-17.
410. Gomez R, Stavropoulos V, Vance A. Psychometric properties of the Autism Spectrum Quotient: Children's Version (AQ-Child). *J Autism Dev Disord* 2019;49:468-80.
411. Hoekstra RA, Vinkhuyzen AAE, Wheelwright S et al. The construction and validation of an abridged version of the Autism-Spectrum Quotient (AQ-Short). *J Autism Dev Disord* 2011;41:589-96.
412. Frazier TW, Ratliff KR, Gruber C et al. Confirmatory factor analytic structure and measurement invariance of quantitative autistic traits measured by the Social Responsiveness Scale-2. *Autism* 2014;18:31-44.
413. Farmer RF, Seeley JR, Kosty DB et al. Refinements in the hierarchical structure of externalizing psychiatric disorders: patterns of lifetime liability from midadolescence through early adulthood. *J Abnorm Psychol* 2009;118:699-710.

DOI:10.1002/wps.21225

Научная валидация CDDR МКБ-11

Mario Maj. Scientific validation of the ICD-11 CDDR. *World Psychiatry*. 2024;40(5):358-359

Процесс научной валидации клинических описаний и диагностических требований МКБ-11 (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR) для психических расстройств длился более десяти лет. Этот процесс отличался исключительной содержательностью, всесторонностью и проводился при участии нескольких сотен клиницистов и исследователей со всего мира.

В отличие от полевых испытаний клинических описаний и диагностических руководств МКБ-10 (Clinical Description and Diagnostic Guidelines, CDDG) и диагностических критериев DSM-5, полевые испытания CDDR МКБ-11 носили характер «тестирования», а не «оценки» или «суммирования»¹. Иными словами, эти исследования проводились еще до окончательной доработки соответствующих критериев или руководств, что позволило выявить концептуальные или терминологические недостатки в предложенных текстах, исправить их, а затем протестировать пересмотренные версии. Такой подход, в отличие от тестирования и доработки критериев уже после их утверждения, дал возможность клиницистам не ограничиваться лишь знакомством с конечным продуктом, а поучаствовать в его разработке. Как мы увидим, именно благодаря этому подходу в CDDR были внесены значительные исправления и уточнения.

Полевые испытания CDDR можно разделить на две основные категории: а) испытания, проводимые через интернет, с использованием Всемирной сети клинической практики, в которую на момент проведения испытаний входило более 15 тыс. специалистов по психическому здоровью и первичной медицинской помощи из более чем 150 стран. Участникам предлагались описания клинических случаев для оценки влияния конкретных различий между CDDR и CDDG МКБ-10 на процесс принятия решений; б) клинические (или экологические) испытания, направленные на оценку надежности и применимости CDDR в реальных клинических условиях. В отличие от полевых испытаний DSM-5, в клинических испытаниях применялся метод совместной оценки: два врача совместно проводили интервью с каждым пациентом, а не по отдельности и не в разное время, как это происходит при оценке ретестовой надежности. Этот подход позволил сделать поправку на различия в предоставляемой информации и более прицельно оценить надежность предлагаемых руководств (а не общую надежность диагнозов психических расстройств)².

Среди проводимых через интернет полевых испытаний CDDR особый интерес представляют расстройства, связанные со стрессом³, а также расстройства питания и пищевого поведения⁴. В полевом исследовании типа «случай – контроль» с использованием МКБ-10³, в котором приняли участие 1738 специалистов в области психического здоровья из 76 стран, было показано, что ряд изменений, внесенных в МКБ-11 (включая добавление диагнозов «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР)» и «затяжная патологическая реакция горя»), способствовали улучшению диагностики. Однако в исследовании также были выявлены трудности, связанные с текстом CDDR. В частности, были отмечены проблемы с интерпретацией критерия «повторное переживание» при диагностике ПТСР и сложности в разграничении затяжной патологической реакции горя и нормального процесса переживания утраты, что потребовало пересмотра и дальнейшей валидации формулировок.

Аналогичным образом, в полевом исследовании типа «случай – контроль» лиц с расстройствами питания и пищевого поведения⁴, проведенном с участием 2288 специалистов в области психического здоровья со всего мира, было показано, что благодаря изменениям, внесенным в CDDR МКБ-11, повышены точность диагностики и клиническая целесообразность по сравнению с CDDG МКБ-10. Однако в ходе исследования также были выявлены трудности в

определении ремиссии при нервной анорексии, а также затруднения в выявлении эпизодов компульсивного переедания. Это привело к уточнению определения ремиссии при нервной анорексии, а также к уточнению, что субъективное ощущение потери контроля над приемом пищи и связанный с этим дистресс являются ключевым признаком компульсивного переедания, даже если количество съеденной пищи объективно невелико.

Среди клинических полевых испытаний CDDR крупнейшим было исследование, охватывающее 1806 пациентов из 13 стран. Исследование было посвящено психическим расстройствам, составляющим наибольшую долю глобального бремени болезней (шизофрения и другие первичные психотические расстройства, аффективные расстройства, тревожные и фобические расстройства, а также расстройства, связанные со стрессом). В ходе исследования было установлено, что внутриклассовые каппа-коэффициенты варьировались от 0,45 (для дистимии) до 0,88 (для социального тревожного расстройства) и могли считаться от умеренных до почти идеальных для всех диагнозов, при этом общая надежность CDDR МКБ-11 была выше по сравнению с CDDG МКБ-10². Также было показано, что CDDR отличаются простотой, понятностью и четкостью в применении, отражают клинические симптомы пациентов, требуют не больше, а иногда и меньше времени, чем традиционная клиническая практика. Кроме того, они предоставляют полезные рекомендации по дифференциальной диагностике и помогают более точно отличать патологию от нормы⁵.

Длительный промежуток времени между созданием прототипа и завершением CDDR позволил тщательно и детально проверить некоторые из новых категорий, введенных в МКБ-11. Особенно показательной в этом отношении стала валидация новых диагностических категорий, таких как затяжная патологическая реакция горя и КПТСР.

Согласно поиску по базе данных PubMed от 8 февраля 2024 года, с 2013 года было опубликовано 57 оригинальных статей о затяжной патологической реакции горя. В целом эти работы подтверждают конструктивную валидность новой категории, ее отличие от других расстройств (например, депрессии и ПТСР), ее связи с выраженными нарушениями функциональности (превышающими влияние сопутствующих расстройств), а также ее более высокую согласованность с моделями затяжной реакции горя в продольных исследованиях по сравнению со стойкой осложненной реакцией утраты, описанной в DSM-5. Эти данные привели к включению затяжной патологической реакции горя в DSM-5-TR⁶.

При поиске по базе данных PubMed на ту же дату было найдено 199 оригинальных статей, опубликованных с 2013 года, посвященных КПТСР. В целом эти работы подтвердили обоснованность новой диагностической категории и ее отличие от ПТСР в различных культурах, а также среди детей, подростков и взрослых из разных популяций, переживших травму⁷. Проведению данного исследования способствовали разработка и валидация нового специализированного инструмента оценки – Международного опросника по травмам (International Trauma Questionnaire), что стало возможным благодаря распространению ранних версий CDDR.

Другое важное отличие подходов к диагностике в CDDR в МКБ-11 и диагностических критериях DSM-5 касается классификации сильной раздражительности у детей и подростков. Исследование с участием 196 клиницистов из 48 стран⁸ показало, что формулировка, предложенная в CDDR (использование хронической раздражительности и гнева как спецификатора для диагностики оппозиционно-вызывающего расстройства), позволяет более точно диагностировать случаи сильной раздражительности и отличать их от пограничных состояний. В отличие от этого подхода, в DSM-5 введена новая категория деструктивного расстрой-

ства дисрегуляции настроения, а в МКБ-10 раздражительность не учитывалась, и оппозиционно-вызывающее расстройство рассматривалось как форма расстройства поведения. Участники, использовавшие DSM-5, часто не ставили диагноз деструктивного расстройства дисрегуляции настроения в тех случаях, когда это было оправданно. При этом они чаще ставили диагнозы психических расстройств, связанных с раздражительностью, которая являлась нормальной в рамках соответствующего этапа развития.

Еще одним новшеством в процессе валидации CDDR МКБ-11 стало привлечение экспертов по личному опыту (experts by experience) к международному исследованию INCLUDE⁹, проведенному в Индии, Великобритании и США. В рамках исследования участников спрашивали о восприятии пяти диагнозов: депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство, шизофрения, биполярное расстройство I типа и расстройство личности. В целом CDDR были восприняты как полезные и соответствующие реальному жизненному опыту.

В настоящее время главной недостающей частью валидации CDDR остается оценка их эффективности в условиях реальной клинической практики. Ведется активная работа над переводом этих материалов на различные языки, содействие их распространению, а также ускорению процесса одобрения и их внедрения в различных странах, что играет ключевую роль в этом вопросе. Помимо этого, уже запланировано регулярное обновление текста каждые два года.

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples, Italy

Перевод: Исакулян Елизавета Леоновна, г. Москва

Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. First M. Lancet Psychiatry 2016;3:579-84.
2. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:174-86.
3. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Int J Clin Health Psychol 2016;16:109-27.
4. Claudino AM, Pike KM, Hay P et al. BMC Med 2019;17:93-109.
5. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:306-15.
6. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J et al. World Psychiatry 2021;20:96-106.
7. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
8. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW et al. J Child Psychol Psychiatry 2021;62:303-12.
9. Hackmann C, Balhara YPS, Clayman K et al. Lancet Psychiatry 2019;6:778-85.

DOI:10.1002/wps.21226

Гибкое интервью ВОЗ для МКБ-11 (FLII-11)

Geoffrey M. Reed, Karen T. Maré, Michael B. First et al. The WHO Flexible Interview for ICD-11 (FLII-11). *World Psychiatry*. 2024;23(3):359-360

Переход к описательной диагностической системе, основанной на симптомах, начавшийся с DSM-III, во многом стал ответом на широко распространенные опасения и критику, касающиеся надежности диагнозов психических расстройств. Это вызвало стремление к все более точной формулировке диагностических концепций и критериев, исходя из предположения, что такие подходы будут способствовать постепенному улучшению их надежности.

Позже были разработаны стандартизированные диагностические интервью, проводимые клиницистами. Так, при создании Шкалы для диагностики аффективных расстройств и шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)¹ использовались Исследовательские диагностические критерии (Research Diagnostic Criteria), а для разработки Структурированного клинического интервью для DSM (Structured Clinical Interview for DSM)² – критерии DSM-III. Кроме того, для проведения эпидемиологических исследований психических расстройств был создан План диагностического интервью (Diagnostic Interview Schedule)³, которое могли проводить специалисты без медицинского образования. Эти инструменты получили широкое распространение в исследованиях психических расстройств.

Структурированные диагностические интервью создавались или дорабатывались в соответствии с очередными пересмотрами DSM и МКБ. Полуструктурированное интервью SCID (в рамках которого интервьюер может уточнять неясные ответы и делать определенные клинические выводы) обновлялось с каждым новым изданием DSM⁴. Также широко применяется более краткий и структурированный инструмент Краткий международный нейропсихиатрический опросник (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)⁵. Комбинированный международный диагностический опросник (Composite International Diagnostic Interview, CIDI)⁶, разработанный на основе диагностических критериев DSM и МКБ, активно использовался в Национальном исследовании коморбидной патологии и Глобальных исследованиях психического здоровья. Также

Шкала клинической оценки в нейропсихиатрии (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN), основанная на Шкале оценки психического состояния (Present State Examination), была адаптирована для соответствия как критериям DSM, так и МКБ⁷. Помимо этого, были созданы структурированные диагностические интервью для детей, а также более специализированные интервью, охватывающие отдельные состояния или конкретные диагностические группы.

На основании обширной программы полевых исследований было установлено, что диагностические рекомендации, представленные в клинических описаниях и диагностических требованиях (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)⁸ к разделу «психические и поведенческие расстройства, а также нарушения нейропсихического развития» в МКБ-11, обладают большей надежностью по сравнению с другими системами классификации психических расстройств. Надежность варьировалась от умеренной до почти идеальной в зависимости от конкретной категории. Этот результат оказался несколько неожиданным, поскольку в CDDR намеренно не используются чрезмерно строгие требования к количеству симптомов и их продолжительности, за исключением случаев, когда такие требования имеют научное обоснование. Такой подход был разработан для упрощения использования рекомендаций в клинической практике.

Эти результаты ставят под сомнение предполагаемую связь между точностью формулировок и надежностью постановки диагноза. Они также показывают, что диагнозы, установленные на основании CDDR, могут быть достаточно надежными для определенных типов научных исследований, например, тех, которые фокусируются на диагностических группах в рамках системы здравоохранения. Однако для других видов исследований более уместно использовать стандартизированные методы диагностики, чтобы свести к минимуму вариативность, обусловленную различиями в уровне профессионализма, стилях опроса и субъективных клинических суждениях. Это особенно важно,

например, в фармакологических исследованиях, где отбор участников осуществляется на основании точных диагностических критериев и требуется надежная и воспроизводимая фиксация конкретных симптомов. Эпидемиологические или другие популяционные исследования, проводимые с участием неспециалистов (т.е. неподготовленных в медицинской сфере интервьюеров), также требуют заранее установленных вопросов и строгих правил принятия решений, так как они не могут полагаться на клинические знания интервьюера для определения наличия конкретных признаков.

Изначально диагностические интервью были включены в рабочий план, связанный с CDDR. Эти работы проводились с соблюдением строгого процесса разработки, в котором участвовали международные эксперты в области нозологии и диагностических интервью. Разработка Структурированного клинического интервью для МКБ-11 (Structured Clinical Interview for ICD-11, SCII-11) ведется с 2014 года. Это полуструктурированное диагностическое интервью предназначено для проведения специалистом, прошедшим соответствующую подготовку. Оно предлагает стандартный набор вопросов, каждый из которых направлен на оценку конкретного диагностического критерия и помогает в дифференциальной диагностике. Хотя SCII-11 изначально создавалось для научных исследований, оно также будет полезно в образовательных целях и для практического использования в клинической работе.

Поскольку критерии CDDR предлагают более клинически ориентированный подход к диагностике, разработка SCII-11 потребовала дополнительную работу над формулировками. В частности, SCII-11 заменяет менее четкие формулировки из CDDR на более строго определенные диагностические пороги (например, «не менее трех» вместо «нескольких» симптомов, «как минимум три месяца» вместо «устойчивых»). Также были разработаны конкретные вопросы для уточнения элементов CDDR, которые могут проявляться по-разному (например, «устойчивые бредовые идеи» при шизофрении).

Гибкое интервью для МКБ-11 (Flexible Interview for ICD-11, FLII-11), разрабатываемое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), представляет собой инструмент с открытым доступом, предназначенный для поддержки национальных эпидемиологических исследований, а также других популяционных и клинических исследований психических расстройств. Это полностью структурированное диагностическое интервью, которое могут проводить специально обученные непрофессиональные интервьюеры. Оно используется для выявления психических расстройств, оказывающих наибольшее влияние на общее экономическое и социальное бремя болезней. Разработка FLII-11 основана на операциональных подходах, применявшихся при создании SCII-11. Как и SCII-11, FLII-11 – это модульный и настраиваемый инструмент, позволяющий оценивать конкретные группы расстройств, а также анализировать их текущие проявления и риск развития на протяжении жизни. Доступные модули охватывают такие диагностические категории, как психотические расстройства, расстройства настроения, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства, посттравматические расстройства, расстройства пищевого поведения, аддиктивное поведение и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Разработана адаптация опросника для подростков в возрасте 13-17 лет.

К FLII-11 проявлен большой интерес, что объясняется растущей значимостью вопросов психического здоровья по всему миру и стремлением государств – членов ВОЗ внедрить общедоступный инструмент, соответствующий актуальной глобальной диагностической системе. Сейчас FLII-11 проходит тестирование на практическую применимость, включая оценку людьми с личным опытом переживания психических расстройств. Тестирование проводится в рамках международного сотрудничества, в которое входят такие страны, как Бразилия, Китай, Индия, Либерия, Мексика, Южная Африка, Шри-Ланка, Тунис и Уганда. Параллельно данный инструмент уже используется в исследова-

ниях национального уровня, направленных на изучение психического здоровья в ряде этих стран.

FLII-11 переводится на множество языков и применяется в самых разных условиях по всему миру. Поэтому крайне важно, чтобы сложные концепции были изложены в понятной и адаптированной к культурным особенностям форме. Это потребовало разработки стандартизированного подхода к переводу и культурной адаптации. ВОЗ стремится создать онлайн-платформу, которая станет инструментом для сбора, анализа и обмена международными данными, а также важным ресурсом для изучения глобальной эпидемиологии психического здоровья.

Диагностические интервью, разработанные на основе CDDR для МКБ-11, обещают стать полезным инструментом как для клиницистов, так и для исследователей. Однако в дальнейшей работе важно учитывать несколько значимых аспектов. Во-первых, имеются ограничения текущего подхода к диагностике психических расстройств, который, главным образом, основывается на самоотчетах в описании ключевых характеристик расстройства. Во-вторых, есть опасения, что интервьюируемые могут быть мотивированы преуменьшать или отрицать свои симптомы (например, в случаях, связанных с незаконным или стигматизированным поведением). Другой проблемой является отсутствие критического отношения к собственным симптомам, а также искаженное восприятие своего поведения и функционального состояния. Валидация диагностических интервью в таких сложных контекстах требует особого внимания.

Другой важный вопрос заключается в том, как лучше всего проверить достоверность данных интервью, проведенных опытным клиницистом. Spitzer предложил использовать метод «стандарта продольной экспертной оценки в динамике» (longitudinal expert all data, LEAD)⁹, однако это сложный и трудоемкий процесс, который к тому же все еще подвержен субъективности самого клинициста. Сегодня новые диагностические методы чаще валидируются с помощью других инструментов. Например, результаты, полученные с использованием инструмента FLII-11, предназначенного для применения неспециалистами, можно сопоставить с результатами инструмента SCII-11, которым пользуются клиницисты, вместо того чтобы сравнивать их с инструментами, не основанными на критериях МКБ-11. Проблема ложноположительных результатов в эпидемиологических исследованиях остается актуальной и требует подробной оценки, но может быть частично решена за счет надлежащего обучения специалистов.

Определение межкультуральной применимости и валидности структурированных диагностических интервью для МКБ-11 станет ключевой основой для международных исследований в области психического здоровья.

Geoffrey M. Reed^{1,2}, Karen T. Maré^{3,4}, Michael B. First¹, T.S. Jaishree⁵, Girish N. Rao⁶, John-Joe Dawson-Squibb⁷, Christine Lochner^{4,8}, Mark van Ommeren², Dan J. Stein^{3,4}

¹Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA; ²Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ³Department of Psychiatry and Mental Health, Neuroscience Institute, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ⁴South Africa Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, Cape Town, South Africa; ⁵Department of Psychiatry, National Institutes of Mental Health and Neurosciences, Bengaluru, Karnataka, India; ⁶Department of Epidemiology, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bengaluru, Karnataka, India; ⁷Department of Psychiatry and Mental Health, Division of Child and Adolescent Psychiatry, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; ⁸Department of Psychiatry, University of Stellenbosch, Cape Town, South Africa.

Авторы несут единоличную ответственность за мнения, выраженные в этой статье, которые необязательно отражают взгляды, решения или политику ВОЗ или других учреждений, с которыми они связаны.

Перевод: Исакулян Елизавета Леоновна, г. Москва
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Endicott J, Spitzer RL. Acta Psychiatr Belg 1987;87:361-516.
2. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M et al. Arch Gen Psychiatry 1992;49:624-9.
3. Robins LN, Helzer JE, Croughan J et al. Arch Gen Psychiatry 1981;38:381-9.
4. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: Cautin RL, Lilienfeld SO (eds). The encyclopedia of clinical psychology. Hoboken: Wiley, 2015:1-6.
5. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. J Clin Psychiatry 1998;59:22-33.
6. Janca A, Ustün TB, Sartorius N. Acta Psychiatr Scand 1994;90:73-83.
7. Wing JK, Babor T, Brugha T et al. Arch Gen Psychiatry 1990;47:589-93.
8. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>.
9. Spitzer RL. Compr Psychiatry 1983;24:399-411.

DOI:10.1002/wps.21227

Затяжная патологическая реакция горя: определение, диагностика, подходы к лечению

Holly G. Prigerson, Paul K. Maciejewski. Prolonged grief disorder: detection, diagnosis, and approaches to intervention. *World Psychiatry*. 2024;23(3):361-362

Недавнее включение затяжной патологической реакции горя (ЗПРГ) в МКБ-11 и DSM-5-TR изменило подходы, которые многие специалисты по психическому здоровью считают эффективными для помощи людям, переживающим утрату. Поскольку ЗПРГ только недавно официально признано психическим расстройством, клиницисты могут быть недостаточно осведомлены о современных методах его диагностики и лечения. В данной статье мы рассмотрим частые вопросы об: а) условиях, в которых специалисты могут встретить человека, соответствующего критериям ЗПРГ; б) кто чаще инициирует обращение за помощью и насколько лица с ЗПРГ открыты к лечению у специалистов в области психического здоровья; в) как отличить ЗПРГ от нормальной реакции, а также от большого депрессивного расстройства (БДР) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), вызванного утратой; д) какие диагностические критерии влияют на подход к лечению; е) как применять эти критерии с учетом межкультурной чувствительности и достоверности.

Где клиницисты могут встретить лиц, у которых может быть установлена ЗПРГ? Хотя с возрастом риск ЗПРГ снижается, пожилые люди чаще теряют супруга или партнера, а именно такая утрата повышает риск ЗПРГ¹. Таким образом, гериатры работают с группами населения, находящимися в зоне риска по ЗПРГ. Кроме того, из-за большого числа смертей такие места, как дома престарелых, учреждения для ухода за пожилыми людьми, пенсионерами и инвалидами, онкологические клиники, хосписы и службы паллиативной помощи, больницы (в частности отделения интенсивной терапии), зоны военных конфликтов, а также зоны природных или техногенных катастроф, являются местами, где клиницисты с высокой вероятностью могут столкнуться с людьми – выжившими членами семьи и друзьями, – находящимися в группе риска развития ЗПРГ.

Вопреки утверждению, что лица, соответствующие критериям ЗПРГ, не заинтересованы в помощи, наше исследование показало, что все 100% опрошенных, переживших утрату и соответствующих критериям ЗПРГ, выразили желание получить помощь². Однако, несмотря на заинтересованность, лишь немногие действительно обращаются за помощью³. Так, в исследовании, включавшем людей, ухаживавших за пациентами, умершими от рака, мы обнаружили, что хотя 71% ухаживающих лиц с ЗПРГ имели суицидальные мысли, только 43% после смерти пациента обратились за помощью к специалистам в области психического здоровья, что значительно ниже по сравнению с теми, у кого после утраты был диагностирован БДР или ПТСР³.

Согласно наблюдениям, в наш Корнеллский центр исследований помощи при окончании жизни (Cornell Center for Research on End-of-Life Care) часто обращаются родственники, обеспокоенные состоянием своих близких, у которых, по их мнению, есть ЗПРГ. Как правило, такие

семьи описывают ситуацию, в которой их близкие, переживающие утрату, годами не могут справиться с горем. Несмотря на то что им диагностировали БДР или ПТСР и назначили соответствующее лечение, результата это не принесло. Эти случаи перекликаются с нашими собственными наблюдениями, которые и подтолкнули нас к изучению феномена горя. Результаты рандомизированного контролируемого исследования показали, что антидепрессанты (например, нортриптилин) как в монотерапии, так и в сочетании с психотерапией, направленной на разрешение изменения ролей (например, с межличностной психотерапией), эффективны для лечения депрессии, вызванной утратой у пожилых людей. Однако такие подходы оказались неэффективными для преодоления симптомов горя⁴. Эти выводы подчеркивают важность дифференциальной диагностики ЗПРГ и БДР среди скорбящих людей, а также необходимость поиска эффективных методов облегчения симптомов мучительного и изнуряющего горя. В настоящее время многие психотерапевтические подходы, особенно когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)⁵, доказали свою эффективность в снижении симптомов ЗПРГ.

Как клиницист может определить, является ли переживание скорби у человека нормальной реакцией или патологической? Диагностические критерии ЗПРГ, указанные в МКБ-11 или DSM-5-TR, описывают реакции, которые, хотя на первый взгляд могут казаться нормальными, достигают чрезмерной интенсивности и сохраняются через 6 или 12 месяцев после утраты (в зависимости от используемых критериев). В первые месяцы после значимой утраты является нормальным тоска по умершему и потеря интереса к общению или работе. После первой годовщины смерти крайне редко (в 4–15% случаев)⁶ отмечается такая ситуация, когда люди, пережившие утрату, продолжали на протяжении большинства дней испытывать сильную тоску по умершему, быть поглощенными мыслями о покойном до такой степени, что это мешает выполнять повседневные дела. Также редко сохраняется ощущение отстраненности от других, мучительное одиночество и утрата смысла, цели и ощущения собственного «я» без умершего. Если через год после смерти близкого человека, скончавшегося по естественным причинам, такие переживания сохраняются, следует провести оценку на наличие ЗПРГ.

Различие между ЗПРГ и БДР заключается в следующем: для ЗПРГ характерным триггером является утрата человека, тогда как для БДР характерно общее чувство грусти и пессимизма, связанное с настоящим и будущим. Тоска по умершему человеку является отличительным признаком ЗПРГ, который отсутствует при БДР, так же, как и при ПТСР. При ПТСР избегающее поведение связано со страхом перед травмирующим событием, угрожающим жизни – своей или близкого человека, – и чувством беспомощности перед этой угрозой. В случае ЗПРГ избегание вызвано не-

доверием и неспособностью эмоционально и рационально принять факт смерти близкого человека.

Поскольку ключевым симптомом ЗПРГ является сильная тоска по умершему, есть определенное сходство с диагностическими критериями аддиктивных расстройств. Например, такие симптомы ЗПРГ, как тоска, гнев и протест против разлуки с важным человеком, могут напоминать состояние тяги и симптомы отмены, характерные для аддиктивных расстройств. Эти сходства указывают на то, что в зоне риска развития ЗПРГ находятся те люди, для кого умерший был главным источником любви, поддержки, безопасности, самоидентификации и признания – то есть своего рода психологическим вознаграждением. Этот вывод также позволяет предположить, что различные вмешательства – как психосоциальные, так и фармакологические – способны уменьшить эффект вознаграждения, ранее ассоциировавшийся с умершим (например, посредством применения налтрексона). Это, в свою очередь, может ослабить чувство тоски, помочь человеку переключиться на общение с живыми людьми, которые могли бы восполнить «социальную пустоту». Таким образом, такие подходы могут уменьшить проявления симптомов ЗПРГ и способствовать более успешной адаптации к утрате⁷.

Наконец, горе воспринимается как универсальная человеческая реакция на утрату близкого, хотя оно не является исключительно человеческой чертой: оно наблюдается и среди других млекопитающих, таких как слоны, обезьяны, полевки. Однако мы также признаем, что культура значительно влияет на то, какие формы принимает это переживание. То, что в одной культуре может считаться нормальным или ожидаемым (например, воздержание от свиданий или ношение определенной одежды), в другой культуре может восприниматься как отклонение от нормы. Кроме того, языковые различия могут осложнять оценку симптомов горя (например, если в языке нет подходящих слов или синонимов критериев ЗПРГ). В МКБ-11 и DSM-5-TR делается особый акцент на «культурную оговорку», согласно которой необходимо учитывать культурный контекст скорбящего при оценке того, является ли его реакция на утрату нормальной или патологической⁸.

Чтобы помочь клиницистам в учете культурных особенностей при постановке ЗПРГ, было разработано Культуральное интервью⁹ горя и утраты (Grief and Bereavement Cultural Interview). Такие статистические подходы, как современная теория тестирования (item response theory), могут помочь определить, какие вопросы дают наиболее до-

стоверную информацию о ключевых аспектах горя в контексте конкретной культуры или языка. Чтобы обеспечить точность и межкультурную универсальность критериев ЗПРГ, необходимо использовать как клинические, так и статистические методы.

В заключение, ЗПРГ является новым психическим расстройством, о котором клиницисты могут пока не иметь достаточного представления и испытывать затруднения с его выявлением, диагностикой или лечением. Мы кратко рассмотрели некоторые из наиболее частых вопросов, которые возникают у специалистов по оценке ЗПРГ, и предложили рекомендации по мероприятиям, направленным на обеспечение соответствия наиболее современным и эффективным способам помощи людям, переживающим утрату.

Holly G. Prigerson, Paul K. Maciejewski

Department of Radiology, Weill Cornell Medicine, New York City, NY, USA; Cornell Center for Research on End-of-Life Care, New York City, NY, USA

Перевод: Исакулян Елизавета Леоновна, г. Москва

Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Библиография

1. Maciejewski PK, Prigerson HG. In: Reynolds CF (ed). Grief and prolonged grief disorder. Washington: American Psychiatric Association, 2024:151-2.
2. Johnson JG, First MB, Block S et al. Death Stud 2009;33:691-711.
3. Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW et al. Psychiatr Serv 2011;62:1225-9.
4. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Am J Psychiatry 1999;156:202-8.
5. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Boelen PA et al. J Consult Clin Psychol 2024;92:236-48.
6. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J et al. World Psychiatry 2021;20:96-106.
7. Prigerson HG, Singer J, Killikelly C. Am J Geriatr Psychiatry 2024;32:634.
8. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
9. Smid GE, Groen S, de la Rie SM et al. Psychiatr Serv 2018;69:1050-2.

DOI:10.1002/wps.21228

Синдром суицидального кризиса: специальный диагноз для предотвращения суицидов

Igor Galynker, Sarah Bloch-Elkouby, Lisa J. Cohen. Suicide crisis syndrome: a specific diagnosis to aid suicide prevention. World Psychiatry. 2024;23(3):362-363

Суициды представляют собой серьезную глобальную проблему общественного здравоохранения. Ежегодно суициды уносят более 700 тыс. жизней по всему миру. Между тем, существует множество возможностей для предотвращения трагедий, так как половина людей, совершивших суицид, обращались за медицинской помощью в течение месяца до своей смерти. Оценка риска суицида в таких случаях обычно основана на словах самих пациентов о наличии суицидальных намерений, а также на анализе постоянных факторов риска, таких как предыдущие суицидальные попытки или диагностированные ранее диагнозы психических расстройств. Однако исследования показывают, что до 75% людей, погибших в результате суицида, при последнем контакте с медработником явно отрицали наличие суицидальных намерений¹. Более того, у почти 20% тех, кто предпринимал суицидальные попытки, не было выявлено каких-либо психических расстройств². Учет традицион-

ных факторов риска, таких как предыдущие попытки суицида и наличие психических расстройств в анамнезе, недостаточно эффективен для прогнозирования краткосрочного риска суицида³.

За последнее десятилетие несколько независимых групп исследователей зафиксировали существование особых острых психических состояний, связанных с суицидальным поведением. Однако ни DSM, ни МКБ до сих пор не включали диагноз, который охватывал бы подобные состояния. Для устранения пробелов в классификации психических расстройств был предложен синдром суицидального кризиса (ССК), который в настоящее время рассматривается для включения в DSM. Этот диагноз предоставляет систематический подход для распознавания и лечения психического расстройства, связанного с высоким риском суицида, без опоры исключительно на высказываемые человеком суицидальные намерения⁴.

ССК представляет собой финальную и наиболее острую стадию в нарративно-кризисной модели суицида (Narrative Crisis Model of suicide, NCM), отражающей развитие суицидального риска – от постоянных факторов риска до неизбежного суицидального исхода. Эта модель предлагает основу для разработки и внедрения терапевтических подходов, направленных на каждую из четырех стадий суицидального процесса⁵.

Критерии ССК, основанные на эмпирических данных, формировались на протяжении 15 лет. Они охватывают пять эмпирически обоснованных доменов, которые вместе образуют единую синдромальную структуру. При этом суицидальные мысли не включены в данные критерии, т.к. было доказано, что они не являются надежным показателем неизбежного суицидального поведения. Первый домен синдрома суицидального кризиса, критерий А, характеризуется постоянным и интенсивным чувством отчаянной безнадежности, при котором человек ощущает себя в ловушке ситуации, переживаемой как невыносимая и безвыходная. Критерий В включает четыре отдельных измерения симптомов: В1 – аффективные нарушения, В2 – потеря когнитивного контроля, В3 – гипервозбуждение и В4 – социальная изоляция.

Пункт В1. Аффективные нарушения могут проявляться следующим образом: 1) ощущение эмоциональной боли; 2) депрессивное возбуждение; 3) сильная тревога, сопровождающаяся необычными физическими ощущениями; 4) сильная ангедония (неспособность испытывать удовольствие).

Пункт В2. Утрата когнитивного контроля может проявляться следующим образом: 1) навязчивые размышления (руминации); 2) когнитивная ригидность (негибкость мышления); 3) неспособность справиться с нежелательными мыслями; и 4) интенсивный поток навязчивых мыслей – чувство утраты контроля над мыслями, сопровождающееся головными болями или ощущением давления в голове.

Пункт В3. Гипервозбуждение может проявляться следующим образом: 1) возбуждение/беспокойство; 2) гиперчувствительность, т.е. интенсивная и чрезмерная реакция на сенсорные стимулы; 3) раздражительность; 4) бессонница.

Пункт В4 (социальная изоляция) проявляется избеганием социальных взаимодействий и общения.

Для установления диагноза ССК пациенты должны соответствовать критерию А, а также иметь как минимум один симптом из каждого критерия В1 – В4.

Для оценки ССК было создано несколько инструментов, подходящих для использования в различных группах населения. Среди последних валидизированных самоопросников – Пересмотренный опросник суицидального кризиса (Revised Suicide Crisis Inventory, SCI-2) и его краткая форма (Suicide Crisis Inventory – Short Form, SCI-SF). Полная версия опросника SCI-2 состоит из 61 пункта и охватывает пять аспектов ССК, при этом ответы оцениваются по пятибалльной шкале Ликерта. Оценка клиницистов включает использование 14-пунктового чек-листа ССК (SCS Checklist, SCS-C)⁶, прошедшего через косвенную валидизацию, а также его сокращенную версию, внедренную в клиническую практику (Abbreviated SCS Checklist, A-SCS-C) и состоящую из пяти пунктов, отражающих пять основных симптоматических областей⁷. Оба инструмента позволяют установить наличие либо отсутствие ССК.

Диагноз ССК показал высокую внутреннюю согласованность как внутри, так и между пятью измеряемыми категориями симптомов в выборках из США и других стран. Ряд исследований, проведенных в США, а также в Индии, Корее, Тайване, России и Бразилии, дополнительно подтвердили однородность структуры и наличие пятифакторной модели ССК. Показатели SCI и его обновленной версии SCI-2 были ассоциированы с наличием суицидальных мыслей и поведения как на текущий момент (в течение последнего месяца), так и в течение жизни. Также эти показатели продемонстрировали дискриминантную валидность по отношению к депрессивным, тревожным и психотическим симптомам⁸.

На сегодняшний день более пятнадцати исследований подтвердили прогностическую валидность ССК в оценке

риска возникновения неизбежных суицидальных мыслей, подготовительных действий и суицидальных попыток. Более того, по сравнению с текущими или прошлыми суицидальными мыслями и попытками, ССК, измеряемый с помощью инструментов SCI и SCI-2, либо оказался единственным значимым предиктором суицидальных попыток, либо показал превосходящую прогностическую валидность в оценке суицидальных мыслей и поведения в течение последующего месяца⁹. Наиболее точный прогноз суицидального поведения был достигнут при учете всех пяти компонентов ССК.

Будучи категориальным объективным диагнозом, ССК предоставляет клиницистам ценные данные, которые помогают упростить процесс принятия решений при работе с пациентами из группы высокого риска в отделениях неотложной помощи, стационарных и амбулаторных условиях. Особенно важно то, что применение ССК в клинической практике, по мнению врачей, показало значительную воспринимаемую полезность, а также реальную практическую ценность при принятии решений о госпитализации или выписке: 91% соответствия диагнозу ССК («есть»/«отсутствует»). Кроме того, у пациентов с установленным ССК на 75% ниже показатель повторной госпитализации в отделение неотложной помощи после выписки из стационара, как в связи с общими заболеваниями, так и по причине суицида по сравнению с пациентами без этого диагноза.

В свете психометрической надежности и клинической целесообразности ССК, все большее число медицинских учреждений по всему миру начинают внедрять в свою повседневную практику диагностические инструменты по выявлению ССК (в частности, в Израиле, Венгрии, Норвегии, Тайване, Чили, Турции и Испании). С этой целью SCI-2 и ССК-С были переведены на 14 различных языков в 16 странах на четырех континентах. Текущее исследование, проводимое в рамках Международного сотрудничества по оценке и предотвращению суицида (International Suicide Prevention Assessment Research Collaboration), показывает, что ССК является надежным межкультурным предиктором суицидального поведения. Показатель эффективности метода, площадь под кривой (Area Under the Curve, AUC) составляет от 0,83 до 0,95, что подтверждает высокую точность инструмента.

Быстрое распространение оценки ССК как клинического инструмента и предложение его включения в DSM в качестве специфического диагноза, связанного с суицидом, открыло путь к важным научным вопросам. Во-первых, необходимо укрепление доказательной базы, подтверждающей дискриминативную валидность ССК в сравнении с другими расстройствами в DSM. Хотя ССК демонстрирует дивергентную валидность в отношении дименсиональных измерений депрессии, враждебности, фобической тревоги и межличностных проблем, его дискриминативная валидность в контексте ряда диагнозов, таких как большое депрессивное расстройство, паническое расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство, все еще активно изучается. Во-вторых, необходимо уточнить продолжительность эпизодов ССК, а также определить ассоциацию между повторяющимися эпизодами ССК и риском суицидального поведения. В-третьих, требуется дальнейшая проверка клинической целесообразности оценки ССК как инструмента для принятия клинических решений в различных амбулаторных, стационарных и экстренных условиях по всему миру. Наконец, необходимы клинические испытания для оценки эффективности фармакологических и психотерапевтических методов лечения ССК. Все эти вопросы в настоящее время изучаются нашей исследовательской группой и десятками других ученых по всему миру.

Диагноз ССК по классификации DSM (и, возможно, МКБ) с присвоенным диагностическим кодом мог бы стать для врачей системным инструментом для оценки и снижения суицидального риска, даже у лиц с высоким риском, отрицающих наличие суицидальных мыслей и намерений. Это также поможет выделять пациентов, заявляющих о суицидальных мыслях, которые на самом деле имеют низкий риск суицидального поведения. Кроме того, концептуальная и практическая понятность диагноза ССК, вероятно,

снизит уровень тревоги у специалистов при работе с суицидальными пациентами, что, в свою очередь, будет способствовать развитию эффективного терапевтического альянса. Наконец, мы считаем, что ясность в оценке суицидального риска благодаря диагнозу ССК, основанному на классификации DSM, поможет сократить юридические споры, усилить образовательные программы и стимулировать исследования новых методов лечения, что крайне важно для повышения эффективности профилактики суицида.

Igor Galynker, Sarah Bloch-Elkouby, Lisa J. Cohen

Mount Sinai Suicide Prevention Research Laboratory, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA

Авторы выражают благодарность за поддержку American Foundation for Suicide Prevention (TBT-1-136-22 Focus Grant).

Перевод: Исакулян Елизавета Леоновна, г. Москва
Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Berman AL, Silverman MM. Arch Suicide Res 2020;24(Suppl. 2):S370-80.
2. Oquendo MA, Wall M, Wang S et al. JAMA Psychiatry 2024;81:572-8.
3. Cohen LJ, Ardalán F, Yaseen Z et al. Suicide Life Threat Behav 2018;48:613-23.
4. Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A et al. Depress Anxiety 2017;34:147-58.
5. Galynker I. The suicidal crisis: clinical guide to the assessment of imminent suicide risk. Oxford: Oxford University Press, 2023.
6. Bafna A, Rogers ML, Galynker II. J Psychiatr Res 2022;156:228-35.
7. Karsen E, Cohen LJ, White B et al. J Clin Psychiatry 2023;84:22m14655.
8. Melzer L, Forkmann T, Teismann T. Suicide Life Threat Behav 2024;54:556-74.
9. Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS et al. J Affect Disord 2021;295:1280-91.

DOI:10.1002/wps.21229

Этические вызовы в современной психиатрии: обзор и оценка возможных стратегий и исследовательских потребностей

Silvana Galderisi¹, Paul S. Appelbaum², Neeraj Gill³⁻⁵, Piers Gooding⁶, Helen Herrman^{7,8}, Antonio Melillo¹, Keris Myrick⁹, Soumitra Pathare¹⁰, Martha Savage¹¹, George Szumukler¹², John Torous¹³

¹University of Campania «Luigi Vanvitelli», Naples, Italy; ²Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ³School of Medicine and Dentistry, Griffith University, Gold Coast, Brisbane, QLD, Australia; ⁴Mental Health Policy Unit, Health Research Institute, University of Canberra, Canberra, NSW, Australia; ⁵Mental Health and Specialist Services, Gold Coast Health, Southport, QLD, Australia; ⁶La Trobe Law School, La Trobe University, Melbourne, VIC, Australia; ⁷Orygen, Parkville, VIC, Australia; ⁸University of Melbourne, Parkville, VIC, Australia; ⁹Division of Digital Psychiatry, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ¹⁰Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, India; ¹¹Victoria University of Wellington, School of Geography, Environment and Earth Sciences, Wellington, New Zealand; ¹²Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ¹³Department of Psychiatry, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA.

Психиатрия разделяет большинство этических проблем с другими отраслями медицины, но также сталкивается и с уникальными трудностями. Этический кодекс Всемирной психиатрической ассоциации предлагает руководство по решению этих проблем, но многие специалисты в области психического здоровья не знают о нем и о принципах, им поддерживаемых. Кроме того, не всегда достаточно следовать кодексам этики для решения этических дилемм, которые возникают из-за возможных столкновений между их принципами, а также вследствие постоянных изменений в знаниях, культуре, отношениях и социально-экономическом контексте. В этой статье мы определяем темы, которые представляют собой сложные этические проблемы в современной психиатрии, которые могут оказать значительное влияние на клиническую практику, образование и исследовательскую деятельность и которые могут потребовать пересмотра этических кодексов профессии. К ним относятся: взаимосвязь между правами человека и охраной психического здоровья, исследованиями и обучением; права человека и законодательство в области психического здоровья; цифровая психиатрия; раннее вмешательство в психиатрии; принятие решений о прекращении жизни людьми с психическими заболеваниями; конфликт интересов в клинической практике, обучении и исследованиях; роль людей с пережитым опытом и неформальных помощников в формировании повестки в области психиатрической помощи, политики, исследований и обучения. По каждой теме мы выделяем этические проблемы, предлагаем стратегии их решения, обращаем внимание на риски, которые эти стратегии влекут за собой, и указываем на пробелы, которые необходимо устранить с помощью дальнейших исследований. Мы пришли к выводу, что для эффективного решения текущих этических проблем в психиатрии нам необходимо пересмотреть политику, службы, обучение, отношение, методы исследований и этические кодексы при одновременном участии целого ряда заинтересованных сторон, непредвзятых дискуссиях, новых моделях оказания помощи и наличии достаточного организационного потенциала для внедрения в повседневную клиническую практику, обучение и исследования.

Ключевые слова: этика психиатрии, права человека, принудительные практики, законодательство в области психического здоровья, цифровая психиатрия, раннее вмешательство, конфликты интересов, решения о прерывании жизни, совместное принятие решений, эксперты по опыту, сторонники семьи

Silvana Galderisi, Paul S. Appelbaum, Neeraj Gill et al. Ethical challenges in contemporary psychiatry: an overview and an appraisal of possible strategies and research needs. *World Psychiatry*. 2024;23:364-386

Психиатрия разделяет большинство этических проблем с другими отраслями медицины. Однако ей приходится встречаться и с уникальными этическими вызовами. Психиатры часто сталкиваются с обязанностями, выходящими за рамки медицинского обслуживания *stricto sensu* (в строгом смысле): например, от них могут требовать предсказывать рискованное поведение людей, которым они оказывают помощь, и каким-то образом защищать их и общество от такого поведения. Более того, существующая во всех медицинских специальностях разница в полномочиях между пациентами и врачами, как правило, более выражена в сфере психического здоровья, что в некоторых случаях способствовало возникновению различных форм злоупотреблений, вызвавших широкую этическую озабоченность¹⁻³.

Хотя психиатрия сталкивается с уникальными этическими проблемами, до 1970-х годов у этой профессии не было этического кодекса. В 1977 году, после тревожных сообщений о политических злоупотреблениях в профессии в некоторых странах, Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) официально приняла Гавайскую декларацию (первую из ряда международных деклараций, касающихся этики психиатрии), за которой в 2020 году последовал Этический кодекс психиатрии^{4,5}.

Этический кодекс ВПА определяет принципы этики клинической психиатрической практики, психиатрического образования, исследований и публикаций, а также общественного психического здоровья. Определены пять принципов, которыми должны руководствоваться все психиатры: милосердие, уважение к независимости пациентов, недопущение причинения вреда, совершенствование стандартов практики и применение опыта на благо общества (т.е.

использование психиатрических знаний и навыков для укрепления психического здоровья).

Однако этические дилеммы могут возникнуть, когда вышеуказанные принципы вступают в противоречие друг с другом. Кроме того, этические вопросы, связанные с психиатрией, эволюционируют по мере изменения профессионального и социокультурного контекста и появления новых чувствительных вопросов. Недавние примеры – развитие цифровой психиатрии и растущее понимание необходимости активного вовлечения людей с пережитым опытом психических расстройств (people with lived experience of mental health conditions, PWLE) и их неформальных помощников в процесс принятия клинических решений и планирования помощи.

В данной работе определены некоторые актуальные этические проблемы психиатрической службы, предложены возможные стратегии их решения, уделено внимание рискам, связанным с предлагаемыми стратегиями, и выделены пробелы, которые необходимо устранить с помощью дальнейших исследований.

В работе уделяется особое внимание правам человека. Мы не можем игнорировать, что эти права, которые неотъемлемо присущи каждому человеку, иногда нарушались – и продолжают игнорироваться в некоторых случаях – в отношении PWLE, а также оставлять без внимания растущие доказательства того, что качество лечения, исследований и обучения в психиатрии значительно зависит от соблюдения этих прав⁶⁻⁹.

Конвенция Организации Объединенных Наций (ООН) о правах инвалидов (КПИ)¹⁰ стала важным шагом вперед в этом отношении. Она ознаменовала собой сдвиг в парадигме

отношения к людям с инвалидностью, в том числе связанной с психическими расстройствами, не как к «объектам» благотворительности, медицинского лечения и социальной защиты, а как к «субъектам», обладающим правами, способным отстаивать эти права и делать собственный выбор. КПИ, в интерпретации некоторых экспертов и заинтересованных сторон (хотя и оспариваемой другими), также вызывает озабоченность в отношении некоторых психиатрических практик, в частности тех, которые касаются лечения людей против их воли, и в отношении обычных законов о психическом здоровье. В настоящее время эти вопросы являются предметом оживленных дискуссий.

Акцент на правах человека весьма актуален в связи с происходящими изменениями в сфере оказания психиатрической помощи, особенно в тех странах, которые сократили или сокращают крупные психиатрические учреждения, заменяя их оказанием помощи на уровне сообществ. Реализация и устойчивость этих изменений существенно различаются по странам и даже по регионам одной страны. Их результат в значительной степени зависит от социально-экономического и политического положения дел, которое препятствует дискриминации и поддерживает социальную интеграцию и равный доступ к здравоохранению, включая психиатрическую помощь.

Развитие цифровых инструментов и вмешательств в психиатрии можно рассматривать как перспективный способ обеспечения равенства в доступе к психиатрической помощи. Однако оно также порождает широкий спектр этических проблем, которые активно обсуждаются. Аналогичные соображения относятся и к области раннего вмешательства в психиатрии. Несмотря на то что раннее вмешательство соответствует важным этическим принципам и принципам здравоохранения, а также является реальным и перспективным способом снижения бремени инвалидности, связанного с психическими расстройствами, оно вызывает этические опасения из-за чрезмерной активности в отношении временных психических расстройств и возможности возникновения нежелательных последствий стигматизации.

Трудноразрешимые этические проблемы касаются и другой важной современной темы – принятия решений о эвтаназии. Этот вопрос в настоящее время обсуждается в общей медицине, однако он гораздо более противоречив в психиатрии, где определенные симптомы могут влиять на процессы принятия взвешенных решений.

Психиатры также сталкиваются с этическими проблемами, когда, руководствуясь принципом содействия улучшению стандартов медицинской помощи, они взаимодействуют с фармацевтической промышленностью и производством медицинского оборудования; когда на клиническую деятельность, направленную на благо людей, влияет интеллектуальная приверженность определенной научной школе^{11,12}; или когда стремление к благополучию и независимости людей вступает в противоречие с интересами психиатра по предотвращению предполагаемых или фактических рисков, связанных с юридической ответственностью.

Все вышеперечисленные возникающие этические проблемы и головоломки рассматриваются в различных разделах данной работы. Заключительный раздел посвящен роли PWLE и неформальных помощников в формировании повестки в области охраны психического здоровья, касающейся психиатрической помощи, исследований и обучения, а также в разработке политики в области психического здоровья, которая была бы этически и юридически обоснованной и, в то же время, отвечала бы их потребностям. Реальный прогресс психиатрии невозможен без тесного сотрудничества между ее специалистами, PWLE, неформальными помощниками и регулируемыми инстанциями. Хотя с такой позицией многие согласны, такое сотрудничество еще не реализовано на глобальном уровне.

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЕ

Современная система прав человека основана на концепции уважения достоинства, присущего всем людям¹⁴. Она

была сформулирована ООН во Всеобщей декларации прав человека (1948)¹⁵, которая, вместе с Международным пактом о гражданских и политических правах 1966 года¹⁶ и Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах¹⁷, образует так называемый Международный билль о правах человека^{14,18}. С тех пор тема прав человека значительно расширилась и теперь является основополагающей частью нашего правового, политического и морального фона.

Экономические, социальные и культурные права включают в себя права на жилье, питание, образование, занятость, здоровье, социальную интеграцию и участие в культурной жизни. Гражданские и политические права включают в себя право на свободу; свободу от пыток, жестокого или унижающего достоинство обращения, эксплуатации, насилия и злоупотреблений властью; и равенство перед законом. Вышеуказанная дихотомия имеет определенную концептуальную основу: первые права подразумевают обязанность государства обеспечить предоставление основных прав; вторые относятся к обязанности государства не вторгаться в жизнь людей без четкого и убедительного обоснования. Однако общепризнано, что все права человека взаимозависимы, взаимосвязаны и неделимы^{14,18,19}.

Как психическое здоровье, так и права человека связаны с социальной справедливостью и социальной ответственностью¹⁸, также они неразрывно связаны между собой по трем направлениям^{20,21}: организация и практика психиатрической помощи могут либо защищать, либо нарушать права человека; и наоборот, нарушения прав человека негативно влияют на психическое здоровье; и, наконец, укрепление психического здоровья и прав человека взаимно усиливают друг друга.

Несмотря на центральное значение взаимосвязи между правами человека и психическим здоровьем, международное признание прав людей с психическими расстройствами произошло более чем через 40 лет после принятия Всеобщей декларации прав человека. Это произошло благодаря Принципам защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (Принципы психических заболеваний или Принципы ПЗ), принятым Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 году^{22,23}.

Принципы ПЗ включали в себя укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств; всеобщий доступ к базовой психиатрической помощи; предоставление наименее ограничительного вида психиатрической помощи; самоопределение; и автоматические механизмы надзора. Однако эти принципы не имели юридически обязательного статуса с точки зрения международного права²⁴. Более того, они подверглись критике по нескольким причинам, в том числе из-за того, что к их разработке не были привлечены организации, представляющие PWLE, и что они, как представляется, обеспечивают более слабую защиту по сравнению с другими ранее существовавшими документами по правам человека, особенно в вопросах согласия на лечение^{25,26}.

Хотя Международный билль о правах человека защищает права всех людей, на практике некоторые особо уязвимые группы были обделены вниманием. Это привело к тому, что за последние четыре десятилетия были разработаны договоры, касающиеся отдельных групп населения, яркими примерами которых являются дети (Конвенция о правах ребенка), женщины (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации женщин) и расовые меньшинства (Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации). Эти конкретные конвенции не создают новых прав, а развивают и расширяют реализацию прав, включенных в Международный билль, уделяя внимание особым потребностям этих групп.

За последние три десятилетия правозащитная деятельность инвалидов и представляющих их организаций привела к признанию того, что эти люди являются еще одной особой группой, и того, что для защиты их прав необходима специальная конвенция. КПИ была принята ООН в 2006 году после пяти лет переговоров между различными заинтересованными сторонами, включая правительственные делегации, представителей ООН, правозащитные агентства

и организации, работающие в этой области, и, что особенно важно, организации PWLE и членов их семей¹⁰. Конвенция вступила в силу в 2008 году.

КПИ делает акцент на экономических, социальных и культурных правах, включая право на жизнь (Статья 10), а также права, касающиеся **независимого** проживания и участия в жизни общества (Статья 19), дома и семьи (Статья 23), образования (Статья 24), здоровья (Статья 25), абилитации и реабилитации (Статья 26), труда и занятости (Статья 27), достаточного уровня жизни и социальной защиты (Статья 28) и участия в культурной жизни (Статья 30). Гражданские и политические права также подчеркиваются в КПИ, включая равное признание перед законом (Статья 12); свободу от пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (Статья 15); и свободу от эксплуатации, насилия и злоупотреблений властью^{27,28}.

Взгляд на права человека, отраженный в КПИ, требует нового акцента на уважении достоинства и самостоятельности PWLE. Конвенция гласит, что «инвалиды наравне с другими обладают «дееспособностью», то есть наравне с другими имеют юридическое положение и могут осуществлять свои юридические права и обязанности» (Статья 12); «наличие инвалидности ни в коем случае не является основанием для лишения свободы» (Статья 14); и «каждый инвалид имеет право на уважение своей физической и психической неприкосновенности наравне с другими» (Статья 17).

Некоторые ученые и организации, а также Комитет ООН, созданный для контроля за выполнением Конвенции (Комитет КПИ), интерпретируют эти статьи как запрещающие при любых обстоятельствах недобровольную психиатрическую госпитализацию и лечение, а также назначение законных представителей^{29,30}. Они утверждают, что «права, воля и предпочтения» человека должны уважаться всегда, и государство обязано обеспечить поддержку людям, чтобы они могли выразить свою «волю и предпочтения». Однако другие критики считают такое толкование «абсолютистским» или «радикальным» и нереалистичным. Они утверждают, что, несмотря на поддержку, иногда бывает трудно определить, каковы воля и предпочтения конкретного лица.

В таких обстоятельствах Комитет КПИ заявляет, что следует учитывать «наилучшее толкование воли и предпочтений человека». На практике этот принцип может быть очень близок к «законному представительству». Медицинские работники утверждают, что бывают случаи, когда законное представительство необходимо для защиты других ключевых прав, включая право на здоровье или право на жизнь³¹⁻³³. Соответственно, Этический кодекс ВПА призывает уважать независимость и достоинство людей с психическими расстройствами, но признает, что недобровольное психиатрическое вмешательство может потребоваться в качестве крайней меры для защиты безопасности и восстановления независимости человека, когда менее ограничительные меры не дали результата⁴.

Внимание также обращается на статью 12.4 КПИ, в которой говорится, что любые меры, влияющие на осуществление «дееспособности», должны применяться в течение кратчайшего периода времени, быть свободными от конфликта интересов и иметь надежные сдержки и противовесы. Принудительные и ограничительные вмешательства по-прежнему чрезмерно используются в психиатрии. В связи с этим ВПА опубликовала заявление о своей позиции и создала целевую группу по внедрению альтернатив принуждению в психиатрической практике^{34,35}.

Необходимо соблюдать вековые принципы милосердия и недопущения причинения вреда, однако система прав человека побуждает освободить психиатрию от патерналистского и институционального менталитета и сместить фокус в сторону уважения независимости и достоинства PWLE, одновременно выступая за предоставление необходимой поддержки³⁶.

Хотя можно утверждать, что принудительные вмешательства иногда могут быть необходимы для спасения жизни или восстановления независимости личности, широко распространенное чрезмерное использование этих вмеша-

тельств в психиатрии является лишь следствием и отражением неприятия риска в обществе. Поэтому любые попытки сдвинуть фокус в клинической практике в сторону большего уважения к независимости людей должны сопровождаться обсуждением на уровне общества вопросов продвижения прав человека, вопросов стигмы, тенденции СМИ к недостаточно взвешенным «сенсационным» заявлениям, терпимости к риску (т.е. приемлемого уровня риска) в политических кругах и обществе в целом.

Открытый патернализм не может быть заменен на полное пренебрежение и отстранение от PWLE, КПИ также не выступает за такой шаг. Необходимо сосредоточиться на альтернативах принуждению, основанных на правах человека, а также признать, что риски и ошибки являются частью человеческой деятельности, в том числе для людей с психосоциальной инвалидностью. Этот акцент может быть реализован адаптированными к местным условиям способами с помощью доказательных, ориентированных на выздоровление и учитывающих потенциальный риск «травматизации», в службах, которые основаны на сообществе и работают в рамках системы совместной помощи. Такой подход, независимо от того, реализуется ли он на национальном, региональном или ведомственном уровне, может сместить акцент психиатрической этики в сторону большего уважения к независимости и достоинству человека.

Одним из часто упоминаемых препятствий для применения вышеуказанного подхода является отсутствие достаточных ресурсов, что вынуждает лечащих врачей прибегать к принудительным мерам. Однако принудительные меры чрезмерно применяются не только там, где ресурсы ограничены³⁷. Для внедрения подхода, основанного на правах человека, психиатры и другие специалисты в области психического здоровья должны отстаивать и лоббировать получение необходимых ресурсов. Продолжение использования принуждения в условиях нехватки ресурсов порождает порочный круг и позволяет системе продолжать недостаточно финансировать помощь³⁸.

Этический кодекс ВПА охватывает вопросы общественного психического здоровья, включая укрепление психического здоровья. Права человека и социальная справедливость дополняют укрепление психического здоровья на уровне населения^{39,40}. Социальная справедливость требует равных прав через равный доступ к ресурсам и возможностям, особенно для людей, живущих в бедности, имеющих инвалидность или в той или иной степени маргинализированных^{41,42}.

У нас есть знания и средства для решения проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья, включая психическое здоровье^{43,44}. Обеспечение равного доступа к доступному жилью, образованию и рабочим местам, а также социальное участие и вовлечение в жизнь общества является основной обязанностью правительств. Необходима политическая работа, чтобы знания воплотились в действия, а психическое здоровье оказалось в центре внимания политиков во всех сферах правительства, включая сферу здравоохранения. Психиатрия должна принять систему прав человека и встать во главе движения за укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств⁴⁵, а также за принятие и применение парадигмы восстановления в сфере охраны психического здоровья⁴⁶.

Актуальная этическая дилемма для многих психиатров – это временные затраты на пропаганду и профилактику психического здоровья среди населения, в то время как у них уже есть много тяжелых служебных обязанностей, требующих больших временных затрат. Однако здесь уместен пример кардиологии: как кардиологи продолжают заниматься клинической работой, одновременно консультируя учреждения общественного здравоохранения о профилактической роли здорового питания и физических упражнениях, так и психиатры должны выполнять свои клинические обязанности, одновременно консультируя учреждения общественного здравоохранения – а также другие учреждения, в частности, социального обеспечения, жилищного строительства и уголовного права – о принципах и стратегиях общественного психического здоровья. Психиатры должны использовать все возможности для того, чтобы уч-

реждения общественного здравоохранения рассматривали укрепление психического здоровья в рамках своей роли, при участии и под руководством специалистов по психическому здоровью, PWLE и неформальных помощников^{39,47}.

Обучение психиатрии должно опираться на систему прав человека и включать в себя развитие навыков лидерства на макроуровне, совместной работы с PWLE и их семейными/неформальными сторонниками, публичной защиты, а также и позитивного использования СМИ⁴⁸. Психиатрические исследования должны быть сосредоточены не только на нейронауке и биомедицине, но и на социальных и общественных аспектах психического здоровья³⁹.

ЗАКОН О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ БЕЗ ДИСКРИМИНАЦИИ

Как уже говорилось ранее, акцент на правах человека требует смещения фокуса этики в психиатрии от патернализма к большему акценту на уважении независимости и достоинства всех людей. Это вызывает озабоченность в отношении принципов, регулирующих обычные формы законодательства в области психического здоровья и недобровольного лечения⁴⁹⁻⁵². Принципы, обычно регулирующие недобровольное лечение в законодательстве о психическом здоровье, остаются неизменными в своей основе уже около двух столетий. Они отражают глубоко укоренившиеся предвзятые стереотипы в отношении людей с психическими заболеваниями, а именно, что они по своей сути неспособны выносить здравые суждения и опасны для окружающих.

Традиционными критериями для применения недобровольных мер являются наличие «психического расстройства», обычно нечетко определенного, а также риск причинения вреда самому человеку или окружающим. Такая схема «расстройство + риск» может рассматриваться как дискриминация людей с психическими расстройствами, лишаящая их прав, которыми пользуются те, у кого нет диагноза психического расстройства. В юрисдикциях с хорошо развитым законодательством, регулирующим лечение без согласия в общей медицине, возможность лечения без согласия появляется только тогда, когда человек не обладает способностью принятия решения о согласии на лечение. Обычно существует дополнительное требование: лечение должно отвечать «наилучшим интересам» человека. Принято считать, что пациенты с «соматическими» расстройствами, если они обладают способностью принимать решения, могут отказаться от лечения, даже если это может повлечь за собой серьезные последствия.

Если же от лечения отказывается человек с «психическим расстройством», законодательство о психическом здоровье не требует уделять особое внимание его способности принимать решения, как это обычно делается в отношении людей с «соматическими» заболеваниями – например, способности понимать важную информацию о болезни и причинах предлагаемого лечения; оценивать значимость этой информации для своего положения; использовать эту информацию или выносить на ее основе суждения в свете своих ценностей или личных жизненных целей⁵³. Не возникает также вопроса о том, каким образом предполагается, что предлагаемое лечение отвечает «наилучшим интересам» человека. По сути, это точка зрения врача, а не пациента. Таким образом, несправедливая дискриминация по отношению к людям с «психическим расстройством» очевидна.

Существует и вторая форма возможной дискриминации: ответственность за превентивную изоляцию. Люди с психическими расстройствами могут быть изолированы, поскольку они, как считается, представляют опасность причинения вреда окружающим, не совершив при этом преступления (или не попав под серьезное подозрение в его совершении), как все остальные. Подавляющее большинство людей, представляющих опасность для окружающих, не страдают психическими расстройствами. Люди с психическими расстройствами совершают лишь очень малую долю тяжелых насильственных преступлений^{54,55}. Тем не менее законы о недобровольной госпитализации часто допускают

изоляция лиц с психическими расстройствами лишь на основании риска. Можно сказать, что не все равны перед законом. Если превентивная изоляция разрешена для лиц с психическими расстройствами только на основании риска, представляемого для других, то такие же критерии должны применяться ко всем.

Для устранения вышеперечисленных форм дискриминации было предложено разработать единый закон, охватывающий всю медицинскую помощь, включая психиатрию. Он будет применяться в тех случаях, когда человек испытывает трудности с принятием серьезного решения о лечении^{50,51,56}. Согласно этому предложению, недобровольное лечение будет разрешено только в том случае, если у возражающего лица нарушена способность принимать решения по любой причине, а также если лечение отвечает его наилучшим интересам.

Нет никаких оснований полагать, что закон, основанный на психической дееспособности, не может быть применен в сфере охраны психического здоровья. Действительно, такое законодательство было разработано и принято^{57,58}. Можно разработать меры – например, привлекая тех, кто хорошо знает человека, осуществлять независимую защиту, получать второе мнение, пользоваться апелляциями в трибуналом (ООН) в случае несогласия – для того чтобы PWLE не считались лишенными способности принимать решения только потому, что они не согласны со своими врачами.

Концепции «дееспособности» и «наилучших интересов» с годами продвинулись вперед, особенно в том, что касается оценки элементов «использования» и «взвешивания» (или «осознания» и «рассуждения») в первом случае, а также особого внимания, которое следует уделять убеждениям и ценностям человека при оценке второго.

Здесь также возможна согласованность с КПИ¹⁰. Как уже отмечалось ранее, Комитет КПИ настаивает на том, что недобровольное лечение людей с психическими (или «психосоциальными») расстройствами запрещено²⁹. Комитет утверждает, что Статья 12 Конвенции подразумевает, что все люди, независимо от их способности принимать решения, должны обладать «дееспособностью» на «равной основе с другими»²⁹. Дееспособность подразумевает право на признание перед законом, а также право на юридическое признание своих решений. Проводится различие между правовым понятием «дееспособности» и «психической дееспособности» (в целом, способность человека к принятию любых решений), и утверждается, что последняя не может служить оправданием для лишения первой.

Довольно проблематично разобраться в вопросах возможных последствий наличия предварительного волеизъявления и распоряжений человека в связи с такой интерпретацией Комитета^{60,61}.

Заблаговременные распоряжения являются ценным инструментом для поддержки самостоятельности людей в принятии решений, основанном на способности их принимать. Они также одобрены Комитетом КПИ в качестве меры поддержки «дееспособности» человека: «Для многих людей с инвалидностью возможность планировать заранее является важной формой поддержки, благодаря которой они могут изложить свою волю и предпочтения, которым надо следовать тогда, когда они могут быть уже не в состоянии сообщить о своих желаниях другим».

Заблаговременное распоряжение подразумевает, что человек в период обладания явной способностью принимать решения (Время 1), заявляет, что, если в будущем случится эпизод болезни (Время 2), он/она – на основании прошлого опыта – скорее всего, выразит предпочтение (например, отказ от лечения), которое не будет считаться тем, чего он/она действительно или «независимо» желает, и поэтому не должно быть соблюдено. Если эпизод заболевания произойдет, какое предпочтение (Время 1 или 2) следует уважать? Комитет КПИ не дает никаких указаний по этому вопросу. Должно ли соблюдаться предпочтение времени 2 (отказ от лечения), отвергнув момент Времени 1, или предпочтение Времени 1? Если это предпочтение, выраженное в Момент 2, то какой смысл в таком предварительном заявлении?

Упоминание выражения «воля и предпочтение» в КПИ стало обычным делом, однако ни один орган, включая Комитет КПИ, не дал его определения. Что же могут означать эти слова? «Предпочтение» имеет относительно простое значение: большая симпатия к одной альтернативе по сравнению с другой. Значение слова «воля» менее ясно. В обычном языке «воля» имеет смысл твердой решимости действовать определенным образом. Кроме того, «воля» имеет долгую историю в философии разума и действия, где она имеет противоречивые значения. Однако достаточно распространенной является концепция «воли» как некой мотивирующей или самоуправляемой психической структуры высшего порядка, которая определяет, какие желания, устремления или «предпочтения» должны быть воплощены в поступках, и в которой «ценности» человека играют ключевую роль^{60,62}.

Таким образом, можно провести различие между «волей» и «предпочтением». «Волю» можно рассматривать как проявление глубоко укоренившихся, достаточно стабильных и последовательных личных убеждений, ценностей, обязательств и представлений о благе. В этом смысле она отличается от желания, склонности или «предпочтения», имеющегося в настоящем, даже сильно выраженного. Обычно «воля» и «предпочтения», по большому счету, идут рука об руку. Именно тогда, когда «воля» и «предпочтения» расходятся или противоречат друг другу, а человеку необходимо принять серьезное решение, может возникнуть проблема.

С этой точки зрения, предварительное распоряжение основано на разнице между «волей» человека (и связанными с ней предпочтениями), выраженной в момент Времени 1, и «предпочтениями», которые, как он предполагает, будут выражены в момент Времени 2 и которые он просит игнорировать, поскольку они не являются тем, чего он/она «действительно желает». Как правило, мы соблюдаем «волю» человека в момент Времени 1, если она отражает его глубокие убеждения и ценности. Человек может указать психологические или поведенческие индикаторы того, что его способность принимать решения достаточно ослаблена, чтобы задействовать предварительное распоряжение. Это особенно важно в случае «самообязывающих» распоряжений, в которых человек может подробно указать условия, которые должны быть выполнены, чтобы лечение было проведено несмотря на его возражения, по сути, давая предварительное согласие на такое лечение.

Удовлетворение предпочтения в момент Времени 2 при наличии расхождения с предпочтением в момент Времени 1 означает игнорирование «воли» или, по сути, «независимости» человека и не соответствует первому общему принципу КПИ («уважение [присущего] достоинства, автономии индивидуума, включая свободу делать собственный выбор, и независимости личности»).

Если принять этот анализ, то из него следует, что мы должны учитывать «волю» человека и ее влияние на решение («предпочтение») даже в том случае, если человек не сделал письменного предварительного распоряжения, но выразил эту «волю» через свои жизненные выборы и убеждения, о чем могут свидетельствовать люди, которые хорошо его знают – например, близкие родственники и друзья.

Этот анализ «воли и предпочтений» добавляет еще одно измерение к значениям понятий «способность принимать решения» и «наилучшие интересы», что может потребовать значительного изменения формулировок. Способность принимать решения о лечении игнорируется в случае серьезного расхождения или несоответствия между «волей» человека и выраженными в данный момент «предпочтениями» в отношении лечения. Наилучшим интересам человека в первую очередь служат действия, направленные на реализацию его «воли», насколько это возможно. Чем сильнее аргументы в пользу недобровольного вмешательства, тем больше угроза «воле» человека – то есть его глубоким убеждениям и ценностям, обязательствам и жизненным проектам – которая возникнет в результате реализации противоречащих «предпочтений».

Этот подход имеет некоторое сходство с позицией Федерального конституционного суда Германии, основанной на

различии в немецком праве между *natürlicher Wille* (естественной волей) и *freier Wille* (свободной волей)⁶³, аналогично различию между «предпочтением» и «волей» соответственно. Суд постановил, что обязанность государства обеспечить защиту лица, которому грозит серьезный вред и которое не в состоянии сформировать «свободную волю», допускает отмену «естественной воли» этого лица – если ее формирование нарушено в результате болезни. Приоритет отдается «первоначальной свободной воле» человека – компетентной «воле», сформированной в прошлом. Может потребоваться поддержка, чтобы дать человеку возможность выразить эту «свободную волю».

Бывают ситуации, когда невозможно узнать, какова может быть «воля» человека – например, когда нет никого, кто знал бы этого человека, или человек страдает тяжелыми умственными расстройствами и не может четко выразить свою волю. В таких случаях было предложено по умолчанию рассматривать права человека, относящиеся к данной ситуации, в качестве руководства для принятия решения^{64,65}.

ЭТИКА В ГЛОБАЛЬНОЙ ЦИФРОВОЙ ПСИХИАТРИИ

Акцент на правах человека также имеет отношение к цифровому повороту в психиатрии. Этот поворот сулит повышение справедливости и доступности медицинской помощи, что отвечает некоторым ключевым принципам глобальных этических кодексов. Однако цифровая психиатрия породила широкий спектр этических и, в некоторых случаях, правовых проблем, требующих безотлагательного внимания.

К числу очевидных потенциальных преимуществ цифровых разработок в психиатрии относятся веб-формы поддержки и другие формы поддержки на основе информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), помогающие преодолеть географические барьеры⁶⁶⁻⁶⁸ и способствующие конфиденциальному и анонимному поиску помощи. Это может открыть возможности для вовлечения труднодоступных групп населения. Люди с низким и средним уровнем ресурсов могут извлечь особую пользу из доступной поддержки с помощью цифровых технологий⁶⁹. Цифровые технологии также могут улучшить доступность качественной информации, чтобы повысить осведомленность о соответствующих формах поддержки, способствовать раннему выявлению и лечению, а также помочь в мониторинге и координации предоставления услуг.

Однако существует вероятность того, что цифровые подходы могут обесценить индивидуальную поддержку, доверие между людьми и оказывающими помощь специалистами, поставить под угрозу неприкосновенность частной жизни, безопасность и защиту, ограничить подотчетность и профессиональную ответственность, когда что-то идет не так, а также усилить дискриминацию и неравенство по признакам расы, языка, пола, инвалидности и бедности.

Алгоритмы искусственного интеллекта (ИИ), например, могут быть подвержены «предвзятости», возникающей из-за данных, на которых они обучаются, что усугубляет существующее неравенство, поскольку ИИ учится у человека и общества. Мы должны понимать, как ИИ принимает решения в различных критических ситуациях⁷⁰. Неявные и явные предубеждения, которые могут улавливаться алгоритмами ИИ, хорошо задокументированы⁷¹. В США, где, как представляется, автоматизированное принятие решений применяется наиболее широко, есть даже свидетельства того, что ИИ ответствен за сокращение доступа афроамериканских PWLE к адекватной психиатрической помощи⁷².

Неприкосновенность и конфиденциальность частной жизни могут быть нарушены в условиях прибыльного рынка данных о здоровье людей, включая личные данные о состоянии психического здоровья⁷³. Например, в марте 2023 года Федеральная торговая комиссия США подала жалобу на компанию онлайн-терапии BetterHelp⁷⁴, которая была оштрафована на 7,8 млн долларов США за то, что якобы передавала данные своих пользователей Facebook (признан

экстремистской организацией и запрещен на территории РФ), TikTok и другим технологическим компаниям. Эти данные использовались для целевой рекламы, несмотря на то что компания обещала сохранять конфиденциальность личных данных. В других случаях, например, при взломе сервисов, предоставляющих медицинскую помощь через интернет, также остро встают вопросы безопасности и защиты⁷⁵⁻⁷⁷.

Чат-боты с ИИ также вызывают опасения в отношении безопасности, в том числе в случаях, когда они, по сообщениям, предлагают вредные советы людям, обращающимся за помощью в области психического здоровья⁷⁸⁻⁸⁰. Эти чат-боты могут также подорвать конфиденциальность пользователей услуг, когда они используются в онлайн-службах охраны психического здоровья без информированного согласия или традиционного одобрения исследований⁸⁰.

Учитывая отсутствие единого руководства для цифровых технологий в области психического здоровья, этические принципы предлагают наиболее четкое руководство. Однако одной из проблем, мешающих ориентироваться в этических вопросах, является огромное разнообразие видов деятельности, которые подпадают под понятие «телепсихиатрия». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дала достаточно широкое определение телепсихиатрии: «использование информационных и коммуникационных технологий для оказания услуг в области психического здоровья»⁸¹. Насколько всеобъемлющее определение сразу вызывает определенные трудности. Разнообразные технологические практики часто влекут за собой столь же разнообразные этические и правовые проблемы.

Спектр применения современных ИКТ в области психического здоровья поражает воображение: общение, обмен информацией (например, обмен электронными медицинскими картами), поддержка принятия профессиональных решений (включая предоставление данных для помощи специалистам в принятии решений), цифровая терапия (когда технологии используются в качестве лечения, например, мобильные приложения, назначаемые врачами)⁸², «персонализированная медицина» (предполагающая получение и анализ «больших объемов данных», касающихся генетических особенностей конкретного человека, окружающей его среды и поведения с целью выбора тактики лечения), мониторинг и наблюдение за пациентами и/или популяциями (предполагает «отслеживание» индивидуальной или популяционной информации о здоровье с течением времени, например, выявление людей или сообществ, подверженных риску самоубийства или психоза^{83,84}, контроль соблюдения режима приема лекарств с помощью «цифровых таблеток»⁸⁵ или наблюдение за пациентами судебной психиатрии с помощью глобальной системы позиционирования)⁸⁶, информационные сервисы (например, поддержка пользователей услуг и их навигация в системах здравоохранения, включая персональные медицинские карты, вспомогательные средства принятия решений для пользователей услуг и даже нормативную отчетность)⁸⁷.

Некоторые из этих практик применяются в различных сферах: не только в здравоохранении, но и в образовании (средства поддержки и мониторинга студентов), уголовном праве (оценка рисков и дистанционный мониторинг), на рабочих местах (программы помощи при трудоустройстве), а также при продаже товаров, предназначенных непосредственно для потребителя, например, 10 000 с лишним приложений для психического здоровья, представленных на рынке⁸⁸. В этом последнем аспекте заметен масштаб частных инвестиций: в 2021 году, согласно одному из отчетов о состоянии рынка, цифровые стартапы, специализирующиеся на психическом здоровье, получили более пяти миллиардов долларов венчурного капитала – более чем в два раза больше, чем на любую другую медицинскую тему⁸⁹, а в 2023 году инвестиции еще больше увеличились⁹⁰.

Зачастую неясно, подвергались ли такие инициативы научной или этической проверке и в какой степени. Недавние отчеты свидетельствуют о том, что цифровым устройствам для поддержания здоровья, даже получившим разрешение Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and Drug Administration

(FDA)), не хватает доказательности эффективности. Из всех одобренных устройств только два были оценены хотя бы в одном слепом рандомизированном исследовании, в котором использовались и другие строгие стандарты доказательности⁹¹. Другое исследование, посвященное стартапам в области цифрового здравоохранения, не выявило корреляции между клинической надежностью и количеством обращений за помощью, общим объемом финансирования или возрастом компании⁹².

Есть также свидетельства того, что этическая экспертиза редко составляет существенную часть прикладных исследований в этой области⁹³. Регулирующие органы также стремятся к ясности, пытаясь перейти от реактивного к проактивному подходу, однако остаются вопросы о том, что представляет собой идеальная схема регулирования, и сохраняются пробелы в этических и нормативных системах⁹⁴.

Этические схемы продолжают сохранять свою ценность в описанной выше развивающейся цифровой среде психического здоровья. Признание частого противоречия между клинической практикой и мобильной индустрией, ориентированной на потребителя, породило множество этических гарантий, направленных на управление риском для терапевтических отношений, информированное согласие, конфиденциальность и взаимное согласование целей и ожиданий лечения⁸⁸. Были предприняты усилия по выявлению этических принципов, тем и вопросов, которые затрагивают различные виды практики^{87,95-98}. К широким темам и вопросам относятся безопасность и защищенность; независимость; партнерство и активное участие PWLE, на которых влияют новые технологии; конфиденциальность; подотчетность; прозрачность; равенство, недопущение дискриминации и справедливость; профессиональная ответственность, научная добросовестность и практика, основанная на доказательствах.

Эти общие концепции могут быть полезны для широкого обсуждения, но конкретные технологические практики в конкретных условиях, как правило, требуют более пристального рассмотрения. Это происходит, например, с развитием цифрового фенотипирования⁹⁹⁻¹⁰², электронных медицинских карт^{103,104} и приложений для смартфонов¹⁰⁵. С развитием научных данных развиваются и этические проблемы. Например, очевидно, что цифровые исследования психического здоровья должны включать цифровые же контрольные группы¹⁰⁶, однако этические вопросы, связанные с ослеплением и условиями контроля, остаются практически неизученными.

Если взять в качестве примера приложения для лечения психических расстройств, то, несмотря на миллиарды долларов государственных и частных инвестиций, они не смогли «преобразовать медицинскую помощь», как многие надеялись¹⁰⁷. Эту неудачу уже нельзя объяснить «цифровым разрывом» в доступе к технологиям, хотя равноправный доступ к ИКТ для PWLE остается проблемой^{108,109}.

Первая проблема – это цифровое самоопределение, которое остается «недостаточно развитым в группах населения с наибольшими потребностями в области психического здоровья»¹⁰⁷. Отчасти это связано с неравенством в цифровой грамотности, которое коренится в более глубоком неравенстве в образовательных навыках. Например, обследование жителей Великобритании с серьезными психическими заболеваниями показало, что, хотя только 12% из них не имели смартфона, почти 42% не обладали фундаментальными навыками цифровой грамотности, необходимыми для использования устройства для продвижения своего выздоровления¹¹⁰.

Вторая проблема связана с опасениями по поводу эффективности и конфиденциальности. Хотя люди заинтересованы в использовании приложений для улучшения психического здоровья, большинство из них не верят, что приложения работают и действительно защищают их частную жизнь^{94,107}. Большинство людей при опросе о причинах отказа от использования приложений отвечают, что «не думают, что это будет полезно»¹¹¹. Согласно национальным исследованиям, проведенным в Великобритании и США, менее 15% людей готовы поделиться с компанией аноним-

ной личной медицинской информацией в целях улучшения медицинского обслуживания¹¹². Опасения по поводу недостаточной эффективности и конфиденциальности не единичны, они были названы препятствиями для внедрения в странах с низким и средним уровнем дохода¹¹³.

Третья проблема связана с социальными связями. Низкая вовлеченность быстро стала одной из основных причин отказа от использования цифровых технологий в сфере психического здоровья и их неэффективности¹¹⁴. Хотя усилия по улучшению дизайна, геймификации и стимулированию могут быть продуктивными, одна лишь технология вряд ли решит фундаментальную проблему. Поскольку изоляция и одиночество представляют собой угрозу общественному здоровью, цифровые инструменты охраны психического здоровья будут работать лучше всего, «когда они помогают людям формировать прочные социальные связи, а не мотивируют их продолжать сосредотачиваться на себе»¹⁰⁷. Это означает, что цифровые инструменты должны быть интегрированы в более комплексные программы ухода и лечения. Однако сегодня только 25% приложений имеют такую возможность¹⁰⁷. Более того, добавление дополнительного человеческого участия требует дополнительных затрат и снижает масштабируемость цифровых инструментов здравоохранения. Это также создает новые направления контроля качества, учитывая вариативность, присущую нелицензированной клинической поддержке в виде новых приложений-«трениров», или цифровых «навигаторов», которые, вероятно, станут движущей силой следующего поколения этих инструментов¹¹⁵.

Усилия по поддержке цифрового самоопределения, эффективности и конфиденциальности, а также социальных связей могут быть реализованы уже сегодня¹¹⁶. Повышение цифровой грамотности вполне осуществимо, о чем свидетельствуют такие программы, как «Цифровые возможности получения ресурсов и навыков» (Digital Opportunities for Obtaining Resources and Skills, DOORS), которая предлагает обучение, ресурсы и навыки, чтобы участники могли комфортно и с удовольствием пользоваться приложениями. Также были предложены методы отбора и проверки приложений. В качестве примера можно привести базу данных M-Health Index and Navigation Database (MIND), в которой используется система оценки Американской психиатрической ассоциации, позволяющая врачам делать более обоснованный выбор между приложениями в конкретном случае¹¹⁶.

Социальная связь и вовлеченность могут подпитываться коллегами – сторонниками метода, которые могут участвовать в разработке учебной программы по цифровой медицинской грамотности, но также должны играть решающую роль в руководстве и участии в ответственном управлении посредством регулирования и надзора¹¹⁷. Последняя роль может быть особенно важна для обеспечения возможностей для анализа целей, результатов и потенциальных компромиссов при внедрении цифровых подходов к психиатрическим услугам.

Европейский закон об ИИ признает возможность неравенства и дискриминации, которую несут в себе инструменты ИИ. Предложения включают признание принципа уважения «разнообразия, справедливости и недопущение дискриминации», требующего, чтобы системы ИИ «разрабатывались и использовались таким образом, чтобы в них участвовали различные субъекты и способствовали равному доступу, гендерному равенству и культурному разнообразию, избегая при этом дискриминационного воздействия и несправедливых предубеждений, которые запрещены»¹¹⁸.

Несмотря на шумиху и панику, фактическое развитие технологий будет продолжаться устойчивыми темпами, что требует обоснованных, а не поспешных и рациональных, не реактивных подходов к обеспечению того, чтобы следующее поколение цифровых средств охраны психического здоровья было более «соразмерным, разумным и ориентированным на человека»¹¹⁹. В основе такой практики должны лежать этические принципы, профессиональные кодексы поведения и установленные нормы права. Они должны включать PWLE и неформальных помощников в процесс разработки и мониторинга воздействия.

ЭТИКА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПСИХИАТРИИ

Профилактика стала социальным и этическим императивом в психиатрии^{4,66,120}, особенно потому, что дебют большинства психических расстройств происходит в молодом возрасте, а доступ к соответствующей помощи значительно отсрочен. Эти два фактора способствуют плохому клиническому и функциональному исходу^{121,122}. Неудивительно, что психические расстройства являются 7-й причиной «лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности» (disability-adjusted life years (DALYs)), – на них приходится 4,9% глобальных DALYs – и 2-й ведущей причиной лет, прожитых с инвалидностью (years lived with disability (YLDs)), – на них приходится 14,6% глобальных YLDs¹²³. Эти цифры могут быть даже занижены¹²⁴.

В последние десятилетия все больше средств вкладывается в подходы с ранним вмешательством. Основное внимание уделяется выявлению лиц, находящихся на ранних стадиях или подверженных риску развития психического расстройства, а также стратегиям, способствующим раннему доступу к медицинской помощи, раннему мониторингу клинического течения и осуществлению раннего вмешательства. Цель состоит в том, чтобы отсрочить или предотвратить возникновение расстройства или улучшить его лонгитюдную траекторию¹²⁵⁻¹²⁷, как это принято в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, рака и некоторых других физических состояний.

Один из подходов к раннему вмешательству основан на парадигме клинического высокого риска развития психоза (clinical high-risk for psychosis, CHR-P)¹²⁵. В рамках этой парадигмы определяются люди, которые подвержены риску развития психотического расстройства, поскольку у них наблюдаются ослабленные психотические симптомы, короткие и ограниченные интермиттирующие психотические симптомы или генетический риск и функциональное снижение^{127,128}. В последнее время, следуя примеру парадигмы CHR-P, исследователи разработали конструкты, определяющие состояния риска для других психических расстройств, таких как биполярное, большое депрессивное и тревожное расстройства^{125,129}.

Однако последние данные показали, что состояние риска имеет низкую положительную прогностическую ценность, поскольку у большинства людей, отнесенных к группе риска по психическому расстройству, оно никогда не развивается^{130,131}. Более того, ни одно испытанное вмешательство не доказало своей эффективности в предотвращении перехода к психическому расстройству^{132,133}. Ограничения исследовательских парадигм, методов скрининга и набора^{126,134}, а также опасения по поводу экономической эффективности¹³⁵⁻¹³⁸ и прогностической валидности¹³⁹ вызвали дискуссию о пользе существующих моделей раннего вмешательства¹⁴⁰ и поставили под сомнение возможность осуществления показанной профилактики в соответствии с этическими принципами благодеяния и недопущения причинения вреда и стремлением к независимости людей.

PWLE страдают от стигмы (в том числе от самостигматизации) и дискриминации. В частности, в связи с включением синдрома ослабленного психоза в число «состояний, требующих дальнейшего изучения» в DSM-5¹⁴¹⁻¹⁴⁵, некоторые ученые и правозащитные ассоциации отметили, что ярлыки риска/уязвимости могут нести в себе аналогичные риски. На самом деле без надлежащего просвещения общественности состояния риска/уязвимости могут быть спутаны с полноценными психическими расстройствами^{143,146}.

Во многих исследованиях сообщалось, что навешивание ярлыков группы риска может вызвать стигматизацию и самостигматизацию¹⁴⁷, и содержался призыв к разработке мер опрострещения по борьбе со стигмой¹⁴⁸. Связанные со стигмой стресс и страх перед развитием серьезного психического заболевания могут привести к снижению качества жизни, безнадежности, тревоге и депрессии, а также увеличить вероятность развития психоза и суицидальности¹⁴⁹. Кроме того, ученые подчеркивают, что стигма, в том числе самостигма, может быть особенно вредной в подростковом и раннем взрослом возрасте, поскольку она может препят-

ствовать нормальному развитию личности и достижению образовательных/профессиональных способностей и социальных ориентиров¹⁴³.

Однако до того, как на человека будет официально наведен ярлык «группы риска», он может уже страдать от стигмы и дискриминации из-за своего поведения и симптомов, а также усваивать стереотипы и чувства стыда, что может привести к социальной изоляции^{150,151}. В этом случае определение состояния «группы риска» может дать приемлемое объяснение дистрессовым переживаниям, избегая использования негативных и неправдивых стереотипов¹⁵². Более того, есть данные о том, что обсуждение с врачом приносит пользу, поскольку может обеспечить понимание и признание, а также помочь справиться с ситуацией и вселить надежду¹⁵³.

Нежелательные последствия ярлыков риска/уязвимости, в дополнение к неопределенности их прогностической ценности и отсутствию вариантов лечения, заставляют усомниться в возможности информирования пациентов о риске и в том, как это лучше сделать¹⁵⁴. С этической точки зрения, информация о наличии состояния риска может оказать негативное психологическое воздействие, что противоречит принципу безвредности. Однако решение не раскрывать информацию о наличии состояния риска нарушило бы принцип уважения независимости, который гласит, что люди имеют право делать самостоятельный выбор и что обязанность психиатров – информировать их о возможных последствиях их выбора. Информированность о своей уязвимости может помочь в принятии решений относительно своей жизни и, в частности, клинически значимого образа жизни, такого как употребление психоактивных веществ¹⁵⁴⁻¹⁵⁶.

Опросы, посвященные изучению отношения к получению информации о состояниях, подверженных риску, выявили разнообразие точек зрения и подчеркнули сложность этого вопроса¹⁵⁷⁻¹⁶⁰. Отношение к раскрытию информации о рисках может варьироваться в зависимости от индивидуальных факторов – например, диагноза, степени его определенности¹⁵⁸ или текущего психологического состояния¹⁵⁹ – но также может зависеть от культуральных факторов¹⁶⁰. «Право не знать» часто обсуждается как важный аспект индивидуальной независимости, особенно в связи с генетической диагностикой^{161,162}, в то время как для тех, кто хочет знать, трудно определить качество и количество предоставляемой информации^{161,163}.

Этический вопрос еще более осложняется различиями между странами в отношении правил информированного согласия, сложностью и неопределенностью имеющихся знаний, нозологическим статусом условий риска/уязвимости и правовым статусом лиц, обращающихся за помощью, которые во многих случаях являются несовершеннолетними.

Лучшим решением, вероятно, будет индивидуальный подход^{154,164}, учитывающий множество факторов, таких как возраст, когнитивные способности, образование, коморбидность и риск самоубийства, при этом проявляя сочувствие и признавая дистресс, который могут вызвать даже оценки низкого риска^{165,166}. Необходимо точно объяснить существующие пробелы в исследованиях, а также неопределенные прогностические последствия условий риска. Например, было предложено использовать абсолютные показатели риска (например, десятипроцентный риск) вместо относительных показателей риска (десятикратное увеличение риска), а также отказаться от таких терминов, как «раннее выявление» и «продромы», в пользу более обнадеживающей терминологии^{167,168}.

В свете вышеуказанных этических проблем современные международные рекомендации и эмпирические данные не рекомендуют использовать инструменты скрининга риска в общей популяции и подчеркивают необходимость ограничивать оценку и направление к специалистам, ищущим помощи^{125,127}. Несколько исследований подтверждают, что люди, страдающие CHR-P, страдают и обращаются за помощью по поводу различных тревожных состояний, включая тревогу, депрессию, злоупотребление психоактивными веществами, когнитивные нарушения, социальную

изоляция и нарушение социального и профессионального функционирования¹⁶⁹⁻¹⁷¹. Кроме того, хотя лишь у меньшинства испытуемых развивается полноценный психоз, у большинства из них, не прошедших переходный период, наблюдаются плохие клинические и функциональные результаты в долгосрочной перспективе^{172,173}. Исходя из этого, хотя использование фармакологических вмешательств в профилактических целях не рекомендуется, психосоциальные вмешательства, основанные на потребностях и низком риске (психообразование, программы снижения злоупотребления психоактивными веществами, когнитивный тренинг, социальное/профессиональное функционирование), могут быть клинически и этически оправданны, поскольку большинство целевых индивидуумов могут получить от них пользу^{167,174}.

Подходы к раннему выявлению и вмешательству также могут вызывать озабоченность в связи с принципом социальной справедливости^{4,175}. Так, ресурсы, вложенные в профилактические услуги, могут не дойти до сегментов населения с высокой распространенностью факторов риска, но низким доступом к услугам в области психического здоровья, в частности к немногочисленным службам, специализирующимся на раннем вмешательстве^{121,135,176,177}. Действительно, раннее обращение за помощью связано с потенциально благоприятными социальными детерминантами, такими как высшее образование и более сильная социальная поддержка¹⁷⁸⁻¹⁸¹, в то время как мигранты и лица, принадлежащие к этническим меньшинствам, чаще обращаются в службы психического здоровья только тогда, когда тяжесть их состояния требует более интенсивной и срочной помощи^{182,183}.

Существуют доказательства того, что меньшинства недостаточно представлены в уязвимых с точки зрения риска выборках по сравнению с клиническими выборками¹⁸⁴⁻¹⁸⁷, хотя это ставится под сомнение сторонниками модели, которые, в свою очередь, утверждают, что этнические меньшинства все равно чрезмерно представлены по сравнению с населением в целом¹⁵³.

В ряде стран, включая Австралию¹⁸⁸⁻¹⁹⁰, Ирландию^{191,192}, Канаду^{193,194} и США¹⁹⁵, были разработаны и внедрены другие подходы к раннему вмешательству в психическое здоровье молодежи в возрасте 12-25 лет (или иногда 15-30 лет). Эти программы представляют собой прогресс в области вовлечения сообщества и снижения стигмы, а также расширения прав и возможностей молодежи и семей и совместной разработки услуг^{196,197}. Они направлены на обеспечение «мягкого входа» (часто через возможность посещения или самостоятельного обращения) в программы целостной оценки и ухода, включая краткие психосоциальные вмешательства и «поддерживаемый переход» к вторичным формам ухода при работе с людьми с более тяжелыми состояниями^{190,198}. Они также предоставляют цифровые платформы по охране психического здоровья, а также проводят информационно-профилактические кампании в сообществе¹⁹⁹. Многие из них предлагают комплексное обслуживание по принципу «одного окна», включая общее медицинское обслуживание и помощь в получении профессии, образования, жилья и злоупотреблении психоактивными веществами¹⁹⁷. Для них характерен подход, учитывающий потребности и сильные стороны человека¹⁹⁸.

Программа Headspace, разработанная в Австралии, на сегодняшний день является самой обширной из этих программ. Она используется молодежью и семьями по всей стране²⁰⁰ и получила как положительные, так и отрицательные отзывы в отношении эффективности²⁰¹⁻²⁰⁵, рентабельности^{202,206} и пригодности для людей с различными культурными традициями²⁰⁷. В настоящее время проводятся оценки программ в других странах²⁰⁸⁻²¹⁰. Остаются важные вопросы о том, как наилучшим образом облегчить координацию и сотрудничество с другими учреждениями, включая школьные системы и уже существующие службы охраны психического здоровья^{192,211,212}. Необходимо изучить возможность адаптации этих моделей к условиям с более низкими ресурсами.

Прогресс в области раннего выявления и вмешательства может дать убедительные ответы на вышеперечисленные

этические проблемы. Однако некоторые из них – в том числе стигма, дискриминация, угроза независимости человека и отсутствие социальной справедливости – трудно устранить, а будущие научные разработки могут даже принести дополнительные проблемы. Например, внедрение скрининга на основе биомаркеров может повысить риск стигмы и дискриминации²¹³, а генетическое тестирование может потребовать соответствующего консультирования, чтобы свести к минимуму риск неправильного понимания результатов²¹⁴.

Сложные этические проблемы, рассмотренные выше, не предназначены для того, чтобы разжечь пессимистическое отношение к раннему выявлению психических расстройств. Напротив, они призваны способствовать разработке и распространению более этически обоснованных моделей профилактики, подобных тем, которые были разработаны для молодежи в последние два десятилетия, совместно с PWLE и характеризуются целостным и дружелюбным к молодежи подходом к укреплению надежды и жизнестойкости¹⁹⁰. Эти программы необходимо адаптировать к различным культурным и социально-экономическим условиям, а также найти или перенаправить финансовые и человеческие ресурсы, прежде чем их можно будет распространить на все страны.

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ О ПРЕКРАЩЕНИИ ЖИЗНИ ЛЮДЬМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Этические и правовые аспекты принятия решений об окончании жизни осложняются некоторыми аспектами психических расстройств, включая симптомы, которые могут препятствовать принятию компетентных решений. Здесь мы обсуждаем этические вопросы, связанные с применением к PWLE некоторых широко обсуждаемых подходов в этой области.

С развитием технологий, способных продлить жизнь людям с тяжелыми нарушениями, такими как стойкое вегетативное состояние, растет давление на механизмы, которые позволили бы людям отказываться от поддерживающих жизнь вмешательств в ситуациях, когда они считают, что их жизнь потеряла смысл. В этих дискуссиях обычно апеллируют к ценности личной независимости, то есть к праву человека определять, что происходит с его телом²¹⁵. Поскольку ценность независимости стала доминирующей, противоположные соображения – такие как интересы членов семьи в поддержании жизни своих близких, государства в сохранении жизни своих граждан и медицинской профессии в определении своей роли в принятии решений о прекращении жизни – были отодвинуты на второй план.

В связи с изменением отношения к контролю над тем, как закончится жизнь человека, законодательство стало предоставлять людям больше возможностей для выбора. Широко признано право людей отказываться от поддерживающего жизнь лечения²¹⁶, а также их право в некоторых странах заранее определять, какие вмешательства будут применяться (например, сердечно-легочная реанимация, вентиляция легких) и при каких условиях²¹⁷. Эти предварительные директивы могут также использоваться для назначения доверенного лица, принимающего решения, которое может взять на себя ответственность за выбор медицинского обслуживания, если человек станет неспособным сделать выбор самостоятельно. PWLE, если они считаются компетентными в принятии решений о своем лечении, могут формулировать предварительные директивы так же, как и любой другой человек.

Если сделать еще один шаг в сторону обоснования независимости личности в принятии решений относительно своего тела, то все большее число юрисдикций по всему миру приняли законы или просто внедрились практику, позволяющую врачам оказывать помощь в приближении смерти человека²¹⁸. Первоначально пациенты с не поддающимися лечению заболеваниями, которые могли привести к смерти в обозримом будущем (например, в течение шести месяцев), имели право получать от врачей рецепты на смертельные дозы лекарств. Из-за опасений, что некоторые пациенты (например, больные боковым амиотрофическим

склерозом) не смогут самостоятельно принять лекарство, в некоторых юрисдикциях эта практика была расширена и стала включать в себя введение лекарств врачом, обычно внутривенно, что обозначается термином «эвтаназия»²¹⁹.

Однако люди с расстройствами, которые, скорее всего, не приведут к летальному исходу, но связаны с сильным непоправимым дистрессом, вскоре заявили, что ограничение смерти с помощью врача только терминальными случаями является иррациональным и дискриминационным²²⁰. В результате несколько стран расширили свои законы, разрешив назначение и/или введение смертельных доз лекарств и в этих случаях²²¹. Вскоре стало очевидно, что после утверждения принципа, согласно которому человек имеет право на помощь в прекращении жизни в связи с невыносимыми страданиями, будет сложно ограничить эту практику случаями, связанными с физическими заболеваниями. Таким образом, с аналогичными аргументами о дискриминационном применении закона, несколько юрисдикций распространили процедуру смерти с помощью врача на лиц, чьи страдания являются результатом якобы не поддающихся лечению психических расстройств²²². И хотя преобладающие законы по-прежнему требуют наличия определенного диагноза, который, как утверждается, связан с непереносимым и трудноизлечимым дистрессом, сообщения СМИ указывают на то, что социальная изоляция, финансовые проблемы и межличностные трудности становятся побудительными причинами смерти с помощью врача в неопределенном количестве случаев²²³.

Против распространения практики ассистированной врачом смерти на первичные психиатрические показания было высказано немало возражений. Среди высказанных опасений – то, что желание смерти часто является проявлением психического расстройства, особенно, но не только депрессии²²⁴. Таким образом, психиатры, потворствующие желанию PWLE покончить с жизнью, вопреки давней приверженности профессии предотвращать самоубийства, способствуют наихудшему исходу психического заболевания.

Кроме того, несмотря на то что доступ к врачебной помощи, согласно соответствующему национальному законодательству, зависит от того, является ли расстройство «невыносимым и не поддающимся лечению», оценка этих критериев в психиатрии крайне нестабильна. О том, насколько невыносимо то или иное состояние, можно судить только по самоотчету человека, что делает его полностью субъективным и потенциально производным от самого состояния²²⁵. Поскольку законодательство обычно предусматривает, что при определении возможности лечения могут использоваться только те методы лечения, которые пациенты готовы принять, этот вопрос также находится в руках пациента, и здесь может сыграть роль известная связь ощущения безнадежности/беспомощности с депрессией²²⁶. Оценка компетентности в принятии решений в таких случаях может быть чрезвычайно сложной, и некоторые данные позволяют предположить, что в любом случае она проводится не очень тщательно. Наконец, существует опасение, что предложение о врачебной помощи при смерти будет использоваться в качестве замены предоставления адекватной психиатрической и психосоциальной поддержки²²⁷, как уже сообщалось в Канаде²²⁸.

Все подходы к укреплению независимости личности в принятии решений о прекращении жизни основаны на том, что лица, делающие выбор, должны быть юридически компетентны. Хотя термины, используемые для определения юридической компетентности, различаются в разных юрисдикциях, в целом они относятся к четырем основным понятиям²²⁹. Компетентность заключается в способности человека понимать соответствующую информацию, оценивать ее последствия для своей ситуации, рассуждать о выборе и выражать свои желания в отношении решения.

Независимо от наличия психического расстройства, люди, у которых эти четыре способности проявляются в разумной степени, считаются компетентными в принятии собственных решений. Хотя тяжелые психические расстройства, равно как и последствия других серьезных заболеваний, могут нарушить способность человека принимать решения, большинство людей с психиатрическими диагно-

зами сохраняют право самостоятельно выбирать. По закону считается, что люди обладают способностью принимать решения, если не доказано, что это не так.

Хотя психиатры часто проходят обучение по проведению оценки способности принимать решения, большинство врачей практически не знакомы с этими понятиями и их применением. Даже очень важные решения о прекращении поддерживающего жизнь лечения или просьбе о смерти с помощью врача могут приниматься без тщательной оценки способности пациента к принятию решений. Данные из Нидерландов свидетельствуют о том, что даже в тех случаях, когда помощь врача или эвтаназия запрашиваются по психиатрическим показаниям, оценку могут проводить непсихиатрические врачи, а глобальные суждения о компетентности без детального изучения элементов способности к принятию решений могут быть нормой²³⁰.

Подход к проведению такой оценки должен учитывать важность понимания людьми характера своего заболевания, как психиатрического, так и непсихиатрического; вероятного прогноза; боли или дискомфорта, которые могут быть связаны с их состоянием в будущем; и возможных мер по уменьшению этого дискомфорта и/или лечению основного заболевания, включая возможность паллиативного лечения. Кроме того, люди должны реалистично оценивать свое состояние и его прогноз, а также последствия смерти, особенно ее необратимость и, как следствие, прекращение в будущем возможности постоянного общения с людьми, с которыми у них могут быть значимые отношения. Они должны иметь возможность сделать четкий и стабильный выбор предпочтительного для них варианта (в некоторых юрисдикциях для обеспечения этого предусмотрены периоды ожидания для смерти с помощью врача). Наконец, они должны быть в состоянии описать, как они пришли к своему решению, с учетом последствий с лечением и/или вмешательством, направленными на прекращение жизни, и без него, а также процесс взвешивания одного набора соображений против другого и принятия решения, соответствующего этим соображениям.

Как врач узнает, достаточно ли хорошо человек справился с этими показателями, чтобы быть компетентным для принятия крайне важного решения о движении в направлении, которое приведет к прекращению его жизни? Как уже отмечалось, все люди считаются компетентными, если не доказано обратное. Однако решения с высокой степенью риска, такие как смерть, обычно требуют большей компетентности, чем решения с более низкой степенью риска. К сожалению, точного алгоритма не существует, и, хотя разработаны инструменты, помогающие оценить дееспособность для принятия решения об отказе от лечения или заполнения предварительного распоряжения, пока не существует таких инструментов для принятия решений о смерти с помощью врача. Значительное нарушение любого аспекта компетентности, вероятно, должно рассматриваться как свидетельство недееспособности при принятии столь важного решения, как смерть.

Многие крупные медицинские ассоциации выступают против прямого участия врача в организации смерти пациентов. Американская медицинская ассоциация, например, считает, что «самоубийство с помощью врача в корне несовместимо с ролью врача как целителя, его трудно или невозможно контролировать, и оно представляет серьезный общественный риск»²³¹. Однако в тех юрисдикциях, где смерть с помощью врача была легализована, медицинские ассоциации, как правило, занимают нейтральную или благоприятную позицию, возможно, отчасти для того, чтобы уберечь своих членов, участвующих в этих теперь уже легальных вмешательствах, от клейма неэтичных.

Психиатрические ассоциации, однако, заняли несколько иную позицию. Американская психиатрическая ассоциация отвергла эту практику, заявив, что «психиатр не должен назначать или проводить какие-либо вмешательства в организм не смертельно больного человека с целью вызвать смерть»²³². Возможно, из-за различий во мнениях между юрисдикциями, где смерть с помощью врача была легализована для лечения психических расстройств, и теми, где это не было сделано, этический кодекс ВПА содержит бо-

лее ограниченный запрет: «Психиатры избегают одобрять просьбы пациентов о прекращении поддерживающего жизнь лечения или смерти с помощью врача, если они признают, что в основе этих просьб лежит психопатология»⁴.

Как этика отдельного врача проявляется в вопросах, связанных с принятием решений о прекращении жизни? В общемедицинских учреждениях роль психиатров будет ограничена оценкой компетентности пациентов в принятии решений об отказе от поддерживающего жизнь лечения, когда это вызывает сомнения. Учитывая общее признание принципа независимости пациента в отношении такого выбора, немногие психиатры, вероятно, будут испытывать сомнения в проведении таких экспертиз, а тем, кто их проводит, не составит труда найти коллегу, готового выполнить их вместо них. Однако в случаях, когда пациенты просят о смерти с помощью врача, ситуация может быть иной, поскольку многие врачи по-прежнему считают, что такая практика противоречит их роли в поддержании жизни. В Онтарио разгорелись споры, когда Коллегия врачей заявила, что врачи, отказывающиеся участвовать в подобных случаях, обязаны направлять людей к врачу, который готов реализовать их предпочтения. Даже такая степень содействия процессу была неприемлема для некоторых врачей, которые рассматривали это требование как вовлечение их в практику, которую они считали неэтичной²³³.

Многие психиатры выступают против участия во врачебной смерти по психиатрическим показаниям еще сильнее, учитывая все вышеупомянутые опасения^{223,234,235}. Вполне понятно, что они считают, что направление человека, который, по их мнению, склонен к самоубийству, к врачу или в учреждение, которое поможет ему умереть, противоречит их главной обязанности – лечить психические расстройства и предотвращать самоубийства. Хотя некоторые психиатры, работающие в юрисдикциях, где эта практика была легализована, признали законность своего участия, другие по-прежнему выступают категорически против. Учитывая раскол в профессии и твердость взглядов, представляется разумным разрешить психиатрам, выступающим против смерти с помощью врача, отказаться от участия, в том числе от направления к специалистам.

КОНФЛИКТЫ ИНТЕРЕСОВ В СФЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБУЧЕНИЯ

Конфликты интересов (КИ) определяются как совокупность обстоятельств, которые могут необоснованно мешать выполнению профессиональных обязанностей врача и соблюдению его основных интересов, связанных с оказанием медицинской помощи, развитием исследований и научных знаний, а также укреплением здоровья населения. Они могут быть финансовыми, связанными с профессиональными достижениями или возникать из-за приверженности политическим/культурным убеждениям или мировоззрению^{236,237}. Термин КИ не относится к этическим дилеммам, возникающим из-за противоречий между основными интересами двух врачей (например, конфликт между уважением к автономии человека и принципом недопущения причинения вреда).

КИ могут привести к проступкам и незаконному или непрофессиональному поведению, но гораздо чаще они могут влиять на суждения едва заметными способами, и большинство клиницистов и исследователей могут даже не подозревать о существующей предвзятости при принятии решений²³⁸. КИ могут угрожать качеству клинической помощи, а также целостности исследований и образования и могут поставить под угрозу доверие общества к науке и медицине, включая психиатрию^{236,239}. Вопрос общественного доверия может быть особенно актуален для психиатрии, которой чаще, чем другим медицинским специальностям, приходится сталкиваться с плохим общественным имиджем как профессии, так и научной дисциплины²⁴⁰⁻²⁴⁵.

Специалисты в области здравоохранения, в том числе психиатры, могут извлечь выгоду из отношений с производителями фармацевтической и биомедицинской продукции, поскольку они могут получать информацию о новых тера-

певтических возможностях, иметь возможность высказывать свое мнение, способствующее дальнейшему развитию продуктов отрасли, и получать доступ к ресурсам для обновления своих знаний и продолжения образования. Однако, несмотря на то что фармацевтические компании и профессионалы преследуют общую цель – улучшить здравоохранение, нельзя игнорировать важные различия, поскольку компании по-прежнему руководствуются соображениями прибыли и в первую очередь заинтересованы в продвижении своего бренда и продукции. Во всех странах фармацевтические компании работают с медицинскими работниками, используя ряд маркетинговых стратегий, которые могут включать подарки, бесплатное питание и поездки, а также предоставление образцов лекарств^{246,247}.

Взаимодействие между промышленностью и профессионалами вызывает озабоченность, поскольку потенциально может влиять на принятие врачами клинических решений. В нескольких исследованиях рассматривалась связь между финансовыми взаимодействиями и схемами назначения лекарств²⁴⁸, а в систематических обзорах^{249,250} сообщалось о корреляции между этими двумя факторами, а также о временной и дозозависимой связи. Исследование, проведенное в США, показало, что вероятность назначения нового препарата врачами от 39% до 83% ниже, если они практикуют в штатах, где действуют правила, запрещающие использование фармацевтических представителей для продвижения продукции, по сравнению с коллегами, практикующими в нерегулируемых штатах²⁵¹.

В свете этих опасений предпринимались попытки регулировать взаимодействие врачей с представителями фармацевтических компаний. Они включают в себя конкретные ограничения на взаимодействие или раскрытие информации об этом взаимодействии (самостоятельно или в обязательном порядке), особенно если врач получает выгоду. Однако соответствующая политика и законодательство в разных странах отличаются значительной неоднородностью²⁵²⁻²⁵⁵.

Как ВПА, так и Европейская психиатрическая ассоциация (European Psychiatric Association (EPA)) разработали ряд рекомендаций для психиатров по взаимоотношениям с промышленностью и в ситуациях, представляющих потенциальный КИ^{256,257}. ВПА предупреждает психиатров об осторожности и критическом подходе к информации, предоставляемой представителями отрасли, и предлагает психиатрам и организациям здравоохранения ограничить встречи и взаимодействие с представителями фармацевтических компаний, а также запретить им доступ в помещения для обслуживания пациентов. И ВПА, и EPA в настоящее время не рекомендуют психиатрам принимать угощения и подарки, а ВПА дополнительно рекомендует принимать образцы лекарств только для того, чтобы предоставить их людям, которые иначе не могут позволить себе лекарства. Кроме того, обе ассоциации не рекомендуют психиатрам демонстрировать предметы с логотипами компаний в присутствии пользователей услуг, поскольку это может повлиять на восприятие пользователями отношений между промышленностью и их врачами²⁵⁸.

Озабоченность проблемой КИ привела к разработке политики раскрытия информации, требующей прозрачного информирования о финансовых взаимодействиях, например, Акта о раскрытии суммы вознаграждений, получаемых врачами (Physician Payments Sunshine Act)²⁵⁹ в США, и Кодекса раскрытия информации Европейской федерации фармацевтической промышленности и ассоциаций (EFPIA)²⁶⁰ в Европе. Раскрытие информации может мотивировать врачей избегать обстоятельств и поведения, представляющих потенциальный КИ^{261,262}, и направлено на повышение общественного доверия к системе здравоохранения посредством прозрачности. Однако раскрытие информации о КИ может фактически снизить уровень доверия, поскольку это может сделать пациентов более осведомленными о взаимоотношениях между их врачами и фармацевтическими компаниями^{263,264}.

Благодаря значительному расширению доступа общественности к данным о финансовых связях фармацевтиче-

ской и биомедицинской промышленности с системами здравоохранения, политика раскрытия информации позволила систематически отслеживать и лучше понимать это сложное явление. В частности, последние данные проливают свет на существование сложной сети, в которую входят не только лица, выписывающие рецепты, и представители отрасли, но и множество других сторон, таких как регулирующие органы, цепочки поставок, группы защиты интересов пациентов и фонды. Например, группы защиты интересов пациентов все чаще сообщают о финансировании со стороны фармацевтических компаний²⁶⁵⁻²⁶⁷ и могут участвовать в работе консультативных комитетов по лекарственным средствам, обзорах лекарств и решениях о государственном возмещении расходов²⁶⁸, тем самым косвенно влияя на схемы назначения лекарств. Таким образом, фокус на индивидуальных отношениях, таких как прямые связи между медицинскими работниками и представителями промышленности, может привести к упущению из виду роли многочисленных косвенных путей, которые могут влиять на принятие клинических решений. Эти пути, которые могут иметь кумулятивный эффект, гораздо менее задокументированы и могут не быть обнаруженными лицами, ответственными за разработку политики²⁶⁹.

Политика ограничения КИ применяется для снижения вероятности назначения нового препарата в результате маркетинговой деятельности^{270,271}, но ее распространенность и строгость сильно варьируются, причем в медицинских вузах Северной Америки политика КИ применяется чаще и строже, чем в европейских учебных заведениях^{272,273}.

В психиатрической практике актуальны и нефинансовые КИ, и на принятие клинических решений может влиять интеллектуальная приверженность какой-либо научной школе или политическим идеям¹², а также защитные практики²⁷⁴. В последнем случае преследование главного интереса – благополучия и независимости PWLE – может быть ослаблено личной заинтересованностью врача в предотвращении предполагаемого или реального риска судебного разбирательства или юридической ответственности. Например, врач может выбрать слишком осторожные вмешательства – такие как избыточная медикаментозная терапия, госпитализация, отсроченная выписка из больницы и даже принудительные меры, такие как недобровольная госпитализация, – вместо менее инвазивных. Хотя психиатрия подвержена низкому риску исков о халатности по сравнению с другими специальностями²⁷⁵, по данным опросов, проведенных в разных странах, большинство опрошенных психиатров признали, что прибегали к защитным методам, которые, по их мнению, снижали качество оказываемой помощи^{274,276,277}.

Совместные предприятия также могут иметь отношение к исследовательской деятельности, в которой фармацевтическая промышленность и производство медицинского оборудования часто являются важными партнерами²³⁶. Финансовые взаимодействия могут создавать вторичные интересы, мешающие достижению основной цели, т.е. содействию научному прогрессу путем проведения тщательных исследований²⁵⁷. Несколько исследований показывают, что финансирование со стороны промышленности может привести к предвзятости в клинических испытаниях, систематических обзорах и клинических рекомендациях²⁷⁸⁻²⁸¹.

КИ в исследовательской деятельности в настоящее время регулируется набором норм, политик и руководств для исследователей, участвующих в научных исследованиях, клинических испытаниях, процессах рецензирования и публикации, а также разработке рекомендаций²⁸²⁻²⁸⁵. Однако финансовый КИ влияет не только на отдельных исследователей, но и на академические институты и институциональных лидеров²⁸⁶⁻²⁸⁹, и текущая политика, как правило, регулирует даже небольшие выгоды для отдельных исследователей (например, бесплатное питание), в то время как зачастую не рассматривает должным образом последствия большого объема финансирования для институтов^{289,290}. Кроме того, несмотря на то что действующая политика определяет различные масштабы и типы КИ, отсутствие общей стандартизированной таксономии КИ и недостаток исследований, проверяющих влияние различных КИ на ис-

следовательскую и публикационную активность, уменьшают эффективность ограничений²⁹⁰.

Нефинансовые КИ признаются реже, хотя они могут влиять на исследования не меньше, а то и больше, чем финансовые. Действительно, было заявлено, что «перспектива славы может быть даже более соблазнительной, чем богатство»²⁹¹. Согласно этой точке зрения, нефинансовые КИ должны раскрываться или даже регулироваться с использованием тех же политических рамок, что и для финансовых КИ²⁹². В психотерапии, например, приверженность определенному подходу, обусловленная личным обучением или участием в предыдущих исследованиях, может существенно влиять на сообщаемые результаты²⁹³⁻²⁹⁶. Систематический обзор 30 метаанализов показал, что приверженность исследователей к тестируемой психотерапии превышала заявленные размеры эффекта почти на 30%²⁹⁷.

Озабоченность по поводу раскрытия нефинансовой КИ включает нарушение конфиденциальности (например, в случае политических или религиозных убеждений) и неактуальность, поскольку она дублирует общедоступную информацию, такую как интеллектуальные позиции, образование, обучение, институциональные и академические связи²⁹⁸. Утверждается, что эти КИ могут быть лучше решены с помощью других подходов, таких как обеспечение баланса противоположных точек зрения^{299,300} и разнообразия профессионального опыта участвующих исследователей³⁰¹.

Психиатры часто выступают в роли преподавателей, наставников и ораторов, а также участвуют в обучении студентов и ординаторов. Как таковые, они обязаны делиться современными, основанными на фактических данных и этических обоснованных знаниями⁴. При выполнении этих функций КИ могут возникать, когда финансовые или нефинансовые вторичные интересы влияют на содержание, качество и объективность преподавания и обучения. Например, поскольку фармацевтические компании стремятся продвигать свои бренды, а также новые варианты терапии, они заинтересованы в спонсировании образовательных инициатив, материалов и мероприятий. Люди, проводящие обучающие занятия, могут получать гонорары за рекламные выступления, что может искажать или восприниматься как искажение предоставляемой ими информации³⁰². Кроме того, участники могут получать подарки, компенсации за участие в спонсируемых конференциях или стипендии^{236,303}, и нельзя исключать возможность того, что эти маркетинговые мероприятия влияют на их схемы назначения лекарств. Этический кодекс ВПА указывает, что психиатры должны выступать на спонсируемых образовательных мероприятиях только в том случае, если они определяют содержание образования.

Несколько регулирующих органов³⁰⁴⁻³⁰⁸ разработали критерии аккредитации, ограничивающие прямое финансирование со стороны промышленности, а также кодексы поведения, требующие управления и прозрачного раскрытия информации о КИ. Однако, как уже отмечалось, эти нормы имеют свои ограничения и могут не учитывать косвенные финансовые связи и влияние^{309,310}.

Недавние исследования и политические усилия позволили повысить прозрачность и, таким образом, углубить понимание сложности проблемы PWLE, а также соответствующей экосистемы здравоохранения и науки. В этой экосистеме не только клиницисты и исследователи, но и каждый отдельный участник может иметь множество финансовых и нефинансовых взаимодействий с несколькими организациями²⁶⁹, часто таким образом, что это соответствует главным интересам пользы PWLE и общества. Однако все эти взаимодействия сопряжены с риском неправомерного влияния, и все больше фактов свидетельствует о том, что коммерческие спонсоры могут влиять на эти сети как на индивидуальном, так и на институциональном уровне. Будущие политические и законодательные усилия должны быть направлены не только на сокращение такого потенциального влияния, но и на содействие слиянию первичных и вторичных интересов²⁹¹, а также на укрепление общественного доверия посредством прозрачности и подотчетности.

ЭТИЧЕСКАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ ВОВЛЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ С ЖИЗНЕННЫМ ОПЫТОМ И НЕФОРМАЛЬНЫХ ПОМОЩНИКОВ ВО ВСЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

Этическая необходимость вовлечения PWLE и их неформальных помощников во все аспекты психиатрии – от клинической практики до разработки политики, исследований и обучения – получает все большее признание. ВПА одобрила эти концепции в программных заявлениях в 2011³¹¹ и 2023³¹² годах, а ВОЗ разработала рамки для значимого вовлечения PWLE³¹³.

Качественное исследование показало, что PWLE часто воспринимают усилия специалистов по вовлечению их в процесс охраны психического здоровья как символические. Они хотели бы получать больше информации и иметь возможность самостоятельно принимать решения о лечении и уходе о себе^{314,315}. Они считают, что отношения между потребителем услуг и исполнителем услуг являются наиболее важным фактором в уходе за ними³¹⁵.

Еще многое предстоит сделать, чтобы заменить клиническую практику, основанную на традиционных терапевтических отношениях – в которых роли четко определены и сформированы тысячелетним опытом, – новой моделью лечения, которая пока еще находится в процессе разработки. На самом деле нам необходимо рассмотреть возможное столкновение между принципами автономии и благодеяния. Просто уважая независимость людей и их решения, врачи могут преступить свои обязанности и пренебречь этическим принципом милосердия. Кроме того, другие права, перечисленные в КПИ, могут быть не реализованы, включая право на максимально возможный уровень медицинского обслуживания.

Обладают ли все PWLE достаточными знаниями и инструментами, чтобы взять на себя бремя ответственности за принятие решений по уходу? Могут ли пособия по принятию решений пациентами (ППР) (patient decision aids (PDA)), т.е. инструменты, разработанные специалистами, чтобы помочь PWLE понять варианты лечения и уточнить их выбор и предпочтения³¹⁶, стать решением проблемы? Должны ли все эти инструменты разрабатываться совместно специалистами, PWLE и членами семьи / неформальными помощниками? Могут ли ответственность за принятие решений и выбор вариантов лечения быть мучительными для некоторых пациентов и в конечном итоге ухудшить их психическое состояние? Ответы на эти вопросы требуют дальнейшего исследования – разработки, проведения, анализа и интерпретации при участии PWLE и неформальных помощников.

Интерес к взаимной поддержке (т.е. вовлечению PWLE в поддержку других PWLE) то усиливался, то ослабевал на протяжении многих лет, и в настоящее время эта работа ведется с высокой активностью³¹⁷. PWLE работают так же хорошо, как и другие, когда они являются дипломированными специалистами³¹⁷. Роль таких специалистов уникальна, с их ценностями и практическим опытом, они выгодно отличаются от «обычных» людей, делающих ту же работу.

В целом PWLE особенно хороши в привлечении других PWLE, сокращении числа обращений в отделения неотложной помощи и больницы, а также в снижении уровня злоупотребления психоактивными веществами³¹⁹. Люди с аналогичным опытом повышают у пользователей чувство надежды и контроля, заботу о себе, чувство принадлежности к сообществу, удовлетворенность жизнью и способность изменить свою жизнь³¹⁷.

Тем не менее рандомизированные исследования и систематические обзоры, рассказывающие о различных методиках и эффективности привлечения помощников из числа сверстников в конкретных условиях, крайне необходимы и могут помочь в выявлении возникающих этических проблем. Например, важно убедиться, что привлечение помощников в службы психического здоровья не обусловлено исключительно необходимостью снижения затрат и что нагрузка не причиняет им вреда (например, выгорание).

Семейные/неформальные сторонники PWLE часто выражают озабоченность по поводу отсутствия информации о

состоянии психического здоровья близкого человека, сложных отношений с профессионалами, ограниченного или полного отсутствия участия семьи в лечении психического здоровья³²⁰, а также значительного личного бремени, связанного с обеспечением ухода.

Обучение неформальных помощников является одним из предлагаемых решений проблемы их бремени^{321,322}. Было установлено, что после обучения у помощников снижается уровень заболеваемости, воспринимаемого бремени и выраженных негативных эмоций³²². Люди, чьи помощники прошли обучение, как правило, имеют меньше рецидивов, чем другие³²³. Обучение помощников выявлению и использованию своих ресурсов для лучшего понимания ситуации, а также предоставление им знаний о выздоровлении и результатах лечения может помочь им почувствовать себя более уверенными³²⁴.

За последние десятилетия накопились данные о включении членов семьи в процесс лечения и ухода за их родственниками с психическими расстройствами³²⁵. Их взгляды ценны тем, что способны помочь специалистам понять как проблемы, связанные с этими состояниями, так и сильные стороны, связанные с ними. Однако при совместной работе между PWLE и родственниками могут возникать конфликты. Кроме того, терапевтические отношения основаны на соблюдении конфиденциальности, и бывают случаи, когда PWLE выступают против любого участия своих родственников в процессе оказания помощи или считают, что их участие создает высокий уровень дистресса³²⁶. Психиатр может столкнуться с давлением как со стороны PWLE, так и со стороны семьи, и ему придется учитывать потребности и тех и других, отдавая предпочтение неприкосновенности частной жизни и независимости человека, за лечение которого он несет ответственность.

PWLE и лица, осуществляющие уход, были привлечены в качестве преподавателей для специалистов в области психического здоровья в Великобритании³²⁷. В процессе обучения затрагивались самые разные темы – от общения до диагностических навыков, опыта пребывания в роли пациента или лица, осуществляющего уход, а также участия PWLE в оценке и исследованиях. Как студенты-медики, так и их преподаватели сочли этот опыт ценным. Преимущества для PWLE и помощников заключались в том, что они чувствовали себя более уверенными и раскрепощенными, ценили свой опыт и лучше понимали профессионалов в области психического здоровья. У студентов повысилась эмпатия, улучшилось понимание стигмы, и они стали более позитивно относиться к способности PWLE участвовать в оказании медицинской помощи. Обучение психиатров, проводимое PWLE, часто включает в себя рассказ о выздоровлении³²⁸, однако не следует заставлять PWLE раскрывать больше, чем им хотелось бы, поскольку процесс раскрытия своего прошлого может вызвать у них дистресс³²⁷.

В разработке политики должны участвовать семейные/неформальные помощники и PWLE, и их привлечение становится обычным делом³²⁹⁻³³². Одной из важных политических побед PWLE стало их активное участие в переговорах и разработке проекта КПИ. Этот договор делает вовлечение пользователей услуг и семейных помощников юридическим требованием. Поэтому ни одна разработка политики, пересмотр или изменение законодательства или дополнения к нормативным актам не должны проводиться без участия PWLE. Препятствия для значимого участия в разработке политики заключаются в том, что организации пациентов могут не принимать реального участия в принятии решений, а быть лишь формальными членами групп³³³.

Большинство исследований в психиатрии посвящено PWLE, а иногда и членам семьи, но они обычно являются лишь объектами исследования, не принимая непосредственного участия ни в выборе направлений исследования, ни в анализе результатов. Исходя из идеи «Ничего о нас без нас», во многих ситуациях желательно, чтобы PWLE и поддерживающие их семьи были частью команды, определяющей цели исследования и его применение^{312,334,335}.

Были предприняты попытки оценить практику включения PWLE в исследования³³⁶. Было установлено, что со-

трудничество помогает как академическим исследователям, так и PWLE развивать навыки и повышает доверие к исследованиям со стороны более широкой базы PWLE, что приводит к повышению легитимности и подотчетности. Более поздние исследования показали, что участие PWLE также способствовало проведению исследований более высокого качества, повышению шансов на реализацию выбранной политики, а также расширению возможностей и надежд тех людей, которые внесли свой вклад в исследование^{333,337}. Количественный обзор также показал, что исследования с более активным участием пациентов достигали более высоких целей по набору участников и иногда добились большего успеха в финансировании³³⁸.

Препятствиями для привлечения PWLE к исследованиям были проблемы, связанные с изменением структуры власти, а также убежденность некоторых ученых в том, что психиатрические диагнозы не позволяют людям проводить исследования, или опасения, что они не будут объективными³³⁶. Кроме того, вызывало озабоченность отсутствие подготовки у PWLE и, если они обладают исследовательским опытом, аргумент, что они могут не представлять более широкое сообщество³³⁶. Кроме того, исследователей мало обучают тому, как эффективно взаимодействовать с PWLE³³⁹.

Концепция ВОЗ по значимому вовлечению PWLE и неформальных сторонников³¹³, разработанная для руководителей организаций здравоохранения, включает следующие основные принципы: достоинство и уважение, власть и равенство, инклюзивность и интерсекциональность, приверженность и прозрачность, институционализация (т.е. обеспечение общего использования подходов во всех учреждениях) и контекстуализация. К факторам, способствующим вовлечению, относятся: устойчивое финансирование, перераспределение полномочий, устранение стигматизации, комплексные подходы, наращивание потенциала и институционализация участия.

Необходимо разработать и провести дальнейшие исследования совместно с PWLE и семейными/неформальными помощниками, чтобы выявить лучшие стратегии и практики, способствующие их вовлечению на различных уровнях психиатрической помощи, обучения, политики и исследований.

ОБСУЖДЕНИЕ

Мы определили несколько этических проблем в современной психиатрии с целью повысить осведомленность, предложить возможные решения и отметить связанные с ними риски, а также указать на пробелы, которые должны быть устранены путем дальнейших исследований и критического осмысления. Эти проблемы и возможные ответы на них рассматриваются в контексте серьезных социальных и политических изменений, включая политику в области здравоохранения и потребность в уходе в разных странах.

Этический кодекс ВПА является руководством для нашей профессии. Однако многие специалисты в области психического здоровья не знают о его принципах. Хотя за последние несколько десятилетий уровень осведомленности общественности и специалистов о связи между правами человека и охраной психического здоровья значительно вырос, недавний обзор показал, что только 15 из 143 обществ – членом ВПА имеют собственные официальные этические документы и что они редко пересматриваются и обновляются³⁴⁰.

Патерналистская модель, в которой врачи принимают решения, а PWLE пассивно соглашаются с их решениями, постепенно заменяется моделью совместного принятия решений, в которой PWLE имеют право предлагать, обсуждать и принимать решения, заслуживают доверия и уважения и должны участвовать во всех этапах оказания медицинской помощи, от планирования услуг до их предоставления²⁷. Хотя в теории все согласны с такой трансформацией, на практике наблюдается сопротивление. Новые модели еще предстоит расширить и внедрить в разных странах и разных культурах, и необходимо решить ряд этических проблем³⁴¹⁻³⁴³.

Ратификация КПИ в большинстве стран мира способствовала повышению осведомленности о том, что права людей с ограниченными возможностями, в том числе вследствие тяжелых психических расстройств, больше нельзя игнорировать. В соответствии с Этическим кодексом ВПА, КПИ, в разработке которой PWLE принимала значительное участие, требует уважения достоинства и независимости этих людей в психиатрической практике. Кроме того, в ней подробно сформулированы эти принципы, а именно право на правоспособность, свободу и психическую и физическую неприкосновенность наравне с другими людьми.

К сожалению, несмотря на то что КПИ обеспечила новый и важный акцент на правах человека для PWLE, интерпретация некоторых ее статей вызывает опасения у психиатров и других заинтересованных сторон. В частности, «радикальные» толкования статей 12 и 14, запрещающие недобровольное психиатрическое лечение при любых обстоятельствах, весьма проблематичны и бросают серьезный вызов из-за столкновения различных этических принципов (например, независимости против благодеяния или против права на здоровье и жизнь).

Как бы то ни было, чрезмерное использование принудительных и ограничительных вмешательств в психиатрии представляет собой важную этическую проблему и требует принятия эффективных мер^{34,35}. Обеспечат ли адекватные законы о психическом здоровье эффективное решение? Трудно сказать, и еще труднее в свете аргумента о том, что закон, специально разработанный для психиатрической помощи, может усложнить, а не решить соответствующие этические проблемы, поскольку он повлечет за собой дополнительную дискриминацию между PWLE и людьми с другими медицинскими состояниями. Поэтому мы предлагаем закон, применимый ко всем медицинским специальностям, в любых условиях, когда человеку трудно принять решение о лечении. Будет ли такое предложение приемлемым решением для психиатров и коллег из других медицинских отраслей, еще предстоит выяснить.

Адекватное законодательство может способствовать решению вышеупомянутых этических проблем при условии, что право на независимость и свободу для PWLE не приведет к их отказу от них и последующему ухудшению психического здоровья, социальной изоляции и социально-экономическим лишениям. Прогресс в законодательстве должен быть дополнен адекватными финансовыми и человеческими ресурсами, направленными на поддержку широкомасштабного внедрения основанной на правах человека, ориентированной на выздоровление и учитывающей травмы психиатрической помощи. Участие PWLE и неформальных помощников должно стать частью этого преобразующего проекта, начиная с изменений в законодательстве и заканчивая планированием, организацией и предоставлением услуг.

Как примирить затраты на эти преобразования с ограниченностью ресурсов, которая, похоже, затрагивает большинство стран мира? Стоит ли нам опасаться двухуровневой системы охраны психического здоровья, в которой помощь, основанная на правах человека и ориентированная на выздоровление, будет предоставляться тем, кто может позволить себе ее оплатить, а остальным будет оказываться «помощь» в рамках менее дорогостоящих услуг? Это еще одни вопросы, требующие размышлений и действий.

Есть надежда, что цифровые решения могут способствовать решению описанных этических проблем, устраняя географические барьеры, позволяя конфиденциально и анонимно обращаться за помощью, обеспечивая быстрый и недорогой ответ на потребности в лечении для тех, кто имеет доступ к интернету, и тем самым высвобождая ресурсы в других службах психического здоровья. Однако мы не должны недооценивать риск того, что существующее неравенство в доступе к этим технологиям и их регулировании внутри стран и между ними может усугубить неравенство в здравоохранении и, таким образом, вызвать дополнительные этические проблемы.

Соответствующие исследования и политика должны способствовать расширению возможностей внедрения цифро-

вых технологий для тех, кто больше всего нуждается в доступе к психиатрической помощи, а также поддерживать разработку и адекватное регулирование цифровых решений для культурно разнообразных и ограниченных в ресурсах сред. Эксперты, включая PWLE и неформальных помощников, должны внедрить рекомендации по постепенному и осторожному внедрению инновационных инструментов через циклический процесс тестирования и постоянной оценки устойчивости в отношении местной системы психического здоровья (в которую должен быть интегрирован каждый инструмент), финансирования и государственной поддержки.

Все цифровые решения должны разрабатываться при участии конечных пользователей и долгосрочных исполнителей¹¹⁷, а также основываться на открытых стандартах, данных и источниках, чтобы избежать развития нерегулируемого и эксплуататорского рынка. К сожалению, в настоящее время это не самый вероятный результат. Для разработки соответствующих процедур утверждения и регулирования, включая этический, правовой и контекстный анализ, срочно необходимы совместные скоординированные инициативы с участием политиков и основных заинтересованных сторон.

Цифровая революция может повлиять и на другую область, в которой существуют серьезные этические проблемы, – раннее вмешательство в психиатрии. На первый взгляд в этой области плюсы вмешательства перевешивают минусы: интуитивно понятно, что чем раньше мы вмешаемся в состояние психического здоровья, тем больше вероятность излечить человека от страданий, избежать неудач в достижении жизненных рубежей и предотвратить возникновение или обострение психического расстройства.

Тем не менее, нам все еще необходимо улучшить нашу способность доносить до людей, нуждающихся в помощи, поддержке и уходе на ранней стадии, не вызывая стигматизации, связанного со стигмой стресса и страха развития серьезного психического заболевания, которые могут привести к снижению качества жизни, безнадежности, тревоге, депрессии и даже к повышению риска развития серьезного психического расстройства¹⁴³. С одной стороны, мы рискуем нарушить принцип небезразличия, предоставляя информацию и, в конечном счете, вмешиваясь; с другой стороны, мы рискуем не предоставить соответствующую информацию и вмешательство людям, которые в противном случае могли бы, например, продолжать вести клинически и социально неблагоприятный образ жизни, такой как употребление психоактивных веществ, социальная изоляция или нездоровый режим сна.

В настоящее время в руководствах подчеркивается необходимость ограничивать оценку и направление к специалистам, ищущим помощи (профилактика по показаниям), и предлагать психосоциальные вмешательства с низким риском (психообразование, программы снижения злоупотребления психоактивными веществами, когнитивный тренинг, социальное/профессиональное функционирование). Это может быть целесообразно с клинической и этической точек зрения, если учесть, что большинство целевых лиц могут получить от них пользу и не будут нуждаться в фармакологическом лечении, которое, в свою очередь, может вызвать ряд сложных этических проблем. Однако даже принятие вышеупомянутых ограничений ставит этические проблемы, особенно связанные с принципом социальной справедливости⁴. Поведение, направленное на поиск помощи, связано с благоприятными социальными детерминантами, и ресурсы, вкладываемые в профилактические услуги – особенно те немногие, которые обеспечивают специализированное раннее вмешательство, – могут не дойти до сегментов населения с высокой распространенностью факторов риска, но низким доступом к услугам психиатрической помощи^{135,196}.

Есть надежда, что как финансовые, так и этические вопросы (особенно те, которые имеют отношение к социальной справедливости) могут выиграть от будущего внедрения скрининга на основе биомаркеров, который может привести к более точному выявлению тех, кто нуждается в вмешательстве, что позволит сконцентрировать имеющиеся ресурсы на ограниченном количестве людей и избежать ненужной

стигмы. Однако эта, казалось бы, захватывающая перспектива также ставит важные этические проблемы, особенно связанные с потенциальным злоупотреблением информацией о биомаркерах (включая генетические варианты) со стороны страховых компаний и работодателей, которые могут получить, запросить или использовать эту информацию в своих интересах. Таким образом, возможность раннего получения психиатрической помощи может превратиться в еще один инструмент дискриминации и отчуждения.

Подчеркивая сложные этические проблемы, связанные с ранним вмешательством в психиатрию, мы не стремимся отказать в этом важном компоненте современных моделей оказания помощи, а хотим способствовать разработке и распространению более этически обоснованных моделей профилактики, таких как модели, разработанные совместно с PWLE и характеризующиеся целостным и дружественным к молодежи подходом, способствующим развитию надежды и стрессоустойчивости¹⁹⁹.

Этические проблемы в современной психиатрии также возникают в связи с ролью психиатров в принятии решений об прекращении жизни PWLE, выражающих желание умереть, что может быть частью их психического состояния. Этический кодекс ВПА гласит: «Психиатры не одобряют просьбы пациентов о прекращении поддерживающего жизнь лечения или смерти с помощью врача, если они признают, что в основе этих просьб лежит психопатология»⁴. Это знакомо клиницистам, поскольку в нашей практике мы часто встречаем людей, которые, страдая от депрессии или других тяжелых психических расстройств, выражают сильное желание умереть, а когда их состояние улучшается, благодарят тех, кто помог им преодолеть трудности, и снова радуются жизни.

Однако это не всегда очевидно для политиков. В условиях, когда независимость человека имеет приоритетное значение при принятии решений, касающихся здоровья и контроля над своим телом, исключение PWLE из числа лиц, которым оказывается помощь в прекращении жизни, может быть истолковано как дискриминация по отношению к лицам с тяжелыми физическими заболеваниями, которые могут свободно выбрать прекращение жизни при условии, что они считаются «компетентными в принятии решений». На самом деле, распространение практики смерти с помощью врача на лиц с психическими расстройствами, которые считаются не поддающимися лечению, уже произошло в некоторых странах, что вызывает как минимум две этические проблемы: а) в психиатрии, более чем в других медицинских специальностях, определение состояния как не поддающегося лечению является сложной задачей (например, не всегда можно установить, является ли отсутствие ответа на лечение реальным или вызвано плохой приверженностью, или будет ли оно распространяться на еще не опробованные методы лечения); б) само расстройство может подтолкнуть к убеждению, что состояние не поддается лечению, поскольку безнадежность является частью этого расстройства. В любом случае, учитывая сложность соответствующих этических проблем, психиатры, которые решительно выступают против смерти с помощью врача для PWLE, должны иметь право отказаться как от участия, так и от направления к другому психиатру.

Этический кодекс ВПА также может содержать дополнительные рекомендации, относящиеся к КИ в области клинической помощи, исследований и обучения. Иллюстрируя принцип «небезразличия», Кодекс рекомендует: «Психиатры избегают вступать в отношения с третьими сторонами, включая фармацевтическую промышленность, но не ограничиваясь ею, которые могут поставить под угрозу их основное внимание к интересам своих пациентов. Финансовые отношения всегда должны быть раскрыты»⁴. Означает ли это, что в дополнение к соблюдению существующих правил, ограничивающих взаимодействие с представителями индустрии, а также их доступ к медицинским учреждениям, врач должен представить своим пациентам декларацию КИ? Хотя такая декларация широко используется на научных встречах и в публикациях, а также часто принимается в образовательных контекстах, она не является частью рутинной клинической практики. Однако

многие академические медицинские центры США размещают информацию о КИ на общедоступном веб-сайте, а в соответствии с законом США Physician Payments Sunshine Act²⁵⁹ был создан федеральный веб-сайт, на котором ежегодно публикуются данные обо всех платежах фармацевтических компаний врачам.

Имеющиеся данные свидетельствуют о сложной картине, в которой раскрытие информации в клинических условиях может привести к различным результатам. Более того, оно может породить недоверие, независимо от качества рекомендаций врача и от того, является ли раскрытие информации добровольным или обязательным. С другой стороны, раскрытие информации может также вызвать рост доверия, поскольку повышается восприятие экспертных знаний врача.

Будет ли обязательство по раскрытию информации также применяться к нефинансовым КИ? Это представляется еще более сложным и, вероятно, потребует различных рекомендаций и процедур для разных КИ. Раскрытие КИ, относящейся к защитной практике, скорее всего, окажет негативное влияние на терапевтические отношения и помешает готовности человека принять лечение.

Что касается исследований и публикаций, то, хотя нет сомнений в том, что, публикуя результаты своих исследований, психиатры должны раскрывать источники финансирования и другие потенциальные источники предвзятости, в то же время важно улучшить понимание общественностью того, что выражение «КИ» относится к обстоятельствам фактического или предполагаемого риска неправомерного влияния и само по себе не подразумевает неэтичного поведения. Отношения между врачами и другими организациями, включая фармацевтические компании, могут приводить к этическим проблемам, но не менее верно и то, что иногда такие партнерства приводят к разработке новых лекарств и медицинских приборов.

Поступки отдельных специалистов не должны превращаться в необоснованные обобщения. Врачи должны четко обозначить свои отношения со всеми соответствующими лицами, компаниями или организациями и в каждом действии учитывать этические принципы, которыми следует руководствоваться в своем поведении. Однако в то же время необходимо проводить инициативы (например, дебаты, публикации в газетах), направленные на разъяснение правильной интерпретации термина «КИ».

Другие этические вопросы, которые, вероятно, более актуальны для психиатрии, чем для других медицинских дисциплин, связаны с привлечением PWLE и неформальных сторонников. Безусловно, такое участие может способствовать повышению качества психиатрической помощи, исследований и обучения, основанных на соблюдении прав человека. Однако в зависимости от вида участия и заинтересованных сторон могут возникать различные этические проблемы, поскольку специфические проблемы для PWLE и неформальных сторонников часто различаются.

Вовлечение PWLE в процесс лечения обычно называют совместным принятием решений – модель ухода, которая, казалось бы, одобряется всеми поставщиками услуг, но, по мнению пользователей услуг, слишком часто представляет собой просто символический подход. Конечно, символический подход не соответствует основным этическим принципам нашей практики, и особенно уважению к автономии пациентов. Однако еще многое предстоит сделать, чтобы заменить клиническую практику, основанную на традиционных терапевтических отношениях, новой моделью лечения, над которой еще предстоит работать.

Лица, работающие по принципу «равный – равному», заботясь о других лицах, могут стать важным ресурсом в сфере охраны психического здоровья, учитывая их способность эмпатически понимать ситуацию другого человека благодаря совместному переживанию эмоционального дистресса. Однако данные об эффективности вмешательств, предоставляемых работниками службы равной поддержки, неоднозначны. Например, для пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями есть некоторые доказательства положительного влияния на показатели надежды, выздоровления и расширения возможностей, но нет доказа-

тельств влияния на другие важные результаты, такие как госпитализация или общие симптомы. Для пациентов с зависимостями поддержка сверстников может способствовать воздержанию и привести к более активному участию в программе Анонимных Алкоголиков³¹⁹. Тем не менее, необходимы дальнейшие более глубокие исследования в этой области.

Роль семьи и неформальных помощников в формировании повестки в области охраны психического здоровья и научных исследований нельзя недооценивать. Они представляют собой важные заинтересованные стороны, особенно в контексте ухода за людьми с тяжелыми психическими расстройствами на базе сообществ. Однако PWLE могут быть против вовлечения родственников в уход за ними или воспринимать их участие как создание высокого уровня дистресса. Это представляет собой серьезную этическую проблему.

Во всех странах должны быть разработаны национальные рекомендации, основанные на позиционном документе ВПА по развитию партнерства с PWLE и неформальными помощниками³¹² и на руководстве ВОЗ по созданию новых служб психического здоровья на основе равенства³⁴⁴ с тем чтобы распространить информацию о принципах, которыми следует руководствоваться в этом партнерстве. Кроме того, необходимо разработать и провести дальнейшие исследования совместно с PWLE и семейными/неформальными помощниками, чтобы уточнить наилучшие стратегии и практики, способствующие их вовлечению на различных уровнях оказания помощи, обучения, исследований и политики.

В заключение следует отметить, что данный обзор этических проблем в современной психиатрии призван стимулировать критическое осмысление наших моделей оказания помощи, политики в области психического здоровья, тренингов и других образовательных мероприятий, а также методов и продуктов исследований. Мы сталкиваемся с радикальными и быстрыми социальными преобразованиями; инновациями, последствия которых трудно предсказать; растущим осознанием и в то же время очевидными нарушениями прав человека; повышенным вниманием к индивидуальным потребностям и независимости, которые могут вступить в конфликт с сокращением ресурсов общества; и растущим требованием полного участия PWLE и их неформальных помощников во всех аспектах психиатрической помощи, образования, исследований и политики.

Необходимо переосмыслить политику, услуги, обучение, отношение, методы исследования и этические кодексы в психиатрии. Эта работа предполагает взаимодействие с основными заинтересованными сторонами и непредвзятые дискуссии, а также обязательство по внедрению и мониторингу согласованных на местном уровне решений в рамках политики здравоохранения и социальной политики, клинической помощи, обучения и исследований.

Перевод: Занкишиева Карина Азгоровна, г. Нальчик
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Литература

- Lopez-Munoz F, Alamo C, Dudley M et al. Psychiatry and political-institutional abuse from the historical perspective: the ethical lessons of the Nuremberg Trial on their 60th anniversary. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:791-806.
- Buoli M, Giannuli AS. The political use of psychiatry: a comparison between totalitarian regimes. *Int J Soc Psychiatry* 2017;63:169-74.
- van Voren R. Political abuse of psychiatry – an historical overview. *Schizophr Bull* 2010;36:33-5.
- World Psychiatric Association. Code of Ethics for Psychiatry. www.wpanet.org/policies.
- World Psychiatric Association. Declaration of Hawaii. *J Med Ethics* 1978;4:71-3.
- Drew N, Funk M, Tang S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011;378: 1664-75.
- Drolet MJ, Rose-Derouin E, Leblanc JC et al. Ethical issues in research: perceptions of researchers, research ethics board members and research ethics experts. *J Acad Ethics* 2023;21:269-92.
- Wisgalla A, Hasford J. Four reasons why too many informed consents to clinical research are invalid: a critical analysis of current practices. *BMJ Open* 2022; 12:e050543.
- Taljaard M, McRae AD, Weijer C et al. Inadequate reporting of research ethics review and informed consent in cluster randomised trials: review of random sample of published trials. *BMJ* 2011;342:d2496.
- United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations, 2007.
- Maj M. Financial and non-financial conflicts of interests in psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010;260(Suppl. 2):S147-51.
- Maj M. Non-financial conflicts of interests in psychiatric research and practice. *Br J Psychiatry* 2008;193:91-2.
- Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet* 2022;400:1438-80.
- Donnelly J. Universal human rights in theory and practice. Ithaca and London: Cornell University Press, 2013.
- United Nations. The Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations, 1948.
- United Nations. International Covenant on Civil and Political Rights. New York: United Nations, 1966.
- United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations, 1966.
- Dudley M, Silove D, Gale F. Mental health, human rights, and their relationship: an introduction. In: Dudley M, Silove D, Gale F (eds). *Mental health and human rights: vision, praxis, and courage*. Oxford: Oxford University Press, 2012:1-49.
- United Nations. Vienna Declaration and program of action. Vienna: United Nations, 1993.
- Mann J, Gostin L, Gruskin S et al. Health and human rights. *Health Hum Rights* 1994;1:6-23.
- Gostin LO, Gable L. The human rights of persons with mental disabilities: a global perspective on the application of human rights principles to mental health. *Georgetown Law Faculty Publications and Other Works* 2004;63:20-121.
- United Nations. Principles for protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care. New York: United Nations, 1991.
- Perlin ML, Szeli E. Mental health law and human rights – evolution and contemporary challenges. In: Dudley M, Silove D, Gale F (eds). *Mental health and human rights: vision, praxis, and courage*. Oxford: Oxford University Press, 2012:80-94.
- Callard F, Sartorius N, Arboleda-Flórez J et al. Mental illness, discrimination and the law: fighting for social justice. Hoboken: Wiley, 2012.
- Harding T. Human rights law in the field of mental health: a critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:24-30.
- Weller PJ. Lost in translation: human rights and mental health law. In: McSherry B, Weller P (eds). *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart Publishing, 2010:51-72.
- Bartlett P. Implementing a paradigm shift: implementing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in the context of mental disability law. In: Centre for Human Rights and Humanitarian Law, American University Washington College of Law (ed). *Torture in healthcare settings: reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report*. Washington: Centre for Human Rights and Humanitarian Law, American University Washington College of Law, 2014:169-80.
- McSherry B. Mental health laws: where to from here. *Monash University Law Review* 2014;40:175-97.
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 -Article 12: Equal recognition before the law. <https://www.ohchr.org>.
- Minkowitz T. Abolishing mental health laws to comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In: McSherry B, Weller P (eds). *Rethinking rights-based mental health laws*. Oxford: Hart Publishing, 2010:151- 77.
- Callaghan SM, Ryan C. Is there a future for involuntary treatment in rightsbased mental health law? *Psychiatry Psychol Law* 2014;21: 747-66.
- Dawson J. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *Int J Law Psychiatry* 2015;40:70-9.
- Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JMC et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Com-

- ment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry* 2015;2:844-50.
34. World Psychiatric Association. Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. Position Statement. www.wpanet.org.
 35. Herrman H, Allan J, Galderisi S et al. Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. *World Psychiatry* 2022;21: 159-60.
 36. Mezzina R, Rosen A, Amering M et al. The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda. In: Mezzina R, Rosen A, Amering M et al (eds). *Advances in psychiatry*. Cham: Springer, 2019:483-515.
 37. Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open* 2024;10:e26.
 38. World Psychiatric Association. *QualityRights Gujarat: a case study of alternatives to coercion in mental health care*. Geneva: World Psychiatric Association, 2020.
 39. Sartorius N, Gill N, Virani S. Fighting for human rights and social justice and the promotion of mental health: complementary efforts. *World Soc Psychiatry* 2023;5:97-100.
 40. Maker Y, McSherry B. Human rights and the social determinants of mental health: fostering interdisciplinary research collaboration. *Psychiatry Psychol Law* 2023; doi: 10.1080/13218719.2023.2243297.
 41. Sen A. *Development as freedom*. New York: Oxford University Press, 1999.
 42. Nussbaum MC. *Creating capabilities – The human development approach*. Cambridge: Harvard University Press, 2011.
 43. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.
 44. Marmot M. Boyer lectures – Fair Australia: social justice and the health gap. www.abc.net.au.
 45. Gill NS. Human rights framework: an ethical imperative for psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry* 2019;53:8-10.
 46. Kestel D. Transforming mental health for all: a critical role for specialists. *World Psychiatry* 2022;21:333-4.
 47. Moeti M, Gao GF, Herrman H. Global pandemic perspectives: public health, mental health, and lessons for the future. *Lancet* 2022;400:e3-7.
 48. Rosen A, Gill NS, Salvador-Carulla L. The future of community psychiatry and community mental health services. *Curr Opin Psychiatry* 2020;33:375-90.
 49. Campbell T, Heginbotham C. *Mental illness: prejudice, discrimination and the law*. London: Dartmouth, 1991.
 50. Dawson J, Szmukler G. Fusion of mental health and incapacity legislation. *Br J Psychiatry* 2006;188:504-9.
 51. Szmukler G. *Men in white coats: treatment under coercion*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
 52. Funk M, Bold ND. WHO's QualityRights initiative: transforming services and promoting rights in mental health. *Health and Human Rights* 2020;22:69-76.
 53. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
 54. Flynn S, Rodway C, Appleby L et al. Serious violence by people with mental illness: national clinical survey. *J Interpers Violence* 2014;29:1438-58.
 55. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA et al. Violence and schizophrenia: the role of social determinants of health and the need for early intervention. *World Psychiatry* 2023;22:230-1.
 56. Szmukler G, Daw R, Dawson J. A model law fusing incapacity and mental health legislation. *J Ment Health Law* 2010;20:1-140.
 57. Harper C, Davidson G, McClelland R. No longer 'anomalous, confusing and unjust': the Mental Capacity Act (Northern Ireland). *Int J Ment Health Capact Law* 2016;22:57-70.
 58. Northern Ireland Assembly. *Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016*. www.legislation.gov.uk.
 59. Series L, Nilsson A. Article 12 CRPD: equal recognition before the law. In: Bantekas I, Stein MA, Anastasiou D (eds). *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a commentary*. Oxford: Oxford University Press, 2018:339-82.
 60. Szmukler G. "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
 61. Scholten M, Gieselmann A, Gather J et al. Psychiatric advance directives under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: why advance instructions should be able to override current preferences. *Front Psychiatry* 2019;10:631.
 62. Szmukler G. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. *Int J Law Psychiatry* 2017;54:90-7.
 63. Ward A. A major step forward in CRPD compliance by the German Federal Constitutional Court? www.lexology.com.
 64. Australian Law Reform Commission. *Equality, capacity and disability in Commonwealth laws*. www.alrc.gov.au.
 65. Duffy J. *Mental capacity, dignity and the power of international human rights*. Cambridge: Cambridge University Press, 2023.
 66. 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.
 67. Zeavin H. *The distance cure: a history of teletherapy*. Cambridge: MIT Press, 2021.
 68. Wilcock AD, Huskamp HA, Busch AB et al. Use of telemedicine and quality of care among Medicare enrollees with serious mental illness. *JAMA Health Forum* 2023;4:e233648.
 69. Pendse SR, Nkemelu D, Bidwell NJ et al. From treatment to healing: envisioning a decolonial digital mental health. Presented at the CHI Conference on Human Factors in Computing Systems, New Orleans, April-May, 2022.
 70. Caliskan A, Bryson JJ, Narayanan A. Semantics derived automatically from language corpora contain human-like biases. *Science* 2017;356:183-6.
 71. Oswald FL, Mitchell G, Blanton H et al. Predicting ethnic and racial discrimination: a meta-analysis of IAT criterion studies. *J Personal Soc Psychol* 2013; 105:171-92.
 72. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C et al. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science* 2019;366:447-53.
 73. Kim J. *Data brokers and the sale of Americans' mental health data*. Durham: Duke Sanford School of Public Policy, 2023.
 74. US Federal Trade Commission. *FTC to ban BetterHelp from revealing consumers' data, including sensitive mental health information, to Facebook and others for targeted advertising*. www.ftc.gov.
 75. YLE News. Hacked therapy centre's ex-CEO gets 3-month suspended sentence. YLE News, April 18, 2023. <https://yle.fi/a/74-20027665>.
 76. Ralston W. They told their therapists everything. Hackers leaked it all. *Wired*, May 4, 2021. www.wired.com.
 77. Kirp D. The cyber attack that rocked the nation. *Helsinki Times*, December 22, 2020. www.helsinkitimes.fi.
 78. Picchi A. Eating disorder helpline shuts down AI chatbot that gave bad advice. *CBS News*, June 1, 2023. www.cbsnews.com.
 79. Jargon J. A chatbot was designed to help prevent eating disorders. Then it gave dieting tips. *Wall Street Journal*, June 1, 2023. www.wsj.com.
 80. Xiang C. "Horribly unethical": startup experimented on suicidal teens on social media with chatbot. *Vice*, March 7, 2023. www.vice.com.
 81. World Health Organization. *The ongoing journey to commitment and transformation: digital health in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023.
 82. Oh KJ, Lee D, Ko B et al. A chatbot for psychiatric counseling in mental healthcare service based on emotional dialogue analysis and sentence generation. Presented at the 18th IEEE International Conference on Mobile Data Management, Daejeon, May-June, 2017.
 83. Corsico P. The risks of risk. Regulating the use of machine learning for psychosis prediction. *Int J Law Psychiatry* 2019;66:101479.
 84. Marks M. Artificial intelligence based suicide prediction. *Yale Journal of Law and Technology* 2019;21:98.
 85. Flore J. Ingestible sensors, data, and pharmaceuticals: subjectivity in the era of digital mental health. *New Media Soc* 2020;23:2034-51.
 86. Miller S. The use of monitoring conditions (GPS tracking devices) Re CMX [2014] QMHC 4. *Psychiatry Psychol Law* 2015;22:321-6.
 87. Bossewicz J, Brown LXZ, Gooding P et al. Digital futures in mind: reflecting on technological experiments in mental health and crisis support. Melbourne: University of Melbourne, 2022.
 88. Torous J, Roberts LW. Needed innovation in digital health and smartphone applications for mental health: transparency and trust. *JAMA Psychiatry* 2017;74:437-8.

89. Taylor NP. Digital health funding jumps to new high as investors bet big on mental health startups: report. MedTech Dive, January 21, 2022. www.medtechdive.com.
90. DeAngelis T. As funding cools, venture capitalists shift investments in mental health. American Psychological Association, January 1, 2023. www.apa.org.
91. Kumar A, Ross JS, Patel NA et al. Studies of prescription digital therapeutics of ten lack rigor and inclusivity: study examines prescription digital therapeutics standards. *Health Aff* 2023;42:1559-67.
92. Day S, Shah V, Kaganoff S et al. Assessing the clinical robustness of digital health startups: cross-sectional observational analysis. *J Med Internet Res* 2022;24:e37677.
93. Gooding P, Kariotis T. Ethics and law in research on algorithmic and data-driven technology in mental health care: scoping review. *JMIR Ment Health* 2021;8:e24668.
94. Steindl E. Safeguarding privacy and efficacy in e-mental health: policy options in the EU and Australia. *Int Data Priv Law* 2023;13:207-24.
95. Gooding P, Wee R. eMHIC position statement on the ethics and law of e-mental health (& call to action). <https://emhicglobal.com>.
96. Burr C, Morley J, Taddeo M et al. Digital psychiatry: risks and opportunities for public health and wellbeing. *IEEE Trans Technol Soc* 2020;1:21-33.
97. Burr C, Morley J. Empowerment or engagement? Digital health technologies for mental healthcare. In: Burr C, Milano S (eds). *The 2019 yearbook of the digital ethics lab*. Cham: Springer, 2020:67-88.
98. Fiske A, Henningsen P, Buyx A. Your robot therapist will see you now: ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology, and psychotherapy. *J Med Internet Res* 2019;21:e13216.
99. Coghlan S, D'Alfonso S. Digital phenotyping: an epistemic and methodological analysis. *Philos Technol* 2021;34:1905-28.
100. Martinez-Martin N, Greeley HT, Cho MK. Ethical development of digital phenotyping tools for mental health applications: Delphi study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2021;9:e27343.
101. Martinez-Martin N, Insel TR, Dagum P et al. Data mining for health: staking out the ethical territory of digital phenotyping. *NPJ Digit Med* 2018;1:68.
102. Slack SK, Barclay L. First-person disavowals of digital phenotyping and epistemic injustice in psychiatry. *Med Health Care Philos* 2023;26:605-14.
103. Kariotis TC, Prictor M, Chang S et al. Impact of electronic health records on information practices in mental health contexts: scoping review. *J Med Internet Res* 2022;24:e30405.
104. Bondre A, Pathare S, Naslund JA. Protecting mental health data privacy in India: the case of data linkage with Aadhaar. *Glob Health Sci Pract* 2021;9:467-80.
105. Torous J, Andersson G, Bertagnoli A et al. Towards a consensus around standards for smartphone apps and digital mental health. *World Psychiatry* 2019;18:97-8.
106. Goldberg SB, Sun S, Carlbring P et al. Selecting and describing control conditions in mobile health randomized controlled trials: a proposed typology. *NPJ Digit Med* 2023;6:181.
107. 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.
108. Robotham D, Satkunanathan S, Doughty L et al. Do we still have a digital divide in mental health? A five-year survey follow-up. *J Med Internet Res* 2016;18:e309.
109. Ennis L, Rose D, Denis M et al. Can't surf, won't surf: the digital divide in mental health. *J Ment Health* 2012;21:395-403.
110. Spanakis P, Wadman R, Walker L et al. Measuring the digital divide among people with severe mental ill health using the essential digital skills framework. *Perspect Public Health* 2024;144:21-30.
111. Zhao X, Schueller SM, Kim J et al. Real-world adoption of mental health support among adolescents: cross-sectional analysis of the California Health Interview Survey. *J Pediatr Psychol* 2023; doi: 10.1093/jpepsy/jsad082.
112. Ghafur S, Van Dael J, Leis M et al. Public perceptions on data sharing: key insights from the UK and the USA. *Lancet Digit Health* 2020;2:e444-6.
113. Singh S, Sagar R. Time to have effective regulation of the mental health apps market: maximize gains and minimize harms. *Indian J Psychol Med* 2022;44: 399-404.
114. Cohen ZD, Schueller SM. Expanding, improving, and understanding behaviour research and therapy through digital mental health. *Behav Res Ther* 2023; 167:104358.
115. Perret S, Alon N, Carpenter-Song E et al. Standardising the role of a digital navigator in behavioural health: a systematic review. *Lancet Digit Health* 2023;5:e925-32.
116. Torous J. A path towards progress: lessons from the hard things about digital mental health. *World Psychiatry* 2022;21:419-20.
117. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National safety and quality digital mental health standards – Guide for service providers. www.safetyandquality.gov.au.
118. European Commission. Regulatory framework proposal on artificial intelligence. <https://digital-strategy.ec.europa.eu>.
119. Kelly B. New technology, psychiatry, and the law: navigating panic, prudence, and possibility. Presented at the 1st International Conference on Decision Making in Medicine and Law: Opportunities and Pitfalls of Information Technologies, Rome, December 2023.
120. Campion J, Bhui K, Bhugra D. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *Eur Psychiatry* 2012;27:68-80.
121. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E et al. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects metaanalysis. *World Psychiatry* 2021;20:75-95.
122. Menculini G, Verdolini N, Gobbi C et al. Clinical and psychopathological correlates of duration of untreated illness (DUI) in affective spectrum disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022;61:60-70.
123. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9:137-50.
124. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016;3:171-8.
125. 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.
126. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU et al. Prevention of psychosis: advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry* 2020;77: 755-65.
127. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015;30:388-404.
128. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. EPA guidance on the early detection of clinical high-risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015;30:405-16.
129. Ratheesh A, Cotton SM, Davey CG et al. Ethical considerations in preventive interventions for bipolar disorder. *Early Interv Psychiatry* 2017;11:104-12.
130. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:220-9.
131. Oliver D, Arribas M, Radua J et al. Prognostic accuracy and clinical utility of psychometric instruments for individuals at clinical high-risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2022;27:3670-8.
132. Fusar-Poli P, Radua J, Jauhar S. Lack of robust meta-analytic evidence to favour cognitive behavioural therapy for prevention of psychosis. *World Psychiatry* 2021;20:443-44.
133. Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA et al. Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. *World Psychiatry* 2018;17:196-209.
134. Fusar-Poli P, Schultze-Lutter F, Cappucciati M et al. The dark side of the moon: meta-analytical impact of recruitment strategies on risk enrichment in the clinical high-risk state for psychosis. *Schizophr Bull* 2016;42:732-43.
135. Ajnakina O, David AS, Murray RM. 'At risk mental state' clinics for psychosis – an idea whose time has come – and gone! *Psychol Med* 2019;49:529-34.
136. McCrone P. Does early intervention for psychosis services make economic sense? *Ment Health Today* 2012;Jan-Feb:30-3.
137. Amos A. Unsystematic review shows neither that early intervention in psychosis is cost-effective nor cost-minimising. *Br J Psychiatry* 2019;215:744.

138. Rosenheck R. The challenge of cost-effectiveness research on first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2019;215:386-7.
139. Cuijpers P, Smit F, Furukawa TA. Most at-risk individuals will not develop a mental disorder: the limited predictive strength of risk factors. *World Psychiatry* 2021;20:224-5.
140. van Os J, Guloksuz S. A critique of the “ultra-high risk” and “transition” paradigm. *World Psychiatry* 2017;16:200-6.
141. Carpenter WT, van Os J. Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *Am J Psychiatry* 2011;168:460-3.
142. Shrivastava A, McGorry PD, Tsuang M et al. “Attenuated psychotic symptoms syndrome” as a risk syndrome of psychosis, diagnosis in DSM-V: the debate. *Indian J Psychiatry* 2011;53:57-65.
143. Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG et al. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. *Schizophr Res* 2010;120:42-8.
144. Koren D. Early detection and intervention in psychiatry in the post-DSM-5 publication era: is it time to rethink the trees we bark up? *Early Interv Psychiatry* 2013;7:235-7.
145. Tsuang MT, van Os J, Tandon R et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM5. *Schizophr Res* 2013;150:31-5.
146. Corcoran C, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being “at risk”. *Schizophr Res* 2005;73:173-84.
147. Colizzi M, Ruggeri M, Lasalvia A. Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. *Psychol Med* 2020;50:705-26.
148. DeLuca JS, Yang LH, Lucksted AA et al. Reducing stigma among youth at risk for psychosis: a call to action. *Schizophr Bull* 2021;47:1512-4.
149. Rüsck N, Heekeren K, Theodoridou A et al. Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis. *Schizophr Res* 2015;166:43-8.
150. Yang LH, Link BG, Ben-David S et al. Stigma related to labels and symptoms in individuals at clinical high-risk for psychosis. *Schizophr Res* 2015;168:9-15.
151. Anglin DM, Greenspoon MI, Lighty Q et al. Spontaneous labelling and stigma associated with clinical characteristics of peers ‘at-risk’ for psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2014;8:247-52.
152. Corcoran CM. Ethical and epidemiological dimensions of labeling psychosis risk. *AMA J Ethics* 2016;18:633-42.
153. Yung AR, Wood SJ, Malla A et al. The reality of at risk mental state services: a response to recent criticisms. *Psychol Med* 2021;51:212-8.
154. Mittal VA, Dean DJ, Mittal J et al. Ethical, legal, and clinical considerations when disclosing a high-risk syndrome for psychosis. *Bioethics* 2015;29:543-56.
155. 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.
156. Reeve S, Nickless A, Sheaves B et al. Sleep duration and psychotic experiences in patients at risk of psychosis: a secondary analysis of the EDIE-2 trial. *Schizophr Res* 2019;204:326-33.
157. Wang J, Eccles H, Nannarone M et al. Does providing personalized depression risk information lead to increased psychological distress and functional impairment? Results from a mixed-methods randomized controlled trial. *Psychol Med* 2020;52:2071-9.
158. Meiser B, Mitchell PB, McGirr H et al. Implications of genetic risk information in families with a high density of bipolar disorder: an exploratory study. *Soc Sci Med* 2005;60:109-18.
159. Alder RG, Young JL, Russell EI et al. The impact and desirability of news of risk for schizophrenia. *PLoS One* 2013;8:e62904.
160. Ruiz B, Ceccolini CJ, Shah BB et al. Stigma and coping experiences in Latinx individuals at clinical high-risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2022;16:34-41.
161. Bortolotti L, Widdows H. The right not to know: the case of psychiatric disorders. *J Med Ethics* 2011;37:673-6.
162. Duttge G. The right to know and not to know: predictive genetic diagnosis and non-diagnosis. *Recent Results Cancer Res* 2021;218:67-83.
163. Andorno R. The right not to know: an autonomy based approach. *J Med Ethics* 2004;30:435-40.
164. Carpiniello B, Wasserman D. European Psychiatric Association policy paper on ethical aspects in communication with patients and their families. *Eur Psychiatry* 2020;63:e36.
165. Woodberry KA, Powers KS, Bryant C et al. Emotional and stigma-related experiences relative to being told one is at risk for psychosis. *Schizophr Res* 2021; 238:44-51.
166. Schiffman J, Horton LE, Landa Y et al. Considerations for providing feedback to patients and families regarding clinical high-risk for psychosis status. *Schizophr Res* 2022;244:55-7.
167. Appelbaum PS. Ethical challenges in the primary prevention of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015;41:773-5.
168. Moritz S, Gawęda Ł, Heinz A et al. Four reasons why early detection centers for psychosis should be renamed and their treatment targets reconsidered: we should not catastrophize a future we can neither reliably predict nor change. *Psychol Med* 2019;49:2134-40.
169. Falkenberg I, Valmaggia L, Byrnes M et al. Why are help-seeking subjects at ultra-high risk for psychosis help-seeking? *Psychiatry Res* 2015;228:808-15.
170. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS et al. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry* 2011;168:800-5.
171. Olvet DM, Carrión RE, Auther AM et al. Self-awareness of functional impairment in individuals at clinical high-risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2015;9:100-7.
172. Beck K, Andreou C, Studerus E et al. Clinical and functional long-term outcome of patients at clinical high risk (CHR) for psychosis without transition to psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 2019;210:39-47.
173. Salazar de Pablo G, Soardo L, Cabras A et al. Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not transition to psychosis: a metaanalysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022;31:e9.
174. Herrera SN, Sarac C, Phili A et al. Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: a scoping review. *Schizophr Res* 2023;252:148-58.
175. World Psychiatric Association. Social justice for the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61:213-4.
176. Fusar-Poli P. Why ultra high risk criteria for psychosis prediction do not work well outside clinical samples and what to do about it. *World Psychiatry* 2017;16:212-3.
177. Ajnakina O, Morgan C, Gayer-Anderson C et al. Only a small proportion of patients with first episode psychosis come via prodromal services: a retrospective survey of a large UK mental health programme. *BMC Psychiatry* 2017; 17:1-9.
178. Morgan C, Knowles G, Hutchinson G. Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry* 2019;18:247-58.
179. Hagler MA, Ferrara M, Yoviene Sykes LA et al. Sampling from different populations: sociodemographic, clinical, and functional differences between samples of first episode psychosis individuals and clinical high-risk individuals who progressed to psychosis. *Schizophr Res* 2023;255:239-45.
180. Fridgen GJ, Aston J, Gschwandtner U et al. Help-seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48: 1033-43.
181. Allan SM, Hodgekins J, Beazley P et al. Pathways to care in at-risk mental states: a systematic review. 2021;15:1092-103.
182. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A et al. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: a systematic review. *Health Policy* 2019;123:851-63.
183. Carson N, Lê Cook B, Alegria M. Social determinants of mental health treatment among Haitian, African American, and White youth in community health centers. *J Health Care Poor Underserved* 2010;21(Suppl. 2):32-48.
184. Burke T, Thompson A, Mifsud N et al. Proportion and characteristics of young people in a first-episode psychosis clinic who first attended an at-risk mental state service or other specialist youth mental health service. *Schizophr Res* 2022;241:94-101.
185. Geros H, Sizer H, Mifsud N et al. Migrant status and identification as ultrahigh risk for psychosis and transitioning to a psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141:52-9.
186. Valmaggia LR, Byrne M, Day F et al. Duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. *Br J Psychiatry* 2015;207:130-4.
187. Lu W, Todhunter-Reid A, Mitsdarffer ML et al. Barriers and facilitators for mental health service use among racial/ethnic minority adolescents: a systematic review of literature. *Front Public Health* 2021;9:641605.

188. McGorry PD, Tanti C, Stokes R et al. headspace: Australia's national youth mental health foundation – where young minds come first. *Med J Aust* 2007; 187(Suppl. 7):S68-70.
189. McGorry P, Trethowan J, Rickwood D. Creating headspace for integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2019;18:140-1.
190. Rickwood D, Paraskakis M, Quin D et al. Australia's innovation in youth mental health care: the headspace centre model. *Early Interv Psychiatry* 2019;13: 159-66.
191. Buckley R, Illback R, O'Brien G et al. Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for young people. *Ir J Psychol Med* 2015;32:71-7.
192. O'Reilly A, O'Brien G, Moore J et al. Evolution of Jigsaw – a national youth mental health service. *Early Interv Psychiatry* 2022;16:561-7.
193. Iyer SN, Boksa P, Lal S et al. Transforming youth mental health: a Canadian perspective. *Ir J Psychol Med* 2015;32:51-60.
194. Malla A, Iyer S, Shah J et al. Canadian response to need for transformation of youth mental health services: ACCESS Open Minds (Esprits ouverts). *Early Interv Psychiatry* 2019;13:697-706.
195. Read H, Kohrt BA. The history of coordinated specialty care for early intervention in psychosis in the United States: a review of effectiveness, implementation, and fidelity. *Community Ment Health J* 2022;58:835-46.
196. Hughes F, Hebel L, Badcock P et al. Ten guiding principles for youth mental health services. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:513-9.
197. van Amelsvoort T, Leijdesdorff S. Peer involvement and accessibility as key ingredients for 21st century youth mental health care services. *World Psychiatry* 2022;21:82-3.
198. McGorry PD, Goldstone SD, Parker AG et al. Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *Lancet Psychiatry* 2014;1:559-68.
199. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:61-76.
200. Rickwood D, McEachran J, Saw A et al. Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. *PLoS One* 2023; 18:e0282040.
201. Kisely SR, Bastiampillai T, Allison S et al. More smoke and mirrors: fifteen further reasons to doubt the effectiveness of headspace. *Australas Psychiatry* 2023;31:282-91.
202. Kisely S, Looi JC. Latest evidence casts further doubt on the effectiveness of headspace. *Med J Aust* 2022;217:388-90.
203. Goldney RD. Early intervention services. *Australas Psychiatry* 2020;28:599.
204. Iorfino F, Carpenter JS, Cross SP et al. Social and occupational outcomes for young people who attend early intervention mental health services: a longitudinal study. *Med J Aust* 2022;216:87-93.
205. Iorfino F, McHugh C, Richards M et al. Patterns of emergency department presentations for a youth mental health cohort: data-linkage cohort study. *BJPsych Open* 2023;9:e170.
206. Looi JC, Allison S, Bastiampillai T. Leviathans: headspace-like behemoths swallow resources. *Aust N Z J Psychiatry* 2019;53:1050-1.
207. Looi JC, Kisely SR, Bastiampillai T et al. Commentary: Is Australian headspace socioculturally westernised, educated, industrialised, rich and democratic in conceptualisation and accessibility? *Australas Psychiatry* 2023;31:255-7.
208. Boonstra A, van Mastrigt G, Evers S et al. @ease peer-to-peer youth walk-in centres in The Netherlands: a protocol for evaluating longitudinal outcomes, follow-up results and cost-of-illness. *Early Interv Psychiatry* 2023;17:929-38.
209. Shah JL, Moifar Z, Anderson KK et al. Return on investment from service transformation for young people experiencing mental health problems: approach to economic evaluations in ACCESS Open Minds (Esprits ouverts), a multi-site pan-Canadian youth mental health project. *Front Psychiatry* 2023;14:1030407.
210. Iyer SN, Shah J, Boksa P et al. A minimum evaluation protocol and steppedwedge cluster randomized trial of ACCESS Open Minds, a large Canadian youth mental health services transformation project. *BMC Psychiatry* 2019;19:273.
211. Looi JC, Allison S, Bastiampillai T et al. Headspace, an Australian youth mental health network: lessons for Canadian mental healthcare. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;30:116-22.
212. McMahon J, Ryan F, Cannon M et al. Where next for youth mental health services in Ireland? *Ir J Psychol Med* 2019;36:163-7.
213. Brannan C, Foulkes AL, Lázaro-Muñoz G. Preventing discrimination based on psychiatric risk biomarkers. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2019;180:159-71.
214. Smith WR, Appelbaum PS, Lebowitz MS et al. The ethics of risk prediction for psychosis and suicide attempt in youth mental health. *J Psychiatr* 2023; 263:113583.
215. Beauchamp TL. The right to die as the triumph of autonomy. *J Med Philos* 2006;31:643-54.
216. Meisel A. The legal consensus about foregoing life-sustaining treatment: its status and its prospects. *Kennedy Inst Ethics J* 1992;2:309-45.
217. Emanuel LL. Advance directives. *Annu Rev Med* 2008;59:187-98.
218. Calati R, Olié E, Dassa D et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Res* 2021;135:153-73.
219. Emanuel EJ. Euthanasia. Historical, ethical, and empiric perspectives. *Arch Intern Med* 1994;154:1890-901.
220. Gunderson M, Mayo DJ. Altruism and physician assisted death. *J Med Philos* 1993;18:281-95.
221. Mroz S, Dierckx S, Deliens L et al. Assisted dying around the world: a status quaestio. *Ann Palliat Med* 2021;10:3540-53.
222. Nicolini ME, Kim SYH, Churchill ME et al. Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. *Psychol Med* 2020;50:1241-56.
223. Coelho R, Maher J, Gaiand KS et al. The realities of medical assistance in dying in Canada. *Palliat Support Care* 2023;21:871-8.
224. Nicolini ME, Gastmans C, Kim SYH. Psychiatric euthanasia, suicide and the role of gender. *Br J Psychiatry* 2022;220:10-3.
225. Appelbaum PS. Physician-assisted death in psychiatry. *World Psychiatry* 2018;17:145-6.
226. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA et al. The hopelessness theory of depression: a quarter century in review. *Clin Psychol* 2015;22:345-65.
227. Lemmens T. When death becomes therapy: Canada's troubling normalization of health care provider ending of life. *Am J Bioeth* 2023;23:79-84.
228. Gamage M. She sought help in crisis and was suggested MAID instead. The Tyee, August 9, 2023. <https://thetyee.ca>.
229. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007;357:1834-40.
230. Doernberg SN, Peteet JR, Kim SY. Capacity evaluations of psychiatric patients requesting assisted death in the Netherlands. *Psychosomatics* 2016;57:556-65.
231. American Medical Association. AMA Code of Medical Ethics. <https://codemedical-ethics.ama-assn.org>.
232. American Psychiatric Association. Position statement on medical euthanasia. Washington: American Psychiatric Association, 2016.
233. Carpenter T, Vivas L. Ethical arguments against coercing provider participation in MAiD (medical assistance in dying) in Ontario, Canada. *BMC Med Ethics* 2020;21:46.
234. Kim SYH. Canadian medical assistance in dying and the hegemony of privilege. *Am J Bioeth* 2023;23:1-6.
235. Appelbaum PS. Physician-assisted death for psychiatric disorders: ongoing reasons for concern. *World Psychiatry* 2024;23:56-7.
236. Lo B, Field MJ (eds). Conflict of interest in medical research, education, and practice. Washington: National Academies Press, 2009.
237. McCoy MS, Emanuel EJ. Why there are no "potential" conflicts of interest. *JAMA* 2017;317:1721-2.
238. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003;290:252-5.
239. Feldman AM, Mann DL. Restoring public trust in scientific research by reducing conflicts of interest. *J Clin Invest* 2019;129:3971-3.
240. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. New York: United Nations, 2020.
241. Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:21-8.
242. Sartorius N. Guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2012;11:61-2.
243. Bhugra D, Sartorius N, Fiorillo A et al. EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. *Eur Psychiatry* 2015;30:423-30.
244. Angermeyer MC, Van der Auwera S, Carta MG et al. Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry* 2017;16:50-61.

245. Gaebel W, Zäske H, Zielasek J et al. Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015;265:189-97.
246. Fadlallah R, Alkhaled L, Brax H et al. Extent of physician-pharmaceutical industry interactions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 2018;28:224-30.
247. Katz D, Caplan AL, Merz JF. All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry gift-giving. *Am J Bioeth* 2003;3:39-46.
248. King M, Bearman PS. Gifts and influence: conflict of interest policies and prescribing of psychotropic medications in the United States. *Soc Sci Med* 2017; 172:153-62.
249. Mitchell AP, Trivedi NU, Gennarelli RL et al. Are financial payments from the pharmaceutical industry associated with physician prescribing? A systematic review. *Ann Intern Med* 2021;174:353-61.
250. Brax H, Fadlallah R, Al-Khaled L et al. Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0175493.
251. Ansari B. Industry payments and physicians prescriptions: effect of a payment restriction policy. *Soc Sci Med* 2021;278:113942.
252. Mitchell A, Sarpatwari A, Bach PB. Industry payments to physicians are kickbacks. how should stakeholders respond? *J Health Polit Policy Law* 2022;47: 815-33.
253. Alkhaled L, Kahale L, Nass H et al. Legislative, educational, policy and other interventions targeting physicians' interaction with pharmaceutical companies: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4:e004880.
254. Grundy Q, Habibi R, Shnier A et al. Decoding disclosure: comparing conflict of interest policy among the United States, France, and Australia. *Health Policy* 2018;122:509-18.
255. Zarei E, Ghaffari A, Nikoobar A et al. Interaction between physicians and the pharmaceutical industry: a scoping review for developing a policy brief. *Front Public Health* 2022;10:1072708.
256. Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. *World Psychiatry* 2011;10:155-9.
257. Höschl C, Fialová L. European Psychiatric Association guidance on the conflicts of interest. *Eur Psychiatry* 2012;27:142-6.
258. Fadlallah R, Nas H, Naamani D et al. Knowledge, beliefs and attitudes of patients and the general public towards the interactions of physicians with the pharmaceutical and the device industry: a systematic review. *PLoS One* 2016; 11:e0160540.
259. American Medical Association. Physician financial transparency reports (Sunshine Act). ama-assn.org/go/sunshine.
260. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). EFPIA code on disclosure of transfers of value from pharmaceutical companies to healthcare professionals and healthcare organisations. www.efpia.eu.
261. Loewenstein G, Sunstein CR, Golman R. Disclosure: psychology changes everything. *Annu Rev Econom* 2014;6:391-419.
262. Stoll M, Hubenschmid L, Koch C et al. Physicians' attitudes towards disclosure of payments from pharmaceutical companies in a nationwide voluntary transparency database: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2022;12:e055963.
263. Tringale KR, Hattangadi-Gluth JA. Truth, trust, and transparency – the highly complex nature of patients' perceptions of conflicts of interest in medicine. *JAMA Netw Open* 2019;2:e191929.
264. Kanter GP, Carpenter D, Lehmann LS et al. US nationwide disclosure of industry payments and public trust in physicians. *JAMA Netw Open* 2019;2: e191947.
265. Taylor J, Denegri S. Industry links with patient organisations. *BMJ* 2017;356: j1251.
266. Rose SL. Patient advocacy organizations: institutional conflicts of interest, trust, and trustworthiness. *J Law Med Ethics* 2013;41:680-7.
267. Rose SL, Highland J, Karafa MT et al. Patient advocacy organizations, industry funding, and conflicts of interest. *JAMA Intern Med* 2017;177:344-50.
268. Khabsa J, Semaan A, El-Harakeh A et al. Financial relationships between patient and consumer representatives and the health industry: a systematic review. *Health Expect* 2020;23:483-95.
269. Chimonas S, Mamoor M, Zimbalist SA et al. Mapping conflict of interests: scoping review. *BMJ* 2021;375:e066576.
270. King M, Essick C, Bearman P et al. Medical school gift restriction policies and physician prescribing of newly marketed psychotropic medications: difference-in-differences analysis. *BMJ* 2013;346:f264.
271. Epstein AJ, Busch SH, Busch AB et al. Does exposure to conflict of interest policies in psychiatry residency affect antidepressant prescribing? *Med Care* 2013;51:199-203.
272. Fabbri A, Hone KR, Hröbjartsson A et al. Conflict of interest policies at medical schools and teaching hospitals: a systematic review of cross-sectional studies. *Int J Health Pol* 2021;11:1274-85.
273. Guy-Coichard C, Perraud G, Chailieu A et al. Inadequate conflict of interest policies at most French teaching hospitals: a survey and website analysis. *PLoS One* 2019;14:e0224193.
274. Scognamiglio P, Morena D, Di Fazio N et al. Vox clamantis in deserto: a survey among Italian psychiatrists on defensive medicine and professional liability. *Front Psychiatry* 2023;14:1244101.
275. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D et al. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med* 2011;365:629-36.
276. Passmore K, Leung WC. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgrad Med J* 2002;78:671-3.
277. Reuveni I, Pelov I, Reuveni H et al. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ Open* 2017;7: e014153.
278. Lundh A, Lexchin J, Mintzes B et al. Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:MR000033.
279. Waqas A, Baig AA, Khalid MA et al. Conflicts of interest and outcomes of clinical trials of antidepressants: an 18-year retrospective study. *J Psychiatr Res* 2019;116:83-7.
280. Nejstgaard CH, Bero L, Hröbjartsson A et al. Association between conflicts of interest and favourable recommendations in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: systematic review. *BMJ* 2020;371:m4234.
281. Tibau A, Bedard PL, Srikanthan A et al. Author financial conflicts of interest, industry funding, and clinical practice guidelines for anti-cancer drugs. *J Clin Oncol* 2015;33:100-6.
282. International Committee of Medical Journal Editors. Disclosure of financial and non-financial relationships and activities, and conflicts of interest. International Committee of Medical Journal Editors, 2022.
283. Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F et al. Guidelines International Network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med* 2015;163:548-53.
284. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington: National Academies Press, 2011.
285. National Health Medical Research Council. NHMRC guidelines for guidelines: identifying and managing conflicts of interest. Canberra: National Health Medical Research Council, 2018.
286. Resnik DB, Ariansen JL, Jamal J et al. Institutional conflict of interest policies at U.S. academic research institutions. *Acad Med* 2016;91:242-6.
287. Resnik DB. Institutional conflicts of interest in academic research. *Sci Eng Ethics* 2019;25:1661-9.
288. Kahr B, Hollingsworth M. Massive faculty donations and institutional conflicts of interest. *J Sci Pract Integr* 2019;1:1-33.
289. Nichols-Casebolt A, Macrina FL. Current perspectives regarding institutional conflict of interest: commentary on "Institutional conflicts of interest in academic research". *Sci Eng Ethics* 2019;25:1671-7.
290. Graham SS, Karnes MS, Jensen JT et al. Evidence for stratified conflicts of interest policies in research contexts: a methodological review. *BMJ Open* 2022; 12:e063501.
291. Cappola AR, FitzGerald GA. Confluence, not conflict of interest: name change necessary. *JAMA* 2015;314:1791-2.
292. Wiersma M, Kerridge I, Lipworth W et al. Should we try to manage non-financial interests? *BMJ* 2018;361:k1240.
293. Lieb K, von der Osten-Sacken J, Stoffers-Winterling J et al. Conflicts of interest and spin in reviews of psychological therapies: a systematic review. *BMJ Open* 2016;6:e010606.
294. Munder T, Brüttsch O, Leonhart R et al. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clin Psychol Rev* 2013;33:501-11.
295. Miller S, Wampold B, Varhely K. Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychother Res* 2008;18:5-14.
296. Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD et al. The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32: 280-91.

297. Dragioti E, Dimoliatis I, Fountoulakis KN et al. A systematic appraisal of allegiance effect in randomized controlled trials of psychotherapy. *Ann Gen Psychiatry* 2015;14:25.
298. Bero L. Addressing bias and conflict of interest among biomedical researchers. *JAMA* 2017;317:1723-4.
299. Sniderman AD, Furberg CD. Pluralism of viewpoints as the antidote to intellectual conflict of interest in guidelines. *J Clin Epidemiol* 2012;65:705-7.
300. Viswanathan M, Carey TS, Belinson SE et al. A proposed approach may help systematic reviews retain needed expertise while minimizing bias from nonfinancial conflicts of interest. *J Clin Epidemiol* 2014;67:1229-38.
301. Grundy Q. A politics of objectivity: biomedicine's attempts to grapple with "non-financial" conflicts of interest. *Sci Eng Ethics* 2021;27:37.
302. Scheffer PJ, Guy-Coichard C, Outh-Gauer D et al. Conflict of interest policies at French medical schools: starting from the bottom. *PLoS One* 2017;12: e0168258.
303. Varley CK, Jibson MD, McCarthy M et al. A survey of the interactions between psychiatry residency programs and the pharmaceutical industry. *Acad Psychiatry* 2005;29:40-6.
304. Accreditation Council for Continuing Medical Education. Standards for integrity and independence in accredited continuing education. Chicago: Accreditation Council for Continuing Medical Education, 2020.
305. Varetto T, Costa DC. Continuing Medical Education Committee and UEMSEACME. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2013;40:470-4.
306. Union Européenne des Médecins Spécialiste/European Union of Medical Specialists. The Charter on CME of Medical Specialists in the European Union. www.uems.eu.
307. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. The EFPIA Code of Practice. www.efpia.eu.
308. Union Européenne des Médecins Spécialiste/European Union of Medical Specialists. Criteria for international accreditation of CME. www.uems.eu.
309. Golestaneh L, Cowan E. Hidden conflicts of interest in continuing medical education. *Lancet* 2017; 390:2128-30.
310. Barnes BE. Financial conflicts of interest in continuing medical education: implications and accountability. *JAMA* 2017;317:1741-2.
311. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
312. WPA Working Group on Developing Partnerships with Service Users and Family Carers. WPA position paper on developing partnerships with persons with lived experience of mental health conditions and family and informal carers. www.wpanet.org.
313. World Health Organization. WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions. Geneva: World Health Organization, 2023.
314. Laitila M, Nummelin J, Kortteisto T et al. Service users' views regarding user involvement in mental health services: a qualitative study. *Arch Psychiatr Nurs* 2018;32:695-701.
315. Newman D, O'Reilly P, Lee SH et al. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22:171-82.
316. Stacey D, Légaré F, Lewis K et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD001431.
317. Davidson L, Guy K. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
318. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:392.
319. Reif S, Braude L, Lyman DR et al. Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014;65:853-61.
320. Charbonneau DH, Akers KG. Information needs and sources for family members of individuals living with mental disorders. In: Dalmer NK, Barringe S (eds). *Family matters: mapping information phenomena within the context of the family*. Chicago: University of Illinois, 2022:133-48.
321. Reinhard SC. Living with mental illness: effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Res Nurs Health* 1994;17:79-88.
322. Sin J, Gillard S, Spain D et al. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and metaanalysis. *Clin Psychol Rev* 2017;56:13-24.
323. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:121-34.
324. Grant C, Ballard ED, Olson-Madden JH. An empowerment approach to family caregiver involvement in suicide prevention: implications for practice. *Fam J* 2015;23:295-304.
325. Bradley E. Carers and co-production: enabling expertise through experience? *Ment Health Rev J* 2015;20:232-41.
326. Szmukler G. Ethics in community psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry* 1999;33: 328-38.
327. Livingston G, Cooper C. User and carer involvement in mental health training. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:85-92.
328. Kaiser BN, Varma S, Carpenter-Song E et al. Eliciting recovery narratives in global mental health: benefits and potential harms in service user participation. *Psychiatr Rehabil J* 2020;43:111-20.
329. Trivedi P. 'Nothing about us, without us' – A user/survivor perspective of global mental health. *Int Rev Psychiatry* 2014;26:544-50.
330. Sunkel C. A lived experience perspective on the new World Mental Health Report. *World Psychiatry* 2022;21:390-1.
331. Bell J, Lim A, Williams R et al. 'Nothing about us without us': co-production ingredients for working alongside stakeholders to develop mental health interventions. *Adv Ment Health* 2023;21:4-16.
332. Isom J, Balasuriya L. Nothing about us without us in policy creation and implementation. *Psychiatr Serv* 2021;72:121.
333. Beames JR, Kikas K, O'Grady-Lee M et al. A new normal: integrating lived experience into scientific data syntheses. *Front Psychiatry* 2021;12:763005.
334. 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.
335. 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.
336. Happell B, Roper C. Consumer participation in mental health research: articulating a model to guide practice. *Australas Psychiatry* 2007;15:237-41.
337. Van de Bovenkamp HM, Trappenburg MJ, Grit KJ. Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *Health Expect* 2010; 13:73-85.
338. Ennis L, Wykes T. Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2013;203:381-6.
339. Fortuna KL, Myers A, Brooks J et al. Co-production of the quality of patient-centered outcomes research partnerships instrument for people with mental health conditions. *Patient Exp J* 2021;8:148.
340. Bloch S, Kenn F, Lim I. Codes of ethics for psychiatrists: past, present and prospect. *Psychol Med* 2022;52:1201-7.
341. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci* 2016;11:114.
342. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017;16:146-53.
343. Davidson L, Tondora J. Person-centred care planning as foundational to clinical practice. *World Psychiatry* 2022;21:1-2.
344. World Health Organization. Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. www.who.int.

DOI:10.1002/wps.21230

Этические вызовы в сфере охраны психического здоровья: от намерений к практике

Peter Bartlett. Ethical challenges in Mental Health Care: Moving beyond aspirations. *World Psychiatry*. 2024;23(3):387–388

В своей статье Galderisi et al.¹ поднимают целый ряд этических проблем, каждая из которых заслуживает отдельного обсуждения. Здесь я сосредоточусь лишь на нескольких ключевых вопросах.

Прежде всего, обнадеживает обращение авторов к Конвенции о правах инвалидов (КПИ). В прошлом интерес психиатров к этой теме, мягко говоря, был довольно прохладным. Подчеркивание принципов автономии, достоинства и участия людей, имеющих личный опыт (people with lived experience, PWLE) взаимодействия с психиатрической системой в уходе, лечении и принятии решений о собственной жизни – то, что двадцать лет назад было бы редкостью в подобных публикациях. Важным шагом является признание того, что меры принуждения в психиатрии применялись и продолжают применяться чрезмерно. Создание в рамках Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) рабочей группы по разработке альтернатив принуждению свидетельствует о значительном изменении подходов. Как отмечают авторы, пересмотр Этического кодекса ВПА 2020 года продолжает тенденцию предыдущих версий к признанию людей с психиатрическим опытом не объектами психиатрии, а гражданами, заслуживающими уважения и достоинства – основополагающего принципа КПИ. Представленное в статье обсуждение придает этим принципам конкретное содержание с психиатрической точки зрения.

Как признают авторы, их подход не удовлетворит тех, кто придерживается наиболее строгой интерпретации КПИ. Тем не менее публикация вселяет надежду на продуктивный диалог между различными группами комментаторов КПИ о том, каким образом должны предоставляться услуги и поддержка. Если этот диалог будет строиться на общих ценностях, это может привести к реальным изменениям в жизни людей – и это было бы действительно значимо.

Основная трудность заключается в том, как воплотить новые установки на практике. Опыт прошлого не дает больших оснований для оптимизма. Многие вдохновляющие положения Кодекса ВПА 2020 года восходят к Мадридской декларации 1996 года и даже к Гавайской декларации 1983 года. Эти документы уже тогда провозглашали терапевтические отношения, основанные на «взаимном согласии» и доверии. Мадридская декларация прямо призвала психиатров «разрабатывать терапевтические вмешательства, минимально ограничивающие свободу пациента», признавая пациента «полноправным партнером терапевтического процесса» и возлагая на врача обязанность «помогать пациенту принимать рациональные решения в соответствии с его личными ценностями и предпочтениями». Даже если пациент не способен к самостоятельному решению, документ предписывал, что «лечение не должно проводиться против воли пациента, за исключением случаев, когда отказ от лечения создает опасность для жизни самого пациента или окружающих».

Спустя почти тридцать лет после принятия Декларации эти принципы, к сожалению, далеко не всегда находят отражение в опыте людей, сталкивающихся с психиатрической системой. Это подтверждается многочисленными отчетами международных инспекционных органов – таких как Комитет Совета Европы по предотвращению пыток² и Подкомитет ООН по предотвращению пыток³, – а также национальными неправительственными организациями. Слишком часто принципы этических документов оказывают незначительное влияние на реальную практику. Galderisi et al. признают это, отмечая, что «многие специалисты в области психического здоровья не знакомы с принципами Кодекса ВПА». Возникает закономерный вопрос: можно ли изменить ситуацию, ограничившись лишь новой формулировкой документа, который и раньше не имел широкого влияния?

Авторы пишут, что «в теории все согласны» с переходом от патерналистской модели к модели участия пациента и автономного принятия решений, но «на практике существует сопротивление». С учетом устойчивости старых подходов стоит спросить, действительно ли «все теоретически согласны» с новой парадигмой. Опыт международных инспекций и правовых реформ показывает, что в некоторых странах сопротивление изменениям исходит от большинства профессионалов. Как вовлечь тех, кто в действительности не хочет следовать новой программе?

Мягкое подталкивание к лучшим практикам – разумная стратегия, однако скептицизм уместен. Руководства и декларации «надлежащей практики» существуют десятилетиями, и их влияние остается ограниченным. Инициатива ВПА совместно с Всемирной организацией здравоохранения по внедрению альтернатив принуждению⁴, безусловно, шаг вперед, но примут ли ее на практике специалисты, ранее сопротивлявшиеся переменам, – вопрос открытый.

Как справедливо отмечают в своей работе Galderisi et al., правовые реформы могут помочь. Правовое обеспечение комитетов по этике исследований в тех странах, где они появились, подтверждает, что закон способен оказывать воздействие. Конечно, можно спорить о процедурах и отдельных решениях этих органов, но их существование уже меняет ситуацию. Как юрист, я не стану возражать против хороших законов, регулирующих сферу психического здоровья: новые законы могут обозначить сдвиг, создающий условия для развития надлежащей практики. Однако, имея опыт международной работы, я не встречал закона, который был бы настолько жестко сформулирован, чтобы полностью исключить возможность злоупотреблений, если практикующие врачи намерены сохранять чрезмерный контроль.

Отсюда следует, что ключевой проблемой остается личная ответственность. Но как ее обеспечить? Закон часто мало помогает в этом вопросе: национальные суды нередко исходят из общих профессиональных стандартов, и, если действия врача соответствуют практике значительной части коллег, вмешательства не происходит.

Медицина в целом остается саморегулируемой профессией. Возьмемся ли национальные профессиональные организации не только продвигать этические принципы, но и применять санкции к тем, кто им не следует – использовать не только «пряники», но и «кнуты»? Это вызывает сомнение. Даже в странах с развитой системой расследования жалоб трудно представить, чтобы орган дисциплинировал врача за неуважение к предпочтениям пациента или поспешное применение принуждения.

В статье отмечается, что лишь 15 из 143 обществ – членов ВПА имеют собственные этические кодексы. Это не внушает уверенности, что стандарты, предусмотренные Кодексом 2020 года, станут приоритетом в большинстве стран.

Что делать при отсутствии взаимодействия на уровне национальных организаций? В принципе, органы по защите прав человека, такие как Европейский суд по правам человека, могли бы настаивать на соблюдении этических стандартов, согласующихся с современными подходами к правам человека. Однако до сих пор они проявляют заметную осторожность. Готовы ли ВПА или аналогичные международные организации использовать политическое давление – например, практику публичного осуждения? Это сомнительно и рискованно, поскольку может подорвать доверие между международной и национальной структурами.

Тем не менее, без вмешательства реальные изменения на уровне практики так и не произойдут. А именно на этом уровне перемены действительно необходимы.

1. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. *World Psychiatry* 2024;23:364-86.
2. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. <https://www.coe.int/en/web/cpt/states>.
3. United Nations Subcommittee on Prevention of Torture. <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.
4. Herrman H, Allan J, Galderisi S et al. *World Psychiatry* 2022;21:159-60.

Смещение маятника – но с системой сдержек и противовесов

Tilman Steinert. *Shifting the pendulum – but with checks and balances. World Psychiatry. 2024;23(3):388-389*

Вопреки ожиданиям, наиболее значимый прогресс в лечении психических расстройств в XXI веке был достигнут не благодаря миллиардам долларов, вложенным в нейробиологические исследования по всему миру. Цифровые технологии также не стали таким мощным и масштабируемым инструментом, как предполагалось изначально, из-за множества технических и этических проблем, на что указывают Galderisi et al¹. Самым важным (и, надеемся, устойчивым) двигателем прогресса во всем мире стала не технология, а идея – идея универсальных и неотъемлемых прав человека.

Организация Объединенных Наций закрепила эти фундаментальные права в Конвенции о правах инвалидов (КПИ), однако они распространяются на всех людей. Хотя сегодня признание этих прав кажется самоочевидным, на это ушло непозволительно много времени. Тридцать лет назад на конференциях и в психиатрических журналах почти не обсуждались такие темы, как применение принуждения в лечении психически больных, необходимость совместного принятия решений, значение информированного согласия в исследованиях и терапии, право пациента на осознанное самоопределение, доступ к своей медицинской документации и, наконец, право распоряжаться собственной жизнью, включая ее завершение.

Эта проблема касалась не только психиатрии, но и медицины в целом. Лишь несколько десятилетий назад пациентов начали рассматривать не просто как объекты лечения и исследований, а как личностей, опыт которых заслуживает изучения. В патерналистских структурах здравоохранения и науки удовлетворенность пациентов и качество их жизни долгое время считались незначимыми с профессиональной и научной точки зрения. Только в 2018 году во Всемирную медицинскую ассоциацию была внесена фраза: «Я буду уважать автономию и достоинство своего пациента» – теперь она занимает третье место из тринадцати положений Женевской декларации (современной версии клятвы Гиппократова)², что свидетельствует о смещении маятника в сторону большего уважения автономии и достоинства людей с опытом психических расстройств¹.

Однако прогресс порождает и новые сложности. Психиатрия – лишь одна из многих сторон, участвующих в этой сфере, и психиатры нередко подвергались резкой критике, вплоть до обвинений в применении пыток³. Существует глубокое разделение между теми, кто рассматривает права человека как главный лозунг и видит простое решение сложной проблемы – полную отмену принуждения в психиатрии и соответствующих законов, – и другой стороной, включающей психиатров, специалистов по медицинской этике, законодательство большинства стран и судебные инстанции, такие как Конституционный суд Германии. Как и во многих других вопросах, культура обвинений и порицаний стала чаще заменять открытую дискуссию и обмен аргументами между различными позициями.

Права человека могут стать хорошей отправной точкой для обсуждения. В КПИ четко обозначены права, которые

должны соблюдаться: право на жизнь (статья 10), равенство перед законом (статья 12), свобода от пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания (статья 15), свобода от эксплуатации, насилия и злоупотреблений (статья 16), право на самостоятельную жизнь и участие в сообществе (статья 19), уважение к дому и семье (статья 23), право на здоровье (статья 25), абилитацию и реабилитацию (статья 26), а также на достойный уровень жизни и социальную защиту (статья 28). Среди этих основополагающих прав нет иерархии – ни одно из них не превосходит другое. Мир получил немало уроков в этом отношении во время пандемии COVID-19.

Эти права не являются абсолютными: они взаимно ограничивают друг друга – даже право на жизнь. Так, знаменитая статья 12 КПИ, закрепляющая право человека на признание его воли и предпочтений, может быть ограничена теми же правами других людей и должна уравниваться с другими правами – например, на здоровье и участие в жизни сообщества. Аналогично в медицинской этике, основанной на принципах, автономия пациента может быть ограничена принципами благодеяния и непричинения вреда – и наоборот. Такой подход применим лишь тогда, когда тяжелое психическое состояние лишает пациента способности формировать автономную и свободную волю. Поэтому решения об использовании принуждения должны основываться не только на законе, но и на комплексной индивидуальной оценке, которая учитывает не только медицинские обстоятельства, но и личность пациента, его историю, семью и социальное окружение.

Принуждение само по себе является нарушением ряда прав человека и представляет форму причинения вреда. Тем не менее в некоторых случаях отказ от него может повлечь еще более серьезные последствия⁴. Таким образом, смещение маятника в сторону большей автономии пациента должно сопровождаться внимательным анализом того, где этот маятник «закреплен» и насколько это соответствует всеобъемлющему пониманию прав человека для всех сторон.

Особую тревогу вызывает то, что в ряде стран наблюдается устойчивая тенденция к сокращению числа коек в общих психиатрических учреждениях и одновременному увеличению их количества в судебно-психиатрических и тюремных учреждениях – как в Европе⁵, так и в Латинской Америке⁶. Это означает, что все больше людей с тяжелыми психическими расстройствами надолго теряют свободу и право на участие в жизни общества, подвергаются значительному принуждению и нередко сами нарушают права других. Эти негативные последствия на уровне общества также должны стать частью обсуждения.

Аналогичным образом человечество прошло долгий путь от средневекового убеждения, что самоубийство является грехом, а его совершившие не заслуживают захоронения на кладбище. Просвещение наконец достигло своей цели: люди имеют право распоряжаться собственной жизнью. Однако и здесь необходимы сдержки и противовесы. В странах,

таких как Бельгия, Нидерланды и Колумбия, действует достаточно либеральное законодательство об эвтаназии и помощи при самоубийстве, но установлены и строгие условия – необходимость экспертных заключений и участие специализированных центров. Тем не менее число таких случаев, включая связанные с психическими расстройствами, неуклонно растет^{7,8}.

Одним из основных критериев допустимости является «невыносимое страдание», что фактически предполагает, что врачи должны определять, какая степень страдания для человека является допустимой, – а это противоречит самой идее автономии. В 2020 году Конституционный суд Германии предложил иной подход, постановив, что каждый человек имеет право на получение помощи в уходе из жизни независимо от мотивов, при условии, что решение принято в состоянии свободной ответственности, свободном от острого психического расстройства, социального или психологического давления. В 2023 году два законопроекта, направленных на дальнейшее регулирование этой сферы, не прошли парламент.

Немецкая ассоциация психиатров, психотерапевтов и психосоматологов выразила обеспокоенность возможным распространением «серой», нерегламентированной практики, сопровождающейся недостаточной защитой людей с психическими расстройствами и низкой прозрачностью процедур. Закон о профилактике самоубийств рассматривается как срочная мера противоядия. Кроме того, как и в случае применения принуждения, обществу необходимы прозрачные данные о медицинских результатах и практи-

ках. На основе этих данных должна вестись непредвзятая дискуссия о том, как наилучшим образом уравновесить колебания маятника между автономией и заботой.

Tilman Steinert

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy I, Ulm University, Ulm, Germany

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

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. *World Psychiatry* 2024;23:364-86.
2. World Medical Association. Declaration of Geneva.
3. Méndez JE, UN Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.
4. Steinert T. *J Med Ethics* 2023; doi: 10.1136/jme-2023-109578.
5. Mundt AP, Delhey S, Martínez P et al. *Psychiatr Serv* 2024;75:48-54.
6. Mundt AP, Rozas Serri E, Siebenförcher M et al. *Lancet Reg Health Eur* 2021;7:100137.
7. van Eenennaam RM, Kruithof W, Beelen A et al. *Lancet Neurol* 2023;22:591-601.
8. Dierickx S, Deliens L, Cohen J et al. *BMC Psychiatry* 2017;17:203.

DOI: 10.1002/wps.21232

Приведение концепции «единого закона» в соответствие со стандартом КПИ о «воле и предпочтениях»

Jakov Gather, Matthé Scholten. Aligning the “single law” proposal to the CRPD standard of “will and preferences”. *World Psychiatry*. 2024;23(3):389-391

Galderisi et al.¹ подробно описали сложные этические проблемы, с которыми сталкиваются специалисты в сфере психиатрии. Мы разделяем критику авторов в отношении законов о психическом здоровье, основанных на схеме «расстройство + риск» и применяемых для недобровольных психиатрических вмешательств, а также их вывод о том, что подобные законы дискриминируют людей с психическими расстройствами. Авторы предлагают альтернативу – концепцию единого закона, в рамках которой «недобровольное лечение допускается только в случае, если способность принимать решения у несогласного лица нарушена по любой причине, а само лечение отвечает его наилучшим интересам»¹. Мы полностью поддерживаем основную идею данного подхода, однако предлагаем три уточнения.

Во-первых, мы предлагаем совмещать оценку дееспособности с поддержкой в процессе принятия решений. Это необходимо, чтобы никто не был признан лишенным способности принимать решения до того, как будут исчерпаны все разумно доступные формы и ресурсы поддержки. Во-вторых, мы предлагаем заменить принцип «наилучших интересов» на принцип «суррогатного решения» (substituted judgment), что позволит максимально приблизить решения представителя к воле и предпочтениям самого пациента. В-третьих, мы рекомендуем четко определить дополнительные критерии для недобровольных вмешательств, чтобы избежать того, что мы называем «ошибочным выводом от суррогатного решения к принуждению». Эти предложения основаны на разработанной нами комбинированной модели поддерживаемого принятия решений – модели процесса информированного согласия, которая обеспечивает недискриминационный подход к принятию решений о недобровольных вмешательствах²⁻⁵. В настоящей статье мы сосредотачиваем внимание на двух последних уточнениях.

Galderisi et al. упоминают терминологическое различие, использованное Конституционным судом Германии, демонстрирующее, что концепция единого закона согласуется с основными принципами Конвенции ООН о правах инвалидов (КПИ) и, в частности, со статьей 12, которая подчеркивает, что «меры, касающиеся осуществления правоспособности, должны уважать права, волю и предпочтения лица». Это различие касается понятий «свободная воля» (*freier Wille*) и «естественная воля» (*natürlicher Wille*), которые, по мнению авторов, соответствуют различию терминов «воля» и «предпочтения» в КПИ.

Данное различие играет важную роль в юридическом дискурсе вокруг немецкого закона об опеке (*Betreuungsrecht*), являющегося частью Германского гражданского уложения и применяющегося ко всем лицам, нуждающимся в поддержке при ведении своих дел – независимо от наличия психического расстройства⁶. Термин «свободная воля» (*freier Wille*) обозначает текущие предпочтения человека, обладающего способностью принимать решения по конкретному вопросу. Выражения свободной воли пациента должны уважаться специалистами и имеют статус согласия или отказа от него, то есть могут делать допустимыми те вмешательства, которые иначе были бы недопустимы, и наоборот. Термин «естественная воля» (*natürlicher Wille*), напротив, обозначает актуальные предпочтения человека, который в момент принятия решения не обладает способностью к самостоятельному волеизъявлению. Выражения естественной воли пациента должны быть тщательно учтены при принятии медицинских решений, однако в отдельных случаях могут быть перевешены другими, оговоренными ниже, обстоятельствами. Эти понятия соотносятся с используемыми в научной и исследовательской этике категориями «согласие» и «несогласие». Любое медицинское вме-

шательство, осуществленное вопреки естественной воле пациента (то есть против его несогласия), в соответствии с немецким законом об опеке рассматривается как «принудительное медицинское лечение» (*ärztliche Zwangsmaßnahme*) и подлежит строгим ограничениям.

В предложении Galderisi et al. высшие интересы пациента выступают единственным фактором, который может перевесить его естественную волю. Хотя авторы подчеркивают, что критерий наилучших интересов следует определять субъективно – исходя из убеждений и ценностей человека, – мы опасаемся, что в клинической практике он может быть воспринят объективно. Сам принцип наилучших интересов исторически восходит к патерналистской идее «врач знает лучше» и, несмотря на осторожные уточнения авторов, может быть понят врачами в духе того, что Hawkins⁷ называет «медикализацией блага» (*«welfare medicalism»*) – устойчивой установкой, согласно которой «наилучшие интересы пациента» приравниваются к медицинским показаниям. Чтобы избежать подобного недопонимания, мы предлагаем заменить принцип наилучших интересов принципом суррогатного решения. Такой подход фокусируется на воле и предпочтениях пациента и возлагает на его законного представителя обязанность принять решение о лечении таким образом, каким его мог бы принять сам пациент, будь он дееспособен⁸.

Немецкий закон об опеке основан на принципе суррогатного решения и требует, чтобы каждое принятое от имени пациента решение подтверждалось конкретными доказательствами его воли и предпочтений. В этой связи в законе используются две дополнительные категории. Во-первых, это «заранее выраженная воля» (*vorausverfügter Wille*) – документированные предпочтения человека, зафиксированные в период его дееспособности (например, в предварительном распоряжении). Такие распоряжения имеют юридическую силу в соответствии с Германским гражданским уложением и распространяются как на физические, так и на психические состояния. Во-вторых, это «предполагаемая воля» (*mutmaßlicher Wille*) – предпочтения, которые можно реконструировать на основе ценностей, убеждений и пожеланий, выраженных человеком, когда он обладал способностью к принятию решений. В соответствии с принципом суррогатного решения заранее выраженная или предполагаемая воля рассматривается как эквивалент свободной воли человека.

Согласно немецкому закону об опеке, соответствие между действиями и заранее выраженной или предполагаемой волей человека является необходимым условием допустимости принудительного лечения. Если такое соответствие не установлено, недобровольное вмешательство не может быть проведено, даже если отказ от него не отвечает объективно понимаемым интересам пациента. При последней реформе из закона были исключены все упоминания термина «благополучие» (*Wohl*), хотя ранее он трактовался субъективно, – это подчеркивает приоритет воли над оценками пользы⁶.

Теперь обратимся к вопросу о возможном ошибочном выводе, который может возникнуть при суррогатном принятии решений и привести к оправданию принуждения. Часто предполагается, что если медицинское вмешательство соответствует заранее выраженной или предполагаемой воле пациента, то оно может быть проведено принудительно, вопреки его естественной воле. Такой вывод является неверным, поскольку соответствие с распоряжением или предполагаемой волей является необходимым, но недостаточным условием допустимости недобровольного вмешательства.

Хотя Galderisi et al. сами не совершают этой логической ошибки, мы считаем важным прямо указать, что для оправдания недобровольного вмешательства должны быть выполнены дополнительные критерии. Помимо соответствия заранее выраженной или подразумеваемой воле, вмешательство должно быть соответствующим, необходимым и пропорциональным⁹. Недобровольное вмешательство считается *соответствующим*, если оно эффективно предотвращает действия, противоречащие заранее выраженной или подразумеваемой воле пациента. Оно является *необходимым*, если не существует менее ограничивающих альтернатив для предотвращения этих действий. Оно *пропорционально*, если соотношение риска и пользы от вмешательства более благоприятно, чем от отказа от него. Только при соблюдении всех трех критериев заранее выраженная или подразумеваемая воля может превалировать над естественной волей, и вмешательство может быть проведено. Если хотя бы одно из условий не выполнено, недобровольное вмешательство недопустимо, и естественная воля пациента должна быть соблюдена.

Реализация концепции единого закона стала бы значительным шагом вперед для психиатрии. Мы убеждены, что этот подход можно приблизить к стандарту КПИ о «воле и предпочтениях», если оценка дееспособности будет сочетаться с поддержкой принятия решений; принцип наилучших интересов будет заменен принципом суррогатного решения; дополнительные критерии для допустимости недобровольных вмешательств будут четко закреплены и определены.

Jakov Gather¹, Matthé Scholten²

¹Department of Psychiatry, Psychotherapy and Preventive Medicine, LWL University Hospital, Ruhr University Bochum, Bochum, Germany.

²Institute for Medical Ethics and History of Medicine, Ruhr University Bochum, Bochum, Germany.

Данная работа является частью проекта SALUS (2018–2024) и финансирована Федеральным министерством образования и научных исследований Германии (no. 01GP1792).

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

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. World Psychiatry 2024;23:364-86.
2. Scholten M, Braun E, Gather J et al. Am J Bioethics 2021;21:45-7.
3. Scholten M, Gather J. J Med Ethics 2018;44:226-33.
4. Scholten M, Gather J, Vollmann J. J Med Philos 2021;46:108-36.
5. Scholten M, Gieselmann A, Gather J et al. Front Psychiatry 2019;10:631.
6. Henking T, Scholten M. In: Kong C, Coggon J, Cooper P et al (eds). Capacity, participation, and values in comparative legal perspective. Bristol: Bristol University Press, 2023:203-25.
7. Hawkins J. J Med Philos 2021;46:656-83.
8. Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others: the ethics of surrogate decision making. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
9. Gather J, Juckel G, Henking T et al. Int J Law Psychiatry 2020;73:101615.

DOI: 10.1002/wps.21233

Заблаговременное планирование: многогранный вклад в помощь, основанную на правах человека

Heather Zelle. Advance care planning: a multifaceted contributor to human rights-based care. *World Psychiatry*. 2024;23(3):391-392

В разделе о недискриминационном законопроекте для людей с психическими расстройствами Galderisi et al.¹ упоминают заблаговременные распоряжения, подчеркивая необходимость более точного практического применения таких концепций, как «воля и предпочтения», если наша цель – последовательно и осмысленно уважать автономию пациента. Заблаговременные распоряжения служат полезной основой для обсуждения вопросов автономии и дееспособности человека в условиях кризисных состояний здоровья. Однако в данной статье особое внимание уделяется их более широкому значению в контексте прав человека и системы психиатрической помощи.

Заблаговременные распоряжения, как и вся практика заблаговременного планирования медицинской помощи, воплощают ключевые принципы и идеи, лежащие в основе правозащитного подхода, и начинают действовать задолго до того, как пациент может утратить способность принимать решения. Заблаговременное планирование медицинской помощи является важным элементом пациент-ориентированного подхода, поскольку позволяет человеку осмыслить и выразить свои ценности и предпочтения в отношении медицинской помощи. Этот процесс и его результат (например, заблаговременное распоряжение) представляют собой прямое воплощение самоопределения, автономии, расширения прав и личной ответственности. Пациенты с психическими расстройствами, составившие заблаговременные распоряжения, отмечают повышение чувства автономности, самоопределения и личной вовлеченности².

Следствием большего внимания к самостоятельности в процессе реабилитации является признание того, что каждый человек несет личную ответственность за заботу о себе и активно участвует в процессе восстановления. Такой акцент на ответственности соответствует представлению о психическом расстройстве как о хроническом состоянии, требующем постоянных усилий не только для достижения, но и для поддержания благополучия.

Хотя универсального определения выздоровления не существует, наряду с автономией и самоопределением его важными элементами считаются уважение и взаимоотношения³. В подходе к реабилитации делается акцент на личной ответственности и благополучии, но также признается значение отношений с близкими и сообществом. Одной из обязанностей общества является создание условий и предоставление ресурсов для устранения дискриминации и продвижения инклюзии. Уважение играет важнейшую роль, поскольку принятие и признание людей с психическими расстройствами со стороны сообщества и институтов, включая системы здравоохранения, являются необходимыми условиями выздоровления. В этом контексте лица с психическими расстройствами, оформившие заблаговременные распоряжения, сообщают об укреплении сотрудничества и доверия с медицинскими специалистами².

Следовательно, вышеописанным и другими образами⁴ процесс заблаговременного планирования медицинской помощи и его результаты служат достижению множества целей, важных для восстановления и защиты прав человека, причем задолго до наступления кризисных ситуаций, когда возникают трудные вопросы о дееспособности, воле и предпочтениях, а также о допустимости недобровольных вмешательств. Более того, исследования показывают, что наличие заблаговременных распоряжений с указаниями по психиатрической помощи может снижать вероятность применения принудительных мер⁵.

Несмотря на их очевидную ценность и соответствие подходу, ориентированному на пациента и его восстановление, заблаговременные распоряжения по-прежнему применяют-

ся недостаточно широко. На это влияет ряд факторов, включая непонимание административных требований, трудности при передаче копий между специалистами, а также ошибочные представления врачей о якобы ограничительном характере подобных документов^{6,7}.

Тем не менее, сама идея сохраняет актуальность. Совершенствование концепции заблаговременного планирования – понимание его не просто как заполнения формы, а как процесса осмысления и документирования ценностей и предпочтений – а также развитие системы поддержки (например, участие фасилитаторов, помогающих пациентам в составлении распоряжений) способствуют пониманию того, как такая практика может повысить эффективность охраны психического здоровья. Если сделать заблаговременное планирование неотъемлемой частью повседневной медицинской практики – чтобы обсуждение этих вопросов стало обычным делом, а ресурсы и инструменты были доступны каждому, – это внесет значительный вклад в культурные изменения, к которым призывают Galderisi et al.

Поскольку у психиатров редко есть возможность выделить достаточно времени для непосредственного сопровождения процесса заблаговременного планирования, они, тем не менее, могут и должны способствовать распространению этой практики. Информирование пациентов о возможностях и инструментах заблаговременного планирования, а также стимулирование интереса к этим вопросам могут оказать существенное влияние.

Одним из факторов, тормозящих распространение практики, является сомнение пациентов в том, что врачи будут соблюдать или даже изучать их распоряжения. Психиатры могут укреплять доверие (что само по себе является моральным аспектом общественного здравоохранения), подчеркивая значимость составления заблаговременных распоряжений и демонстрируя приверженность принципам восстановления и уважения автономии пациента. Кроме того, психиатры могут поддерживать коллег, продвигающих интеграцию этой практики в клиническую работу, тем самым содействуя ее внедрению.

Заблаговременное планирование и заблаговременные распоряжения закрепляют позитивные права человека и реализации автономии, а не просто «защищают» негативные права путем ограничения полномочий государства. Однако политика, направленная на развитие и поддержку заблаговременного планирования, может непреднамеренно закрепить стереотипы о дееспособности и привести к дискриминационным практикам. Потенциал этой процедуры в сфере психического здоровья был признан давно⁸, однако на протяжении последних десятилетий законодательные и исследовательские инициативы зачастую рассматривали планирование психиатрической помощи отдельно от общей системы медицинской помощи.

Ранее такие понятия, как «психиатрические заблаговременные распоряжения», логично соответствовали изолированному подходу к психиатрической помощи и помогали уточнить сферу их применения. Однако сегодня необходимо отказаться от этого различия. Введение законодательства, рассматривающего психиатрические заблаговременные распоряжения как отдельные от общего медицинского планирования, укрепляет разделение, с которым современные представления о целостном здоровье уже не согласуются.

Законодательные требования, предусматривающие дополнительные этапы – например, обязательную оценку дееспособности врачом – для оформления заблаговременных распоряжений в сфере психического здоровья, являются примером дискриминационных практик. Аналогичные опасения вызывают различающиеся критерии и процедуры,

допускающие возможность отмены распоряжений пациента на основании предполагаемой разницы между «медицинскими» и «психиатрическими» распоряжениями.

Менее очевидные формы дискриминационного применения таких распоряжений связаны с недостатком знаний о сущности дееспособности и способах ее оценки⁷. Кроме того, оборонительная практика медицины может приводить к непреднамеренным или даже осозанным задержкам в получении и рассмотрении распоряжений пациентов с психическими расстройствами из-за опасений, что документ будет содержать трудновыполнимые или ограничительные указания – хотя исследования показывают, что подобные случаи крайне редки⁹.

Заблаговременное планирование медицинской помощи может стать трансформационным инструментом, если равное внимание будет уделено процессу, результатам и их практическому применению; если оно будет последовательно и недискриминационно интегрировано в систему здравоохранения и если специалисты будут «поддерживать правозащитный подход, продвигать укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств»¹. Заблаговременное планирование и заблаговременные распоряжения являются примером подхода, ориентированного на восстановление и права человека, и их потенциал следует использовать в полной мере.

Heather Zelle

Department of Public Health Sciences, University of Virginia, Charlottesville, VA, USA

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

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. *World Psychiatry* 2024;23:364-86.
2. Nicaise P, Lorient V, Dubois V. *Health Soc Care Community* 2013;21:1-14.
3. US Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's working definition of recovery. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.
4. Morrissey F. *Medico-Legal J Ireland* 2010;16:21-33.
5. Swanson JW, Swartz M, Elbogen EB et al. *J Mental Health* 2008;17:255-67.
6. Zelle H, Kemp K, Bonnie RJ. *World Psychiatry* 2015;14:278-80.
7. Swartz MS, Swanson JW, Easter MM et al. *Psychiatr Serv* 2021;72:219-21.
8. Appelbaum PS. *N Engl J Med* 1979;301:788.
9. Elbogen EB, Van Dorn R, Swanson JW et al. *Psychol Public Policy Law* 2007;13:273-88.

DOI: 10.1002/wps.21234

Права человека и заблаговременное вмешательство: этика, как положительная движущая сила

Patrick D. McGorry. Human rights and early intervention: ethics as a positive force. *World Psychiatry*. 2024;23(3):392-393

В 1970 году, будучи студентом медицинского факультета, я был глубоко обеспокоен вопросом гражданских прав людей с психическими расстройствами. Именно это побудило меня выбрать психиатрию как профессию. Речь шла о «негативных правах», обсуждение которых тогда было необходимо и остается актуальным по сей день.

Большая часть статьи Galderisi et al¹ посвящена защите этих гражданских прав. В меньшей степени рассматриваются «позитивные права» – экономические, социальные и культурные права людей с психическими расстройствами. Среди них – системное пренебрежение интересами психически больных в системе здравоохранения и медицинских исследований во всех странах, включая государства с высоким уровнем дохода².

В среднем лишь около 2% бюджета здравоохранения в мире направляется на лечение психических расстройств. Даже в странах глобального Севера, обозначаемых аббревиатурой WEIRD (Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic – западные, образованные, индустриализированные, богатые и демократические), доступ к психиатрической помощи и ее качество значительно уступают уровню помощи при соматических заболеваниях, таких как рак или сердечно-сосудистые болезни.

Такое повсеместное игнорирование нужд людей с психическими расстройствами является одной из ключевых причин формирования «культуры принудительной помощи», возникающей как следствие позднего вмешательства, когда лечение предлагается лишь в качестве последнего средства. Пренебрежение также ведет к высоким показателям преждевременной смертности от самоубийств, предотвратимых и излечимых заболеваний, а также к маргинализации и обнищанию.

Во Всемирный день психического здоровья 2023 года психическое здоровье было провозглашено универсальным правом человека. Однако, как справедливо отметил Patel³, подобная формулировка несет идеологическую нагрузку. Он указывает, что население имеет право на защиту от «из-

вестных угроз психическому здоровью». Эти угрозы возникают в результате государственной политики и глобальных мегатенденций, сформировавших мощные структурные силы, подрывающие психическое здоровье и увеличивающие распространенность психических расстройств. Это происходит вследствие роста бедности и неравенства, маргинализации, насилия, вытеснения населения и усиливающегося разрыва в распределении богатства.

Смена парадигмы, начавшаяся в начале 1990-х годов и направленная на внедрение раннего вмешательства как нового элемента психиатрической помощи, должна рассматриваться как ответ на указанное системное пренебрежение. Практика раннего вмешательства зародилась в области шизофрении и психотических расстройств, став серьезным вызовом и в итоге коренным образом изменив эту сферу. Впоследствии она распространилась как принцип и цель на весь спектр психических заболеваний.

В 2001 году вместе с K. Schaffner я стал соредактором специального выпуска журнала *Schizophrenia Research*, посвященного этике ранней диагностики и вмешательства при шизофрении. Основной темой выпуска был поиск баланса между непричинением вреда и благодеянием, а также между рисками и пользой. В своей работе Galderisi et al. уделяют внимание области клинического высокого риска (clinical high risk, CHR) развития психоза, рассматривая соответствующие этические вопросы. Концепция ультравысокого риска психоза (ultra high risk, UHR), или CHR в американской терминологии, была разработана и определена мной и моими коллегами в начале 1990-х годов. Подтверждение этой концепции привело к формированию более широкой трансдиагностической клинической и исследовательской модели – модели клинического стадирования, которая позволяет учитывать этические аспекты и повышает практическую значимость диагностики⁴.

Этические вопросы в психиатрии схожи с аналогичными проблемами в медицине в целом, но осложняются дополнительными факторами – стигматизацией и трудностями в

оценке способности пациента давать информированное согласие в ряде ситуаций. Цель раннего вмешательства заключается в снижении воздействия потенциально тяжелого и хронического заболевания посредством излечения либо модификации его течения и смягчения симптомов. Это подразумевает проактивный подход к лечению вместо реактивного и отсроченного, который сам по себе является вредным, при одновременном контроле за риском чрезмерного лечения, способного нанести ущерб. Клинические исследования помогли определить этот «оптимальный баланс».

Хотя Galderisi et al. приходят в целом к обоснованным выводам, их обзор литературы по теме CHR носит несколько американско/британско/европоцентричный характер, с избыточной опорой на метаанализы при недостаточном внимании к первоисточникам и авторам ключевых исследований. Кроме того, в статье подробно цитируются критические аргументы в отношении концепции CHR, но не приводятся их опровержения, особенно те, что демонстрируют пользу вмешательства на этой стадии в плане смягчения симптомов и возможной отсрочки перехода к следующей стадии заболевания⁵. Отсутствуют также исследования, подтверждающие экономическую эффективность вмешательства на этапе CHR и улучшение прогностической точности за счет применения калькуляторов риска или комбинированного моделирования⁶.

Исследования стигматизации также дают более неоднозначные результаты, чем утверждают авторы. Важно отметить, что этот риск можно минимизировать путем точной, но в целом оптимистичной коммуникации о лечении, исходя из актуальных потребностей пациента и потенциальных рисков не только психоза, но и сопутствующих симптомов и ограничений. Стигму можно также значительно снизить, предоставляя помощь в молодежных, совместно разработанных с пациентами, благоприятных условиях, отличающихся от клиник, где лечат пожилых пациентов с длительными психотическими расстройствами.

Исходя из моего собственного тридцатилетнего опыта лечения таких пациентов, я разделяю вывод авторов о несомненной пользе оказания помощи молодым людям, обращающимся за поддержкой и демонстрирующим выраженные признаки психоза наряду с другими коморбидными симптомами и функциональными нарушениями, которые могут представлять собой начальную стадию стойкого психотического расстройства.

Один из аргументов критиков концепции CHR заключается в том, что узконаправленные клиники, основанные на пассивном ожидании обращения за помощью, охватывают лишь малую часть людей с CHR-фенотипом, в то время как большинство пациентов попадают в систему через отделения неотложной помощи, уже перейдя границу психоза.

Galderisi et al. справедливо отмечают, что универсальные одноэтапные стратегии скрининга не являются подходящим решением. Перспективным направлением может служить усовершенствованная модель первичной помощи или интегрированные молодежные сервисы, разработанные в Австралии и впоследствии внедренные во многих странах⁷. Например, нам удалось привлечь 310 пациентов с CHR из местной программы «Headspace» для участия в клиническом исследовании всего за два года. По нашим оценкам, 20–30% всех пациентов, обратившихся в «Headspace», имеют аттенуированные психотические симптомы⁸.

Преимущества подобной модели – «мягкого входа», совместно разработанной и дружественной молодежи – гораздо шире. Она позволяет проводить раннее вмешательство по всему спектру развивающихся психических расстройств у молодых людей и снижает необходимость фокусироваться на конкретных траекториях заболеваний. Молодые пациенты могут получить помощь в решении текущих клинических проблем, а также поддержку в профессиональной, социальной и личной сферах.

Необходимость действовать на ранних этапах с целью предотвращения ухудшения симптомов и развития дополнительных расстройств признается все шире. Такой подход воспринимается позитивно, и даже использование терминов «биполярное расстройство» или «психоз» возможно без детерминизма и пессимизма, характерных для традиционной психиатрии.

Программа «Headspace» существует в Австралии уже 18 лет и охватывает более 160 сообществ. Как и любая крупная реформа, она имеет противников, однако их аргументы неоднократно опровергались. В целом это модель помощи, получившая широкую поддержку пациентов и общества. Недавняя независимая оценка подтвердила ее эффективность и экономическую целесообразность, особенно на ранних стадиях и при легких и умеренных формах расстройств⁹. Аналогичные исследования были проведены в ряде стран Европы и Канады.

Дальнейший прогресс данной модели будет зависеть от укрепления клинического потенциала служб первичной помощи и их интеграции с более специализированными мультидисциплинарными структурами, обеспечивающими лечение на более поздних стадиях заболеваний.

Patrick D. McGorry

Orygen, Parkville, VIC, Australia; Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Parkville, VIC, Australia

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

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. World Psychiatry 2024;23:364-86.
2. Patel V, Saxena S, Lund C et al. Lancet 2018;392:1553-98.
3. Patel V. Lancet 2023;402:1412-3.
4. McGorry PD, Hickie IB (eds). Clinical staging in psychiatry: making diagnosis work for research and treatment. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.
5. McGorry PD, Nelson B. JAMA Psychiatry 2020;77:559-60.
6. Yuen HP, Mackinnon A, Hartmann J et al. Schizophr Res 2018;202:333-40.
7. McGorry PD, Mei C, Chanan A et al. World Psychiatry 2022;21:61-76.
8. McGorry PD, Mei C, Amminger GP et al. JAMA Psychiatry 2023;80:875-85.
9. KPMG. Evaluation of the national headspace program. Sydney: KPMG, 2022.

DOI:10.1002/wps.21236

Более широкий подход к этическим проблемам в сфере цифрового психического здоровья

Nicole Martinez-Martin. A broader approach to ethical challenges in digital mental health. *World Psychiatry*. 2024;23(3):394-395

Galderisi et al.¹ представили ценное исследование современных этических проблем в психиатрии, включая те, которые возникают в связи с интеграцией цифровых технологий. Их работа содержит рекомендации по разрешению этих сложностей. Авторы широко определяют «цифровую психиатрию», охватывая целый спектр технологических инструментов, таких как мобильные приложения для психического здоровья, чат-боты, телемедицинские платформы и искусственный интеллект (ИИ). Эти инструменты могут улучшить диагностику и терапию, а также повысить доступность услуг по охране психического здоровья, особенно для маргинализированных групп населения. Примечательно, что цифровые инструменты для психического здоровья могут способствовать улучшению сохранения психического здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода.

Многие выявленные авторами этические проблемы использования цифровых инструментов, отражают неравенство и трудности в обществе в целом. Например, в США отсутствие страхования психического здоровья и недостаточное представительство расовых меньшинств в медицинских исследованиях способствуют сохранению неравного и несправедливого доступа к цифровой психиатрии. Во многих отношениях этические проблемы, связанные с цифровой психиатрией, отражают давние опасения по поводу того, кто получает пользу от психиатрической помощи, а кто нет. Предложенный Galderisi et al. спектр перспективных рекомендаций показывает, что эти этические вызовы также можно рассматривать как возможности для движения к большему равенству и инклюзивности в психиатрии.

Обсуждение этических аспектов цифрового здравоохранения только выиграет от расширения спектра рассматриваемых вопросов за счет включения социального контекста. Galderisi et al. указывают на неравенство в том, как исследуются, разрабатываются и становятся доступными меры по охране психического здоровья, а также на исторический дисбаланс сил в психиатрии, из-за которого голоса пациентов недооцениваются и игнорируются. Более широкий подход к этическим вызовам, связанным с технологиями цифрового здравоохранения, признает, что проблемы, влияющие на эти технологии, часто возникают из-за их взаимодействия с социальными институтами, в которых они разрабатываются и применяются². Например, конфиденциальность и безопасность инструментов цифровой психиатрии должны рассматриваться в контексте конкретной нормативной среды и инфраструктуры (например, широкополосный доступ, оборудование), в которых они используются.

Цифровые инструменты здравоохранения и медицинский ИИ часто рекламируются как средства повышения экономической эффективности, но этот бизнес-ориентированный подход может затмить обсуждение того, какие компромиссы в отношении издержек считаются приемлемыми, например, допустимо ли предоставление менее качественных услуг для групп населения с низким доходом. Институты, регулирующие медицинские устройства, часто сталкиваются с трудностями, когда им приходится иметь дело с программным обеспечением или ИИ. Потребителям и пациентам также слишком часто бывает трудно получить информацию, которая могла бы помочь им решить, какие инструменты цифровой психиатрии подходят для их нужд и какие из них эффективны.

Предпринимались новаторские попытки помочь в оценке эффективных цифровых инструментов для психического здоровья, такие как разработанный Американской психиатрической ассоциацией инструмент для оценки приложений для психического здоровья³. Однако по-прежнему необхо-

димы новые модели оценки, которые учитывают то, как клиницисты и пациенты реально взаимодействуют с инструментами для психического здоровья. Например, некоторые меры, которые регулирующие органы или страховые компании используют для оценки и одобрения цифровых инструментов для психического здоровья, могут не отражать те аспекты инструмента, которые, с точки зрения потребителя или пациента, обеспечивают значимые улучшения в их жизни. Также все чаще признается, что для значимой оценки эффективности цифровых инструментов здравоохранения необходимо выходить за рамки самого инструмента, чтобы оценить его эффективность при использовании в конкретной системе. Более активное участие различных сообществ и людей с личным опытом в разработке инструментов цифровой психиатрии крайне важно для улучшения этих инструментов.

К сожалению, ажиотаж вокруг цифрового психического здоровья часто идет рука об руку с быстрым внедрением непроверенных технологий. Например, большие языковые модели (large language models, LLM) и генеративный ИИ быстро внедряются в здравоохранение, включая психиатрию⁵. Эти цифровые инструменты уже воспринимаются как экономически эффективные средства экономии времени, хотя возможностей определить, в какой степени они действительно готовы к тем задачам, для которых они используются, пока было недостаточно⁶. Потенциальные проблемы с генеративным ИИ в здравоохранении продолжают возникать, от потенциальных дискриминационных предубеждений в информации до потенциального сбора и раскрытия персональных данных⁷. Необходимо проявлять большую осторожность при внедрении новых цифровых инструментов в психиатрию и выделить время для оценки и разработки рекомендаций для конкретных целей.

Конфиденциальность остается серьезной проблемой для цифровой психиатрии. Цифровые инструменты для психического здоровья часто собирают информацию, о которой психиатры и пациенты не подозревают, например, данные о местоположении, которые могут показаться незначительными, но могут позволить проводить поведенческий анализ, который выводит конфиденциальную или прогностическую информацию о пользователях⁸. В современном мире продажа персональных данных может приносить миллиарды долларов. Эта практика работы с данными имеет последствия для пациентов, которые они, возможно, не в состоянии предвидеть. Даже обезличенные данные могут все чаще быть идентифицированы, а профили пользователей, составленные из таких данных, могут быть использованы для таргетирования людей в мошеннических маркетинговых схемах или же помешать трудоустройству или получению образования. Кроме того, в таких странах, как США, где психиатрическая помощь может быть недоступной для многих, люди, по сути, могут быть поставлены в положение, когда они обменивают свои данные на медицинскую помощь.

Из-за проблем справедливости и предвзятости также возникают реальные вопросы о том, насколько цифровые инструменты и инструменты ИИ действительно работают для разных групп населения. Одним из распространенных источников предвзятости является то, что данные, которые используются для обучения и разработки цифровых инструментов, могут быть недостаточным репрезентативными для целевой популяции, например, для представителей разных рас и полов или людей с инвалидностью⁹. Потенциал для предвзятости выходит за рамки вопроса алгоритмической погрешности, поскольку инструменты могут быть просто разработаны таким образом, что они не работают эффективно для разных групп населения, или же использо-

вание этих инструментов в определенных контекстах может привести к несправедливым результатам. Решение проблемы справедливости потребует обеспечения того, чтобы исследователи и клиницисты из разных слоев общества были включены в разработку и проектирование инструментов цифровой психиатрии.

Как отмечают Galderisi et al., дисциплина и инструменты психиатрии имеют долгую историю использования для социального контроля, например, в уголовно-исполнительной и образовательной системах. Инструменты цифровой психиатрии могут применяться таким образом, что уязвимые и маргинализированные группы окажутся под особым риском карательных вмешательств со стороны государственных учреждений. Поэтому важно, чтобы члены психиатрического сообщества прилагали значительные усилия для прогнозирования и решения социальных и юридических последствий использования инструментов цифровой психиатрии в других сферах общества.

Разработка инструментов цифровой психиатрии требует выявления конкретных этических проблем, а также времени для размышлений и формирования видения системы и мира, которые эти инструменты помогут создать. Galderisi et al. предлагают ряд действий, которые в совокупности формируют видение более справедливого и инклюзивного будущего психиатрии. Это важный момент, чтобы воспользоваться этими возможностями для построения новых рамок и систем для психиатрии, в которых цифровые инструменты могут быть использованы для поддержки челове-

ской эмпатии и творчества, позволяя психическому благополучию процветать.

Nicole Martinez-Martin

Departments of Pediatrics and Psychiatry, Stanford School of Medicine, Center for Biomedical Ethics, Stanford, CA, USA

Перевод: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. World Psychiatry 2024;23:364-86.
2. Shaw JA, Donia J. Front Digit Health 2021;3:725088.
3. Lagan S, Emerson MR, King D et al. Psychiatr Serv 2021;72:1095-8.
4. Gerke S, Babic B, Evgeniou T et al. NPJ Digit Med 2020;3:53.
5. Andreou A. Generative AI could help solve the U.S. mental health crisis. Psychology Today, March 9, 2023.
6. Torous J, Blease C. World Psychiatry 2024;23:1-2.
7. Fui- Hoon Nah F, Zheng R, Cai J et al. J Inf Technol Case Appl Res 2023;25:277-304.
8. Martinez-Martin N, Greely HT, Cho MK. JMIR mHealth uHealth 2021;9:e27343.
9. Gianfrancesco MA, Tamang S, Yazdany J et al. JAMA Intern Med 2018;178:1544-7.

DOI:10.1002/wps.21237

Ассистированная смерть при психических расстройствах – чей это выбор?

M.E. Jan Wise. Physician-assisted dying in people with mental health conditions – whose choice? *World Psychiatry*. 2024;23(3):395-396

Совершенно справедливо, что Galderisi et al.¹ обращают внимание на этические дилеммы, возникающие при обсуждении вопросов прекращения жизни. Эта и без того непростая тема становится еще более сложной, если учитывать аспект психического здоровья.

Не секрет, что пересмотр устоявшихся позиций порой становится необходимым. Хотя изменения могут казаться постепенными, за десятилетие они способны приобрести тектонический масштаб, и постоянная переоценка ценностей становится неизбежной. Решение по делу Roe v. Wade в США и его недавняя отмена – яркий пример того, как то, что кажется правильным и справедливым, может измениться в одночасье.

Даже самые убежденные сторонники права выбора вряд ли поддержали бы ассистированную врачом смерть (physician-assisted dying, PAD) для лиц, не обладающих способностью к принятию решений. Однако некоторые утверждают, что Конвенция о правах инвалидов (КПИ)² ставит под сомнение утверждение о том, что люди с психическими расстройствами не способны самостоятельно принимать осознанные решения.

Где провести грань? Ограниченные способности не равны утрате значимости, ценности или смысла. Так, в Японии существует «Ресторан неправильных заказов», где работают сотрудники с деменцией: 37% заказов оказываются неверными, однако 99% посетителей сообщают, что остаются довольны³.

КПИ закрепляет широкий спектр прав, включая право на жизнь (статья 10); на достойный уровень жизни и социальную защиту (статья 28); на юридическую правосубъектность и правоспособность наравне с другими (статья 12); положение о том, что «наличие инвалидности ни в коем случае не должно служить основанием для лишения свободы» (статья 14); а также право каждого человека с инвалидностью на уважение физической и психической неприкосновенности наравне с другими (статья 17).

Как согласовать эти права с существованием PAD? Это не просто ящик Пандоры, а целая их стопка. Одни утверждают, что людям с психическими расстройствами необходимо предоставить равные права на участие. Однако немногие психиатры сочтут допустимым предоставление доступа к PAD лицам с психотическими расстройствами или тяжелой депрессией. Как сбалансировать столь противоположные взгляды, если сами эти состояния могут исказить способность к взвешиванию и оценке собственных решений?

Кодекс этики Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) провозглашает уважение к автономии лиц с психическими расстройствами, но признает, что принудительные вмешательства могут быть оправданы как крайняя мера – когда менее ограничительные подходы оказались неэффективны – с целью защиты человека и восстановления его автономии. Однако PAD не «восстанавливает» автономию – оно реализует ее в последний раз. Логика, допускающая принуждение, применима к вмешательствам, способным улучшить качество жизни и вернуть автономию. Нет разумного мира, где PAD способствовало бы этому.

Для людей без психических расстройств, но испытывающих экзистенциальную тревогу и страдания из-за смертельного заболевания или невыносимой боли, приоритеты смещаются. Главной целью становится облегчение страданий. Автономия выходит на первый план, когда принцип благодеяния теряет реалистичность, а принцип непричинения вреда проявляется в том, чтобы не заставлять человека страдать больше, чем он сам готов вынести.

Многие клиницисты знакомы с тем, что между психиатрической и соматической медицинской помощью по-прежнему отсутствует паритет: распределение ресурсов остается неравномерным и несправедливым. Особенно удручающим кажется тот факт, что Всемирная организация здравоохранения относит психические расстройства к числу ведущих причин потери лет жизни, скорректированных по ин-

валидности. Не выглядит ли парадоксальным, что призыв к паритету может подразумевать равный доступ к PAD?

Еще один вопрос, вызывающий беспокойство, звучит так: «Насколько свободным является подобное решение?» Опасения вызывает возможное давление со стороны общества, которое проявляется не только в межличностных отношениях. Какую роль в этом играет влияние социальных сетей – и всегда ли это влияние исходит от людей? Автоматизированные алгоритмы делают необходимость тщательной и компетентной оценки запросов на PAD критически важной.

С учетом необратимого характера PAD к определению критериев согласия необходимо подходить с особой осторожностью. За исключением Нидерландов и Бельгии, другие страны, где право на PAD закреплено законодательно, не распространяют это право на несовершеннолетних. Такое решение можно считать оправданным для лиц с нарушением способности к принятию решений – будь то вследствие врожденных особенностей или патологических состояний.

Наличие формальных процедур оценки дееспособности не отменяет необходимости в качественной подготовке специалистов. Несмотря на обучение, проводимое национальными организациями, авторы отмечают, что различия в уровне проведения таких оценок сохраняются. Это наблюдается даже после специализированных семинаров, проводимых в рамках встреч Европейской и Американской психиатрических ассоциаций. Когда итогом решения становится смерть, такие недостатки вызывают серьезное беспокойство.

Galderisi et al. отмечают, что медицинские ассоциации со временем заняли нейтральную позицию, «возможно, чтобы уберечь своих членов, участвующих в таких теперь уже законных вмешательствах, от обвинений в неэтичности». Однако в Великобритании движение профессиональных объединений в сторону нейтралитета или поддержки легализации, хотя и отстает от общественного мнения, зачастую предшествует законодательным изменениям. Это указывает на то, что причиной сдвига являются изменения общественных установок, а не стремление избежать регуляторных последствий⁴.

Существуют и опасения, что легализация и нормализация PAD приведут к снижению качества паллиативной помощи для пациентов с тяжелыми, ограничивающими жизнь заболеваниями, однако международные данные не подтверждают этого⁵. Более того, нет свидетельств того, что разрешение PAD по психологическим причинам приведет к неконтролируемому расширению практики: лишь около 5% подобных запросов получают одобрение⁶.

Поскольку страдание носит исключительно субъективный характер – будь то психическое или физическое, – споры о его определении выглядят парадоксально. Напротив, обсуждения излечимости основаны на объективных критериях. Утверждение, что при определении возможности

лечения должны учитываться только те методы, которые пациент готов принять, ставит под вопрос принцип автономии, особенно в контексте общественных ценностей, предполагающих сохранение жизни. Вопрос о том, что считать «неизлечимым», уже был подробно рассмотрен ранее в этом журнале⁷, и приведенные там аргументы остаются актуальными.

В конечном счете споры о формулировках не подрывают основную идею. Под сомнение ставится лишь практическая сторона вопроса. Хотя дьявол кроется в деталях, это не означает, что стремление облегчить неизлечимые и невыносимые страдания не оправдывает легализацию PAD. Это крайне трудное и трагичное решение, которое заслуживает сострадания и эмпатии. Когда процесс ухода из жизни четко определен и законен, данные организации EXIT (Швейцария) показывают, что 68% тех, кто обращается за информацией о PAD, в итоге выбирают продолжить жить⁸.

Обществам предстоит принимать трудные решения. Когда человек действительно способен сделать выбор в пользу PAD? Что считать «неизлечимым»? В какой момент лечение становится столь обременительным, что его прекращение допустимо при сохранении права на PAD? Как должен выглядеть процесс, основанный на сострадании и помощи? В любом случае необходимо строго следить за тем, чтобы принципы соблюдались неукоснительно. Только при этом условии PAD может занять свое место в гражданском обществе. Пусть этот выбор никогда не станет необходимостью в вашей жизни.

M.E. Jan Wise

NHS Central and North West London Mental Health Trust, London, UK

Перевод: Исакулян Елизавета Леоновна, г. Москва

Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. World Psychiatry 2024;23:36486.
2. UN Department of Economic and Social Affairs. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (КПИ). <https://social.desa.un.org>.
3. Salmon M. Dining with empathy: the unique concept of the Restaurant of Mistaken Orders. <https://thedigitalage.co.uk>.
4. British Medical Association. Physician-assisted dying. www.bma.org.uk.
5. UK Parliament. Assisted dying/assisted suicide. <https://publications.parliament.uk>.
6. Snijders M, Willems D, Deliens L et al. JAMA Intern Med 2015;175:163340.
7. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT et al. World Psychiatry 2023;22:394412.
8. EXIT. EXIT at a glance. www.exit.ch.

DOI:10.1002/wps.21235

Этика через призму социальной составляющей психиатрии

Sam Tyano. Ethics from the lens of the social dimension of psychiatry. World Psychiatry. 2024;23(3):396-397

С исторической точки зрения Engel¹ рассматривал психопатологию как результат взаимодействия трех уровней факторов: биологических, психологических и социальных. Первая половина XX века была в основном посвящена изучению психологического компонента психических расстройств, вторая – биологического. В XXI веке внимание сосредоточено на понимании роли социальных процессов, влияющих как на подходы к лечению психопатологии, так и на отношения между психиатром и пациентом.

Психиатрия в большей степени, чем другие медицинские дисциплины, подвержена влиянию внешних событий, таких как эпидемии, стихийные бедствия и войны. В подобных обстоятельствах часто требуется участие этических комитетов, которые определяют обязанности и права врача в морально сложных ситуациях, например при сортировке – выборе, кого лечить в первую очередь. Пандемия COVID-19 показала, насколько тесно эпидемиология психических расстройств и доступ к психиатрической помощи связаны как с социальными факторами, так и с соматическим здо-

ровьем. Горе, изоляция, потеря дохода и страх усугубляют уже имеющиеся психические проблемы и провоцируют появление новых. Пандемия продемонстрировала, что биологические и социальные аспекты медицины и здравоохранения неразрывно связаны².

Глубокие изменения в социальных ценностях и нормах – такие как легитимация медицинских процедур для трансгендерных людей или разрешение эвтаназии в некоторых странах – требуют переопределения роли психиатра в составе медицинского персонала, а также разработки этических руководств, учитывающих широкий спектр эмоциональных, религиозных и идеологических аспектов как со стороны пациента, так и со стороны врача.

Эта изменяющаяся реальность в полной мере отражена в статье Galderisi et al³. Здесь я сосредоточусь на трех вопросах, поднятых авторами. Первый – стигматизация психических расстройств в обществе, в том числе в медицинской среде. Исследования, демонстрирующие важность социальных и экологических факторов в развитии психопатологии⁴, а также взаимосвязь между физическим здоровьем и эмоциональными состояниями, способствовали снижению уровня стигмы. Включение психиатрических отделений в состав больниц общего профиля стало как следствием, так и дополнительным фактором этой эволюции. Аналогично, участие психиатров в мультидисциплинарных медицинских командах и этических комитетах становится все более очевидной и необходимой практикой. Также ясно, что этические кодексы, регулирующие деятельность врачей соматических специальностей и психиатров, в настоящее время в значительной мере пересекаются, особенно в вопросах отношений между врачом и пациентом.

Второй вопрос – изменяющиеся отношения между психиатрами и представителями пациентов и их семей. В недавнем прошлом мы наблюдали антипсихиатрические демонстрации, организованные бывшими пациентами, их родственниками и правозащитными организациями. Однако наша вовлеченность в общественную сферу позволила перейти от патерналистского подхода к более внимательной и эгалитарной позиции. Мы начали приглашать демонстрантов «перейти на другую сторону улицы» – принять участие в наших встречах, поделиться своей точкой зрения и обсудить вместе с нами дилеммы, касающиеся качества жизни, прав пациентов, эффективности терапии, побочных эффектов и случаев применения принуждения – при этом сохраняя атмосферу взаимного уважения. Сегодня во многих странах представители пациентов участвуют в комитетах, обсуждающих этические вопросы и распределение ресурсов для исследований. В некоторых странах бывшие пациенты и/или их родственники также вовлечены в обучение студентов-медиков и ординаторов. Это сотрудничество повысило прозрачность нашей работы и способствовало дальнейшему снижению стигматизации. Изменение этой позиции отчетливо отражено в Этическом кодексе Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА)².

Одна из тем, которая по-прежнему вызывает споры и подпитывает стигматизацию психиатрии, – это использование принудительных мер. Оно, на первый взгляд, противоречит праву пациента на автономию, одному из четырех базовых принципов медицинской этики наряду с милосердием, справедливостью и непричинением вреда⁴. Принцип автономии подразумевает право пациента отказаться от лечения. Однако в случае психоза понятие автономии становится крайне сложным: воля пациента может быть искажена психотической симптоматикой и отсутствием осознания своего состояния. Цель лечения, включая применение ограничительных мер, заключается в восстановлении способности пациента к самостоятельному суждению и независимому функционированию. Повышенное внимание к этой проблеме уже привело во многих странах к снижению числа принудительных госпитализаций и случаев физического ограничения, а также к развитию альтернативных форм помощи – кризисных центров и «балансирующих домов» в сообществе как альтернативы госпитализации^{5,6}.

Еще один аспект, связанный с правом пациента на автономию, касается эвтаназии. Какова роль психиатра в процессе добровольного ухода пациента из жизни, если он осо-

знанно ставит качество жизни выше ее продолжительности? Известный хирург Клод Бернар сказал: «За годы практики я понял, что смерть не всегда враг. Иногда это правильное медицинское решение. Она часто приносит то, чего медицина уже не может дать – «конец страданиям»⁷. На мой взгляд, психиатр выполняет здесь две ключевые функции: во-первых, он должен убедиться, что просьба пациента исходит из «ясного ума»; во-вторых, что это желание не является замаскированным проявлением суицидальных тенденций, вызванных психопатологией. К сожалению, в распоряжении специалистов пока нет инструментов, позволяющих достоверно оценить эти аспекты.

Недавние изменения в подходах к эвтаназии касаются этической легитимации действий психиатра, руководствующегося своими моральными или религиозными убеждениями. Это допускает возможность (но не обязанность) передачи пациента коллеге, готовому участвовать в рассмотрении запроса на эвтаназию. Важно обсуждать эти вопросы со студентами-медиками и ординаторами в процессе их профессиональной подготовки.

К сожалению, преподавание этики до сих пор занимает недостаточное место в учебных планах – как в психиатрии, так и в других медицинских дисциплинах. Число национальных психиатрических ассоциаций, разработавших собственный кодекс этики, остается крайне малым, возмущающим, из-за опасений, что наличие кодекса ограничивает свободу действий врача. Между тем, преимущества очевидны: этический кодекс обеспечивает моральную и юридическую защиту, задавая профессиональные ориентиры, в рамках которых психиатр реализует свои ценности и знания. Такая защита особенно важна, когда интересы пациента неочевидны или вступают в противоречие с принципами надлежащей профессиональной практики.

Особенно мало внимания в психиатрии и других медицинских специальностях уделяется вопросам этики при работе с детьми и подростками. Например, кому психиатр должен в первую очередь сохранять верность: ребенку, его опекуну, семье, направившему учреждению или организации, оплачивающей лечение? Хотя согласие ребенка на терапию важно с клинической точки зрения, юридически оно не требуется. Тем не менее психиатр должен стремиться к тому, чтобы ребенок понимал суть происходящего, исходя из своего возраста, уровня когнитивного и эмоционального развития.

В заключение можно сказать, что сегодня взаимосвязь общества и психиатрии стала гораздо более осознанной и конструктивной. Национальные и международные этические комитеты должны участвовать в этом «диалоге» между правами пациента и обязанностями и правами психиатра. Повышение прозрачности диагностических и терапевтических процессов может привести к частичному, но весьма значимому снижению стигматизации, связанной с психическими расстройствами и нашей профессией.

Sam Tyano

University School of Medicine, Tel Aviv, Israel

Перевод: Ланикин Илья Константинович, г. Москва
Редактура: Кибитов Андрей Александрович, г. Москва

Библиография

1. Engel G. Science 1977;196:12936.
2. Kvim A, Greene J. Cult Med Psychiatry 2021;45:33342.
3. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N et al. World Psychiatry 2024;23:36486.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 5th ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
5. Herrman H, Allan J, Galderisi S et al. World Psychiatry 2022;21:159-60.
6. Johnson S, Dalton Locke C, Baker J et al. World Psychiatry 2022;21:22036.
7. Barnard C. Good life good death: a doctor's case for euthanasia and suicide. Hoboken: Prentice Hall Direct, 1980.

DOI: 10.1002/wps.21238

Улучшение механизма вовлеченности людей с пережитым опытом в процесс принятия решений

Raluca Nica. Improving mechanisms of involvement of people with lived experience in decision-making processes. *World Psychiatry*. 2024;23(3):398-399

Вовлеченность людей с пережитым опытом психических расстройств (people with lived experience, PWLE) в сферу психического здоровья на протяжении многих лет остается предметом активных дискуссий с разных точек зрения¹. Одним из наиболее обсуждаемых аспектов является участие PWLE в процессах принятия решений². Эти процессы происходят на нескольких уровнях: на индивидуальном уровне, где PWLE должны быть вовлечены в принятие решений, касающихся лечения и оказания помощи; на социальном уровне, где PWLE необходимо интегрировать в общество как полноправных участников, пользующихся всеми соответствующими правами³; и на политическом уровне, где PWLE должны принимать участие в разработке и утверждении политик и нормативных актов, влияющих на их жизнь.

На индивидуальном уровне национальные законодательства и этические кодексы описывают ситуации и процедуры, которых необходимо придерживаться при принятии решения о принудительном лечении – будь то решение специалиста, экспертной комиссии или суда⁴. Эти процедуры, как правило, четко регламентированы.

Однако для того, чтобы PWLE мог дать информированное согласие на психиатрическое лечение, он прежде всего должен понимать свой диагноз, а также то, каким образом лечение поможет уменьшить симптомы и повысить функциональность. Кроме того, PWLE должен быть осведомлен о возможных побочных эффектах назначаемых препаратов, доступных альтернативах и/или дополнительных методах, таких как психотерапия, а также о предполагаемой продолжительности лечения.

Предоставление этой информации требует времени и вовлеченности со стороны специалиста. Если объем времени, который врач может уделить пациенту, во многом зависит от организации помощи, то степень вовлеченности отражает личные качества специалиста, среди которых ключевым является эмпатия. Эмпатия – навык, который можно развить посредством практики; она помогает специалисту стать не только более компетентным профессионалом, но и более чутким человеком⁵. При наличии эмпатии повышается вероятность установления терапевтических отношений⁶ и приверженности пациента лечению.

Что происходит, если это не так, и PWLE ощущает, что врач не присутствует рядом с ним эмоционально и профессионально? Ответ прост: пациент, скорее всего, откажется от лечения. В этой ситуации проигрывают все – PWLE лишается возможности улучшить состояние и качество жизни, а специалист теряет шанс реализовать свою профессиональную роль, что приводит к фрустрации обеих сторон.

Университетам следует уделять больше внимания развитию навыков эмпатии и коммуникации в образовательных программах для будущих врачей. Использование вспомогательных средств для совместного принятия решений может быть полезным, однако человеческое взаимодействие, основанное на эмпатии, остается предпочтительным и более эффективным. Искусственный интеллект является важным достижением и может оказать поддержку, но он ограничен в способности к эмпатии. Человеческое взаимодействие должно сохраняться как одна из важнейших ценностей человечества.

На социальном уровне PWLE необходимо поощрять к реализации своих прав – получению образования, трудоустройству и участию в жизни общества в соответствии со своими желаниями и возможностями. За последние пятьдесят лет, особенно в Западной Европе, были достигнуты значительные успехи в сфере инклюзивного образования, профессиональной интеграции и социальной репрезентации. В то же время в Восточной Европе лишь немногие

PWLE открыто рассказывают о своем опыте и заявляют о необходимости реализации своих прав, поскольку стигматизация все еще остается сильной⁷.

Хотя общественное отношение постепенно меняется, зависимость от системы, основанной преимущественно на институциональной помощи и нехватке общественных инициатив, не позволяет осознать, что PWLE способны справляться с заболеванием в привычной для них среде. Пандемия COVID-19 способствовала переменам: из-за сокращения числа госпитализаций многие PWLE убедились, что могут восстанавливаться в собственной среде, а специалисты увидели, что большинство пациентов при наличии поддержки со стороны служб психического здоровья и социальных сетей действительно могут получать помощь в обществе.

За последние два десятилетия активизировались организации, защищающие права и интересы PWLE. Они помогают людям с пережитым опытом перестать ощущать себя беспомощными перед системой помощи, политическими и управленческими процессами и почувствовать собственную причастность и влияние. Таким организациям необходима поддержка, поскольку они играют ключевую роль в обеспечении уважения прав PWLE и представлении их голоса в значимых ситуациях. Эти организации могут и должны быть «сторожами» от инициатив, игнорирующих права и мнение PWLE.

На политическом уровне по-прежнему есть множество аспектов, требующих совершенствования, чтобы уйти от формального («для вида») вовлечения PWLE⁸. Часто людей с пережитым опытом не включают в процесс разработки законов и политик, а лишь просят одобрить уже готовые решения. Разумеется, участие в таких процессах требует знаний и подготовки. Поэтому усилия должны быть приложены с обеих сторон: органы власти и специалисты обязаны обеспечивать соответствующее обучение, а PWLE – проявлять инициативу и использовать предоставленные возможности. Регулярное консультирование и обратная связь с PWLE должны стать частью разработки политик, чтобы предлагаемые решения были реалистичными и значимыми. Это позволит сделать концепцию «совместного создания» (co-creation) подлинной практикой.

Аналогичный подход следует применять и в научно-исследовательской сфере, даже если она требует уровня подготовки, который есть не у всех PWLE⁹. Исследователям следует чаще взаимодействовать с людьми с пережитым опытом и учитывать их потребности, чтобы результаты их работы способствовали сокращению разрыва в лечении, повышению эффективности существующих методов, снижению побочных эффектов и разработке новых подходов, улучшающих качество жизни. В настоящее время крайне редко встречаются случаи, когда ученые, разрабатывающие новые методы терапии, напрямую взаимодействуют с теми, кто мог бы от них выиграть. Только через такой непосредственный опыт специалисты могут осознать, насколько ценным может быть вклад PWLE.

В заключение, реализация принципа PWLE – «ничего о нас без нас» – требует значительных усилий со стороны всех участников: специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, медицинских работников в целом, политиков, представителей сообществ, неправительственных организаций и самих людей с пережитым опытом психических расстройств.

Raluca Nica

Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (GAMIAN) – Europe; Romanian League for Mental Health

Перевод: Бурлакова Ольга Алексеевна, г. Лион (Франция)
Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Sunkel C, Sartor C. BIPsych Bull 2022;46:160-4.
2. World Health Organization. Meaningful engagement of people with lived experience of noncommunicable diseases and mental health and neurological conditions. www.who.int.
3. Veldmeijer L, Terlouw G, van Os J et al. JMIR Ment Health 2023;10:e46590.
4. Veldmeijer L, Terlouw G, van 't Veer J et al. Design Health 2023;7:5-23.
5. Masuood S. Why empathy is more helpful than sympathy for my patients. Medscape, June 29, 2022.
6. Stubbe DE. Focus 2018;16:402-3.
7. Corrigan PW. World Psychiatry 2022;21:388-9.
8. Sartor C. Glob Ment Health 2023;10:e38.
9. Kryszinska K, Ozols I, Ross A et al. BMC Psychiatry 2023;23:496.

DOI:10.1002/wps.21239

Разработка и временная валидация клинической прогностической модели развития психоза у лиц с ультравысоким риском в когорте UHR 1000+

Simon Hartmann^{1,3}, Dominic Dwyer^{2,3}, Blake Cavve⁴, Enda M. Byrne⁵, Isabelle Scott^{2,3}, Caroline Gao^{2,3}, Cassandra Wannan^{2,3}, Hok Pan Yuen^{2,3}, Jessica Hartmann^{2,3,6}, Ashleigh Lin⁵, Stephen J. Wood^{2,3,7}, Johanna T.W. Wigman⁸, Christel M. Middeldorp⁹⁻¹³, Andrew Thompson^{2,3}, Paul Amminger^{2,3}, Monika Schlögelhofer¹⁴, Anita Riecher-Rössler¹⁵, Eric Y.H. Chen¹⁶⁻¹⁸, Ian B. Hickie¹⁹, Lisa J. Phillips²⁰, Miriam R. Schäfer^{2,3}, Nilufar Mossaheb²¹, Stefan Smesny²², Gregor Berger²³, Lieuwe de Haan²⁴, Merete Nordentoft^{25,26}, Swapna Verma^{18,27}, Dorien H. Nieman²³, Patrick D. McGorry^{2,3}, Alison R. Yung²⁸, Scott R. Clark¹, Barnaby Nelson^{2,3}

¹Discipline of Psychiatry, Adelaide Medical School, University of Adelaide, Adelaide, SA, Australia; ²Orygen, Melbourne, VIC, Australia; ³Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia; ⁴Telethon Kids Institute, University of Western Australia, Perth, WA, Australia; ⁵School of Population and Global Health, University of Western Australia, Perth, WA, Australia; ⁶Department of Public Mental Health, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, University of Heidelberg, Mannheim, Germany; ⁷School of Psychology, University of Birmingham, Birmingham, UK; ⁸Department of Psychiatry, Interdisciplinary Center Psychopathology and Emotion Regulation, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, The Netherlands; ⁹Child Health Research Centre, University of Queensland, St. Lucia, QLD, Australia; ¹⁰Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology, Amsterdam University Medical Center, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam, The Netherlands; ¹¹Arkin Mental Health Care, Amsterdam, The Netherlands; ¹²Levvel, Academic Center for Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam, The Netherlands; ¹³Child and Youth Mental Health Service, Children's Health Queensland Hospital and Health Service, Brisbane, QLD, Australia; ¹⁴BioPsyC – Biopsychosocial Corporation, Vienna, Austria; ¹⁵Medical Faculty, University of Basel, Basel, Switzerland; ¹⁶Department of Psychiatry, School of Clinical Medicine, LKS Faculty of Medicine, University of Hong Kong, Hong Kong, Hong Kong; ¹⁷LKC School of Medicine, Nanyang Technological University, Singapore, Singapore; ¹⁸Institute of Mental Health, Singapore, Singapore; ¹⁹Brain and Mind Centre, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; ²⁰Melbourne School of Psychological Sciences, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia; ²¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, Clinical Division of Social Psychiatry, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; ²²Department of Psychiatry, Jena University Hospital, Jena, Germany; ²³Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Psychiatric Hospital, University of Zurich, Zurich, Switzerland; ²⁴Department of Psychiatry, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ²⁵Mental Health Center Copenhagen, Research Unit (CORE), Copenhagen, Denmark; ²⁶Department of Clinical Medicine, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ²⁷Office of Education, Duke-NUS Graduate Medical School, Singapore, Singapore; ²⁸Institute for Mental and Physical Health and Clinical Translation, Deakin University, Geelong, VIC, Australia.

Концепция ультравысокого риска (UHR) развития психоза находится в центре внимания исследований в области психиатрии на протяжении нескольких десятилетий. Ее целью является предотвращение развития психотического расстройства у лиц с высоким риском. Исследовательский центр Orygen (Мельбурн, Австралия) провел ряд наблюдательных и интервенционных исследований в данной клинической популяции. Эти наборы данных были объединены в когорту UHR 1000+, включающую 1245 человек с UHR и периодом наблюдения от 1 до 16,7 года. Данная статья описывает эту когорту, представляет модель клинического прогнозирования развития психоза в данной группе и анализирует, как изменения в выборках UHR со временем влияют на точность прогноза. Мы проанализировали развитие психоза с использованием модели пропорциональных рисков Кокса. Клинические предикторы развития психоза исследовались во всей когорте с использованием метода множественной импутации и правил Рубина. Для оценки изменения точности модели с течением времени данные за 1995–2016 годы использовались для первоначальной настройки модели, а данные за 2017–2020 годы – для ее последующей валидации. В течение периода наблюдения у 220 человек (17,7%) развилось психотическое расстройство. Объединенные показатели отношения рисков (HR) выявили следующие предикторы развития психоза: тяжесть подшкалы «Дезорганизованная речь» по шкале CAARMS (HR=1.12, 95% ДИ: 1.02-1.24, p=0.024); тяжесть подшкалы «Необычное содержание мыслей» по шкале CAARMS (HR=1.13, 95% ДИ: 1.03-1.24, p=0.009); общий балл по шкале оценки негативных симптомов (SANS) (HR=1.02, 95% ДИ: 1.00-1.03, p=0.022); балл по шкале оценки социального и профессионального функционирования (SOFAS) (HR=0.98, 95% ДИ: 0.97-1.00, p=0.036); время от начала симптомов до обращения в службу UHR (логарифмически преобразованное) (HR=1.10, 95% ДИ: 1.02-1.19, p=0.013). У участников с кратковременными интермиттирующими психотическими симптомами (BLIPS) вероятность развития психоза была выше, чем у тех, кто соответствовал критериям аттенуированных психотических симптомов (APS) (HR=0.48, 95% ДИ: 0.32-0.73, p=0.001), и у тех, кто соответствовал критериям генетического и конституционального риска (наличие близкого родственника с психотическим расстройством или наличие у пациента шизотипического расстройства личности и значительное снижение функциональности в течение прошлого года) (HR=0.43, 95% ДИ: 0.22-0.83, p=0.013). Модели, основанные на данных 1995–2016 годов, продемонстрировали хорошую калибровку при начальной настройке, но отклонение на 20.2–35.4% при проверке на данных за 2017–2020 годы. Для разработки точных моделей прогнозирования психоза необходимы данные масштабных лонгитюдных исследований, таких как UHR 1000+. Важно оценивать существующие и будущие калькуляторы риска на предмет временного отклонения (temporal drift), которое со временем может снижать ценность моделей в клинической практике.

Ключевые слова: ультравысокий риск психоза, прогнозирование психоза, UHR 1000+, дезорганизованная речь, необычное содержание мыслей, негативные симптомы, психосоциальное функционирование, кратковременные интермиттирующие психотические симптомы, калибровка прогностической модели, временная валидация

Simon Hartmann, Dominic Dwyer, Blake Cavve et al. Development and temporal validation of a clinical prediction model of transition to psychosis in individuals at ultra-high risk in the UHR 1000+ cohort. *World Psychiatry*. 2024;23(3):400–410

Критерии ультравысокого риска (ultra high risk, UHR) развития психоза были разработаны в Австралии в середине 1990-х годов для выявления людей с высоким риском развития психотического расстройства и создания превентивных стратегий лечения¹⁻⁷. С тех пор критерии UHR, также известные как критерии «клинического высокого риска» (clinical high risk, CHR), получили широкое признание во всем мире и в настоящее время являются наиболее распространенным методом идентификации людей с высоким риском развития психотического расстройства⁸.

Люди, относящиеся к группе UHR, определяются по наличию одного или нескольких из следующих признаков: а) ослабленные психотические симптомы (attenuated psychotic symptoms, APS) – то есть наличие в течение последнего года подпороговых, ослабленных форм продуктивных психотических симптомов; б) кратковременные интермиттирующие психотические симптомы (brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS) – то есть наличие эпизодов разрывных психотических симптомов, продолжающихся не более недели и спонтанно разрешающихся; в) конституцио-

нальный и генетический риск (Trait) – то есть наличие близкого родственника с психотическим расстройством или наличие у пациента шизотипического расстройства, а также значительное снижение уровня функционирования за последний год.

Согласно недавнему метаанализу, 25% людей, соответствующих критериям UHR, переживают первый психотический эпизод в течение трехлетнего периода⁹, что свидетельствует о значительно более высоком риске по сравнению с общей популяцией и другими клиническими группами (0,05% и 3,9% соответственно¹⁰). Исходы для пациентов UHR остаются гетерогенными, отсюда необходимость более точного расчета риска на индивидуальном уровне, для чего могут потребоваться мультимодальные данные¹¹.

Было проведено множество исследований, направленных на совершенствование методов выявления людей с UHR, улучшение их прогноза и разработку индивидуализированных стратегий вмешательства¹². Согласно метаанализу, прогностические модели развития психотических расстройств у лиц с UHR достигли чувствительности 67% и специфичности 78%¹³. В последние годы совместные усилия национальных и международных мультисетевых проектов, таких как PRONIA (www.pronia.eu), PSYSCAN (www.psyscan.eu) и NAPLS-3 (<http://campuspress.yale.edu/napls>), привели к созданию масштабных баз данных для дальнейшего развития точных прогностических моделей. Однако большинство этих когорт имеют короткий период наблюдения (1–2 года), что затрудняет оценку долгосрочных клинических исходов и изучение кратковременных изменений в выборках UHR. Таким образом, существует необходимость в масштабных базах данных UHR, содержащих мультимодальные данные и охватывающих длительные периоды наблюдения.

Для получения более убедительных доказательств для их последующего внедрения акцент сместился в сторону оценки транспортабельности и возможности генерализовать предиктивные модели, что включает внешнюю валидацию предиктивной точности на выборках из разных географических регионов и популяций пациентов, а также применение различных методов измерения предикторов¹⁷. Однако точность прогностических моделей развития психоза зависит не только от региональных различий, но и от изменений в выборках ультравысокого риска с течением времени. Эти изменения связаны с эволюцией диагностических и терапевтических моделей, изменением маршрутизации пациентов и трансформацией состава популяций, что может проявляться в снижении частоты развития психоза в группе риска^{18–21}. В результате ранее валидированные прогностические модели могут терять актуальность, так как основаны на данных, отражавших ситуацию на тот момент времени, и могут не соответствовать изменениям в популяции, клинических условиях и подходах к лечению²².

Например, временная валидация клинической модели прогнозирования смертности после кардиоторакальной хирургии (модели «EuroSCORE»), выявила снижение ее точности с течением времени, что выражалось в расхождении между наблюдаемой и прогнозируемой смертностью²³. На индивидуальном уровне риск смертности был завышен при использовании модели, основанной на более старых данных, что потенциально могло привести к чрезмерно консервативному подходу в принятии хирургических решений. Таким образом, временная валидация необходима для оценки стабильности моделей на протяжении разных временных интервалов (месяцев, лет и, в конечном итоге, десятилетий) в одних и тех же клинических условиях.

Мало известно о том, как изменения в популяциях UHR и методах лечения с течением времени влияют на эффективность моделей прогнозирования. В одном из предыдущих исследований²⁴ была представлена мультимодальная модель прогнозирования психоза на основе машинного обучения, для которой посередине периода сбора данных выборка была разделена на две части. Этот подход напоминает попытку проведения временной валидации, но изучение отклонений в модели с течением времени не было целью исследования.

Еще одним ограничением многих предыдущих моделей является акцент на прогностической точности без оценки

точности индивидуальных показателей риска. Модели могут выявлять у пациента определенный уровень риска, но прогнозируемый риск может отличаться от наблюдаемого риска, то есть модель может быть плохо откалибрована. Лишь небольшое количество исследований проанализировало калибровку моделей прогнозирования психоза^{25–29}. Плохая калибровка может влиять на целесообразность решений, принимаемых с использованием модели, когда выбор вмешательства основывается на пороговой вероятности (то есть на стратификации людей в группы по прогнозируемому риску). Хотя такие процессы принятия решений обычно включают предпочтения пациента и отношение врача к выявленному риску³⁰, их можно представить более упрощенно с помощью кривых чистой выгоды (то есть баланса между риском и выгодой вмешательства при заданной пороговой вероятности)^{26,29,31}. Определение потенциального изменения точности и особенностей калибровки с течением времени критически важно для обоснования внедрения прогностических моделей развития психоза в клиническую практику.

Целью данного исследования является изучение точности прогнозирования психоза с использованием большого набора данных и оценка стабильности индивидуального прогноза риска развития психоза на протяжении определенного времени. Мы объединили данные более чем 1000 человек с ультравысоким риском, собранные в рамках исследований, проведенных в исследовательском центре Orygen (Мельбурн) в период с 1995 по 2020 год, что сформировало крупнейшую на сегодняшний день UHR-когорт с самым продолжительным периодом лонгитюдного наблюдения.

МЕТОДЫ

Выборка

Выборка включала лиц с ультравысоким риском, участвовавших в исследованиях центра Orygen (Мельбурн) с 1995 по 2020 год. Исследования в основном проводились в Мельбурне на базе клиники Персонального обследования и кризисной оценки (Personal Assessment and Crisis Evaluation) (PACE)³², Центра профилактики и раннего вмешательства при психозе (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) (EPPIIC) и четырех центров Headspace (Sunshine, Craigieburn, Werribee и Glenroy). Одно из исследований также собирало дополнительные данные (198 человек) на площадках в Амстердаме, Базеле, Копенгагене, Йене, Гонконге, Мельбурне, Сингапуре, Сиднее, Вене и Цюрихе³³. В таблице 1 представлены 14 исследований, в рамках которых были набраны участники данной когорты (пять клинических исследований^{33–38} и девять продольных обсервационных исследований^{3, 39–46}) (см. дополнительную информацию).

Критерии включения и исключения

Критерии включения: а) способность дать информированное согласие; б) соответствие критериям хотя бы одной из трех групп UHR (см. дополнительную информацию). Критерии исключения для всех исследований: а) текущее или ранее перенесенное психотическое расстройство или маниакальный эпизод; б) прием антипсихотиков в дозе, эквивалентной более 15–50 мг галоперидола (в зависимости от оригинального исследования) в анамнезе; в) психотическое расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ в анамнезе; г) наличие медицинских состояний, которые могли бы объяснить симптомы, послужившие причиной направления (например, эпилепсия); д) диагноз выраженного расстройства нейropsychологического развития; е) задокументированная задержка развития или умственная отсталость (IQ < 70); ж) недостаточное владение английским языком для участия в исследовании.

Статус ультравысокого риска (UHR)

В период с 1995 по 1996 год статус UHR на исходном уровне оценивался с помощью Шкалы краткой психиатрии

Таблица 1. Исследования, в которых были набраны лица, включенные в когорту UHR 1000+

Исследование	Годы набора	Возраст в исходной точке	UHR (N)	Временные точки
Yung et al ³	1995–1996	14–30 лет	49	BL, 1–11 месяцев
McGorry et al ³⁴	1996–1999	14–30 лет	92	BL, 6–12 месяцев
Thompson et al ³⁹	2000	14–30 лет	39	BL, 1–11 месяцев
Berger et al ³⁶	2000–2005	14–30 лет	30	BL, 1–23 месяцев
Yung et al ³⁵	2000–2007	14–30 лет	111	BL, 1–23 месяцев
Phillips et al ⁴⁰	2000–2005	14–30 лет	78	BL, 1–23 месяцев
Nelson et al ⁴⁶	2008–2010	15–25 лет	49	BL
Amminger et al ³³ McGorry et al ³⁸	2010–2014	13–40 лет	304	BL, 1–12–24 месяцев
EU-GEI ⁴³	2012–2015	15–35 лет	35	BL, 12–24 месяцев
Nelson et al ⁴⁵	2014–2018	15–25 лет	48	BL, 12 месяцев
Hartmann et al ⁴²	2016–2018	12–25 лет	31	BL, 12 месяцев
Nelson et al ³⁷	2016–2019	12–25 лет	342	BL, 1–3–6–9–12–18–24 месяцев
Tognin et al ⁴⁴	2017–2019	15–25 лет	26	BL, 3–6–9–12–18 месяцев
Bayer et al ⁴¹	2018–2021	12–25 years	12	BL, месяц 12

UHR – состояние ультравысокого риска, BL – исходный уровень.

ческой оценки (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)⁴⁷, Комплексной оценки симптомов и истории болезни (Comprehensive Assessment of Symptoms and History, CASH)⁴⁸ и Глобальной шкалы оценки функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF)⁴⁹. С 1996 по 1999 год применялись Шкала комплексной оценки состояний повышенного риска развития психических расстройств (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States, CAARMS)⁵⁰ и Шкала глобального функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF). Начиная с 1999 года статус UHR устанавливался с использованием CAARMS и Шкалы оценки социального и профессионального функционирования (Social and Occupational Functioning Assessment Scales, SOFAS)⁵¹.

Показатели исхода

Основным интересующим исходом было развитие психотического расстройства, определяемое с использованием соответствующих критериев на момент исследования. До 1999 года психотический порог устанавливался на основании данных BPRS/CASH и CAARMS, пока не была установлена совокупная достоверность CAARMS. С 1999 года BPRS/CASH как основа для определения психоза были заменены на CAARMS. Для случаев, в которых данные CAARMS были недоступны, для выявления факта развития психоза использовались государственные записи об оказании психиатрической помощи⁵².

Возможные предикторы развития психоза

Развитие психотического расстройства анализировалось с помощью модели пропорциональных рисков Кокса. Переменные были выбраны на основе предыдущих исследований и включали: показатели тяжести по шкале продуктивных симптомов CAARMS (дезорганизованная речь, нарушения восприятия и необычное содержание мыслей); продуктивные симптомы, количественно оцененные по общему баллу BPRS; негативные симптомы, оцененные по общему баллу шкалы оценки негативных симптомов (SANS)⁵³; уровень функционирования, оцененный по шкале GAF или SOFAS; длительность симптомов до обращения в службу UHR; пол; возраст в исходной точке; подгруппа UHR (BLIPS, APS или Trait) (см. дополнительную информацию).

Мы также включили переменную, указывающую, получал ли участник стандартное или нестандартное лечение в рамках клинического исследования, чтобы выявить потенциальные различия, связанные с лечением. Стандартное лечение включало ведение случая, симптоматическое лече-

ние и коррекцию дистресса. Примеры нестандартных вмешательств включали лечение ω-3 полиненасыщенными жирными кислотами или когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и рisperidon.

Индивиды с UHR были стратифицированы по степени тяжести симптомов, используя группы включения CAARMS: BLIPS, APS и Trait. Лица, соответствующие более чем одной категории, классифицировались по самой высокой степени тяжести: любой BLIPS; APS или APS + Trait; только Trait. Показатели GAF были преобразованы в оценки SOFAS с использованием эквипроцентильного метода⁵⁴. Длительность симптомов до обращения в службу UHR была логарифмически преобразована перед анализом.

Статистический анализ

Пропущенные данные обрабатывались с использованием метода множественной импутации (multiple imputation by chained equations, MICE) при условии, что пропущенные данные распределены случайно⁵⁵ (см. дополнительную информацию). Модель Кокса была построена для каждого замененного (импутированного) набора данных; объединенные оценки для каждого возможного предиктора рассчитывались с использованием правил Рубина^{56,57}. Время наблюдения рассчитывалось от даты начальной оценки до развития психоза или выхода из исследования (пациент пропал из поля зрения или исследование было официально завершено), в зависимости от того, какой случай наступал раньше. Далее была разработана полная модель пропорциональных рисков Кокса, прогнозирующая развитие психоза в течение 2 и 10 лет, используя клинические переменные, которые были идентифицированы как предикторы развития психоза на предыдущем этапе и прошли внутреннюю валидацию с помощью бутстрэппинга (N=1000). Бутстрэппинг включает построение нескольких моделей (в данном случае 1000) с использованием случайных выборок с заменой данных исследования для определения эффективности модели на той же выборке пациентов⁵⁸. Оба временных промежутка (2 и 10 лет) использовались для оценки эффективности модели как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Когорта была разделена по годам начальной оценки на набор для разработки модели (1995–2016) и набор для ее валидации (2017–2020). Кроме того, был проанализирован сокращенный набор данных, включающий только исследования из выборки PACE 400 (1995–2007)⁵², чтобы смоделировать более ранний набор данных. Первоначально модели настраивались на каждом замещенном (импутированном) наборе данных с использованием данных за 1995–2016 и 1995–2007 годы. После чего они проходили внутреннюю

валидацию методом бутстрэппинга ($N=1000$) для оценки их точности, а затем временную валидацию на данных за 2017–2020 годы. Временная валидация проводилась путем прогнозирования двухлетней вероятности развития психоза среди лиц, обратившихся в службу UHR в Мельбурне, чтобы исключить возможные региональные различия в наборе данных.

Для каждой модели изменение точности оценивалось путем сравнения показателей дискриминационной способности, значений калибровки и анализа кривой принятия решений, полученных в результате внутренней и временной валидации.

Дискриминационная способность – это способность модели присваивать более высокий прогнозируемый риск людям, у которых развился психоз, по сравнению с теми, у кого психоз не развился⁵⁹. Хотя дискриминационная способность важна для определения того, может ли модель различать людей с высоким и низким риском, не менее важным является оценка калибровки прогностической модели (т.е. насколько близки наблюдаемая и прогнозируемая вероятности). Например, модель, которая корректно различает двух пациентов, присваивая второму пациенту риск в два раза выше, чем первому, может быть плохо откалибрована, если прогнозируемые вероятности составляют 40% и 20%, а фактически наблюдаемые вероятности – 10% и 5%⁶⁰.

Анализ кривых принятия решений представляет собой метод оценки прогностических моделей³¹, в котором соотношение пользы и вреда клинического решения рассматривается в контексте истинно положительного показателя для заданного прогнозируемого порога вероятности модели. Это соотношение рассматривается как «чистая выгода» и сравнивается со сценариями, в которых лечатся все или никто⁶¹. Данные кривые основаны на фактической вероятности событий и превосходят положительную прогностическую ценность (ППЦ) и отрицательную прогностическую ценность (НПЦ), которые чувствительны к ошибкам, если исходный уровень заболеваемости изменяется со временем³⁰. Более высокая чистая выгода означает, что модель идентифицирует больше истинно положительных случаев, которые затем могут получить необходимое лечение. В прогнозировании психоза польза может заключаться в предотвращении развития полноценного психотического эпизода в группе ультравысокого риска, а вред может включать ненужное лечение и стигматизацию²⁶.

Анализ проводился с использованием R версии 4.1.173 с использованием пакетов *mice*⁶², *survival*^{63,64} и *rms*⁶⁵.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики выборки

В таблице 2 представлены исходные характеристики групп, у которых развился и не развился психоз в когорте UHR 1000+. В общей сложности в исследование было включено 1245 участников UHR. Средний возраст участников составил $18,5 \pm 3,6$ года; 55% из них – женщины. Среднее время от начала симптомов до обращения в службу UHR составило $646,6 \pm 1021,7$ дня. Нестандартное лечение в рамках клинического исследования получили 667 участников (54%). Наибольшая группа участников соответствовала критериям APS (85,2%), либо исключительно, либо в сочетании с критериями Trait. За ними следовали участники, соответствующие только критериям Trait (7,8%). Лишь 86 участников соответствовали критериям BLIPS (6,9%).

Частота развития психотического расстройства

Всего у 220 из 1245 участников группы ультравысокого риска развился психоз (17,7%). Частота развития психоза среди участников каждого клинического исследования, включенного в данную когорту, представлена в таблице 3. Медиана времени до развития психоза составила 210 дней (межквартильный размах, IQR = 500,5 дня). Два участника были исключены из анализа, так как дата манифестации психоза была неизвестна.

Возможные предикторы развития психоза

Как показано на рисунке 1, следующие факторы предсказывали развитие психоза в общей когорте UHR 1000+: степень тяжести показателя «Дезорганизованная речь» по шкале CAARMS (отношение рисков, $HR=1,12$, 95% ДИ: 1,02–1,24, $p=0,024$); степень тяжести показателя «Необычное содержание мыслей» по шкале CAARMS ($HR=1,13$, 95% ДИ: 1,03–1,24, $p=0,009$); общий балл по шкале SANS ($HR=1,02$, 95% ДИ: 1,00–1,03, $p=0,022$); балл по шкале SOFAS ($HR=0,98$, 95% ДИ: 0,97–1,00, $p=0,036$); время от начала симптомов до обращения в службу UHR (логарифмически преобразованное) ($HR=1,10$, 95% ДИ: 1,02–1,19, $p=0,013$). Время от начала симптомов до обращения в службу UHR следует интерпретировать с осторожностью из-за большого объема замещенных (импутированных) данных (~20%).

Участники UHR, соответствующие критериям BLIPS, имели более высокую частоту развития психоза, чем те, кто соответствовал критериям APS или APS + Trait ($HR=0,48$, 95% ДИ: 0,32–0,73, $p=0,001$), и те, кто соответствовал только критериям Trait ($HR=0,43$, 95% ДИ: 0,22–0,83, $p=0,013$).

Нестандартное лечение, проводимое в рамках клинического исследования, было связано со снижением риска развития психоза по сравнению со стандартным лечением ($HR=0,74$, 95% ДИ: 0,56–0,98, $p=0,038$). Однако при добавлении идентификатора исследования, прогностическое значение переменной лечения стало незначительным ($HR=1,18$, 95% ДИ: 0,80–1,72, $p=0,40$). Это, скорее всего, связано с тем, что данные из наблюдательных исследований были объединены с данными клинических исследований, при этом первые проводились раньше и показатели частоты развития психоза в них были выше. В связи с этим переменная лечения была исключена из дальнейшего анализа.

Внутренняя валидация прогностической модели психоза

Мы построили множественную модель регрессии Кокса, включающую в качестве предикторов: степень тяжести показателя «Дезорганизованная речь» по шкале CAARMS (от 0 до 6); степень тяжести показателя «Необычное содержание мыслей» по шкале CAARMS (от 0 до 6); время между началом симптомов и обращением в службу UHR (логарифмически преобразованное); общий балл по шкале SANS (от 0 до 100); балл по шкале SOFAS (от 0 до 100); группу UHR на момент включения.

На основе заданного набора значений предикторов модель вычисляет непрерывный риск развития психоза в диапазоне от 0 до 1 для каждого индивида (см. дополнительную информацию). Согласно внутренней валидации с использованием бутстрэппинга, модель достигла умеренного уровня дискриминационной способности (точности, C-индекса) в размере 0,65. Это означает, что она успешно определяла более высокий риск примерно в двух третях случаев. Внутренняя валидация выявила низкую степень переобучения модели (6–7%), что свидетельствует о том, что модель сохраняет точность в широком диапазоне клинических проявлений выборки (см. дополнительные данные для кривых калибровки и анализа кривых принятия решений).

«Пороговое значение вероятности» позволяет установить порог для прогнозирования развития психоза в заданный период времени: пациенты с показателем выше порога, согласно прогнозу, перенесут психоз в течение этого периода времени, тогда как те, у кого показатель ниже, – нет. Это позволяет эффективно разделить выборку на две группы риска. Для определения оптимального порога, точность прогнозирования была протестирована на различных пороговых уровнях и оценена через 2 и 10 лет наблюдения. В таблице 4 приведена статистика прогнозирования для разных порогов риска.

При пороговом значении 0,20 (т.е. вероятность развития психоза у индивида составляет 20%) положительная прогностическая ценность (ППЦ) модели (доля людей, точно идентифицированных как те, у которых манифестирует

Таблица 2. Социально-демографические и клинические характеристики лиц, развивших или не развивших психоз, на исходном уровне

	Отсутствие развития психоза (N=1,025)	Развитие психоза (N=220)
Возраст, лет (среднее значение ± CO)	18,4±3,6	18,9±3,7
Женщины (%)	55,7	52,7
С супругом или гражданским партнером (%)	4,2	7,4
С детьми (%)	3,8	5,4
Среднее образование (%)		
Продолжающееся	44,0	45,1
Завершенное	31,1	28,8
Техническое и дополнительное образование	11,0	16,3
Незавершенное обучение по программам бакалавриата	10,5	7,1
Завершенное обучение по программам бакалавриата	2,5	1,1
Незавершенное обучение по программам магистратуры и аспирантуры	0,6	1,1
Завершенное обучение по программам магистратуры и аспирантуры	0,2	0,5
Иммигрировали из другой страны (%)	14,0	8,3
Один или оба родителя иммигрировали из другой страны (%)	39,8	40,6
Время от начала симптомов до обращения в службу UHR, дней (среднее значение ± CO)	621,5±983,4	754,5±1168,8
Подгруппа UHR (%)		
BLIPS	5,5	13,7
APS или APS + Trait	86,5	79,5
Trait	8,0	6,8
Получали нестандартное лечение в рамках исследования	55	45
CAARMS, дезорганизованная речь, степень тяжести (среднее значение ± CO)	1,6±1,4	2,2±1,4
CAARMS, нарушения восприятия, степень тяжести (среднее значение ± CO)	3,3±1,5	3,3±1,7
CAARMS, необычное содержание мыслей, степень тяжести (среднее значение ± CO)	2,8±1,8	3,5±1,6
Общий балл BPRS (среднее значение ± CO)	43,9±9,2	48,2±10,7
Общий балл SANS (среднее значение ± CO)	17,6±11,8	22,9±13,3
Балл SOFAS (среднее значение ± CO)	56,7±11,7	53,3±10,9
UHR – состояние ультравысокого риска, BLIPS – короткие интермиттирующие психотические симптомы, APS – аттенуированные психотические симптомы, CAARMS – комплексная оценка состояний риска развития психических расстройств, BPRS – шкала краткой психиатрической оценки, SANS – шкала оценки негативных симптомов, SOFAS – шкала оценки социального и профессионального функционирования.		

психоз) составила 29,72%, при отрицательной прогностической ценности (ОПЦ) – 87,91%, для прогнозирования развития психоза в течение двух лет. Для 10-летнего прогноза ППЦ составила 22,26%, а ОПЦ – 91,56%. При пороговом значении риска 0,50 ППЦ увеличилась до 49,69%, в то время как ОПЦ снизилась до 82,67% для двухлетнего прогноза, а для 10-летнего прогноза ППЦ составила 39,35%, а ОПЦ – 84,52%.

Эти показатели указывают на то, что модель более полезна для исключения риска развития психоза у индивида (высокая ОПЦ), чем для выявления случаев высокого риска (ППЦ). Повышение порога риска увеличивало ППЦ, но снижало ОПЦ. Увеличение периода прогнозирования (10 лет по сравнению с 2 годами) увеличивало ОПЦ, но снижало ППЦ.

Временная валидация прогностической модели развития психоза

Таблица 5 содержит сводные данные о калибровке и дискриминационной способности для внутренней и временной валидации моделей, построенных с использованием тех же предикторов, что и на предыдущем этапе, на выборках с 1995 по 2016 год и с 1995 по 2007 год (PACE 40052). Кривые калибровки и анализ кривых принятия решений для обеих моделей представлены на рисунке 2.

Обе модели показали хорошую калибровку после внутренней валидации в рамках временного диапазона их разра-

ботки, с уровнем переобучения около 9% (9,4% для модели PACE 400 и 8,3% для модели 1995–2016 годов). Кроме того, обе модели достигли умеренного уровня дискриминационной способности – 0,672–0,684.

При проверке модели на данных 2017–2020 годов из тех же клинических служб обе модели продемонстрировали отклонение в калибровке, как показано на рисунке 2. В обоих случаях калибровочные кривые в наборе для валидации «отклонялись» от идеальной кривой, где прогнозируемая вероятность соответствует наблюдаемой вероятности. Для обеих моделей потеря калибровки составила 20,2–35,4%, что привело к переоценке вероятности развития психоза у лиц в более поздней выборке.

Например, в выборке 1995–2016 годов 30 из 100 человек, у которых прогнозируемая вероятность развития психоза составляла 0,30, действительно перенесли психоз, что говорит о соответствии прогнозируемого и наблюдаемого риска. В выборке 2017–2020 годов калибровочные кривые показывают, что только 25 из 100 человек с аналогичными симптомами и прогнозируемым риском развития психоза 0,30 действительно перенесли психоз, что указывает на расхождение между прогнозируемым и наблюдаемым риском развития психоза.

Потенциальное влияние отклонений на принятие решений представлено на кривой принятия решений чистой выгоды, которая показывает снижение доли истинно положительных случаев (чистой выгоды) для заданного порога вероятности в модели (см. рисунок 2). Это означает, что мо-

Таблица 3. Частота развития психоза и время от первичной оценки до развития психоза

Исследование	Годы набора	Продолжительность наблюдения (лет)	Развитие первого психотического эпизода	Дней от первичной оценки до развития психоза, медиана (межквартильный размах)
Yung et al ³	1995–1996	6–15	26/48 (54,2%)	120,0 (295,5)
McGorry et al ³⁴	1996–1999	6–15	36/92 (39,1%)	234,0 (672,75)
Thompson et al ³⁹	2000	6–15	12/39 (30,8%)	313,5 (1280,5)
Berger et al ³⁶	2000–2007	6–15	38/219 (17,3%)	363,5 (789,0)
Yung et al ³⁵				
Phillips et al ⁴				
Nelson et al ⁴⁶	2008–2010	1.5	13/49 (26,5%)	46,0 (65,0)
McGorry et al ³⁸	2010–2014	3.4	40/304 (13,1%)	229,0 (288,75)
EU-GEI ⁴³	2012–2015	2	6/35 (17,1%)	131,0 (87,75)
Nelson et al ⁴⁵	2014–2018	1	3/48 (6,2%)	77,0 (11,0)
Hartmann et al ⁴²	2016–2018	1	2/31 (6,4%)	31,0 (9,0)
Nelson et al ³⁷	2016–2019	2	37/342 (10,8%)	220,0 (409,5)
Tognin et al ⁴⁴	2017–2019	2	4/26 (15,4%)	257,5 (55,5)
Bayer et al ⁴¹	2018–2021	1	3/12 (25,0%)	173,0 (111,5)
Всего			220/1245 (17,7%)	210,0 (500,5)

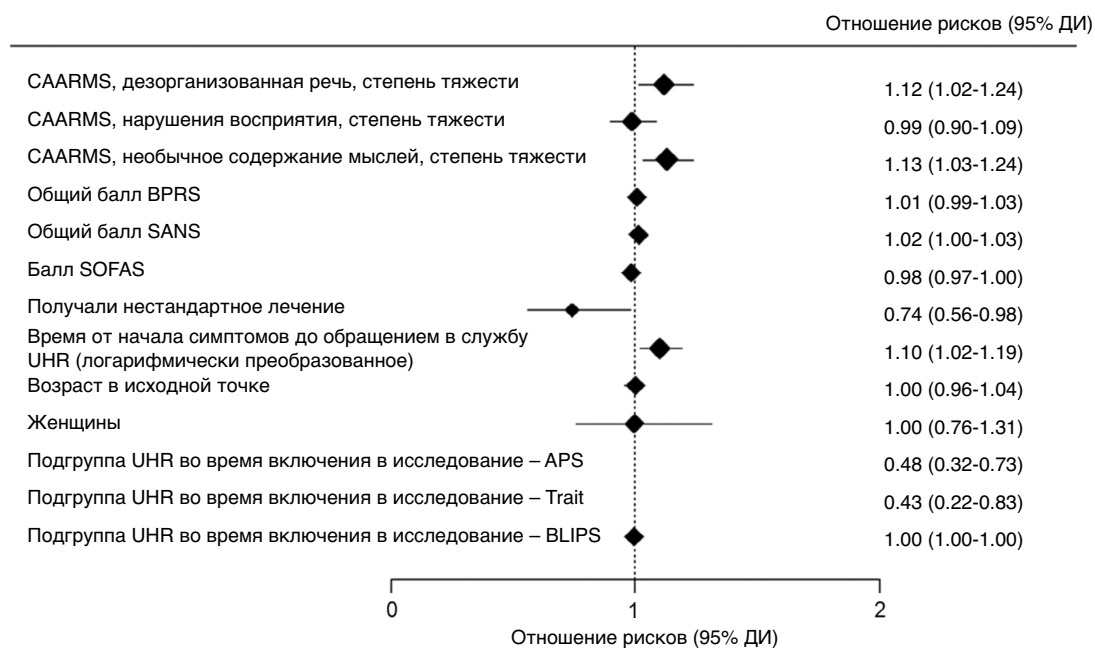


Рисунок 1. Возможные предикторы развития психоза (отношение рисков с 95% ДИ). CAARMS – комплексная оценка состояний риска развития психических расстройств, BPRS – шкала краткой психиатрической оценки, SANS – шкала оценки негативных симптомов, SOFAS – шкала оценки социального и профессионального функционирования, UHR – состояние ультравысокого риска, BLIPS – короткие интермиттирующие психотические симптомы, APS – аттенуированные психотические симптомы

дель завышает риск психоза (например, истинная вероятность составляет 0,25, в то время как прогнозируемая – 0,30) в более поздней выборке (2017–2020 годы).

Предполагается, что лица с показателем выше порога риска разовьют психоз в течение указанного периода времени, в то время как те, у кого показатель ниже порога, – нет. ОПЦ – отрицательная прогностическая ценность, ППЦ – положительная прогностическая ценность.

С-индекс Харрелла используется для количественной оценки дискриминационной способности модели. Глобальная калибровка (calibration-in-the-large) отражает разницу между средним прогнозируемым риском и общей частотой событий, а наклон калибровки показывает расхождение между прогнозируемым и наблюдаемым риском. Внутренняя валидация проводилась методом бутстрэппинга

(N=1000) на выборках за 1995–2007 и 1995–2016 годы. Временная валидация заключалась в прогнозировании двухлетней вероятности развития психоза у пациентов, обратившихся в службу UHR в период с 2017 по 2020 год, с использованием моделей, разработанных на выборках 1995–2007 и 1995–2016 годов

ОБСУЖДЕНИЕ

Относительно низкий уровень развития психоза среди лиц с высоким риском вызвал повышенный интерес к разработке и валидации клинических моделей прогнозирования, позволяющих более точно оценивать индивидуальный риск. Несмотря на реализацию крупных когортных исследований, таких как PRONIA и NAPLS-3, необходимо про-

Таблица 4. Статистика прогнозирования развития психоза при различных пороговых значениях риска с использованием бутстрэппинга (N=1000)

Порог риска	Прогнозирование развития психоза в течение 2 лет				Прогнозирование развития психоза в течение 10 лет			
	Специфичность (%)	Чувствительность (%)	ОПЦ (%)	ППЦ (%)	Специфичность (%)	Чувствительность (%)	ОПЦ (%)	ППЦ (%)
0,05	3,10	99,54	96,98	17,93	0	100	0	17,54
0,10	28,64	88,00	91,82	20,78	4,86	98,18	92,65	18,00
0,15	53,44	66,89	88,36	23,41	19,01	91,77	91,58	19,42
0,20	73,68	52,32	87,91	29,72	37,92	83,55	91,56	22,26
0,25	86,38	37,63	86,69	37,04	51,60	67,96	88,33	23,00
0,30	91,65	24,34	85,07	38,31	64,81	60,11	88,43	26,66
0,35	95,88	11,93	83,66	38,12	77,97	48,86	87,72	31,98
0,40	97,86	7,30	83,23	42,02	85,49	38,06	86,65	35,83
0,45	99,42	4,97	83,11	64,37	90,56	29,30	85,76	39,80
0,50	99,61	1,82	82,67	49,69	93,65	19,34	84,52	39,35
0,55	99,61	1,36	82,60	42,47	96,08	11,59	83,63	38,67
0,60	99,90	0,90	82,58	65,28	97,87	7,87	83,32	44,02

Таблица 5. Обобщенные показатели точности внутренней и временной валидации для обеих моделей, рассчитанные на всех импутированных наборах данных (все значения представлены в виде средних с 95% ДИ)

Модель	С-индекс Харрела (индекс конкордации)		Глобальная калибровка (calibration-in-the-large)		Наклон	
	Внутренний	2017–2020	Внутренний	2017–2020	Внутренний	2017–2020
1995–2007	0,684 (0,683–0,686)	0,615 (0,611–0,618)	0,010 (0,010–0,010)	-0,075 (-0,079 до -0,071)	0,906 (0,904–0,908)	0,585 (0,565–0,604)
1995–2016	0,672 (0,671–0,674)	0,636 (0,633–0,638)	0,009 (0,008–0,009)	-0,023 (-0,023 до -0,022)	0,917 (0,916–0,919)	0,732 (0,717–0,747)

водить аналогичные исследования с более крупными выборками и длительным периодом наблюдения. Это позволит изучить изменения в популяциях UHR со временем и проследить долгосрочные клинические исходы.

Мы объединили и стандартизировали данные о людях из группы UHR, набранных в 14 клинических исследованиях, создав когорту UHR 1000+, представленную в данном исследовании. Это крупнейший на сегодняшний день массив клинических данных о людях с ультравысоким риском развития психоза. Большая часть данных (84%) была собрана в одном географическом регионе (Мельбурн, Австралия), что существенно снижает влияние различий между местами проведения исследований. Кроме того, более чем у 50% участников этой когорты наблюдение длилось свыше двух лет, что делает ее крупнейшей выборкой UHR с длительным наблюдением.

В рамках всей когорты объединенные баллы по таким показателям, как «Дезорганизованная речь» и «Необычное содержание мыслей» по CAARMS, негативные симптомы (общий балл по SANS), социальное функционирование (оценка по шкале SOFAS) и длительность симптомов до обращения в службу UHR, служили предикторами развития психоза. Мы также выявили более низкий риск развития психоза у лиц, соответствующих критериям APS или Trait, по сравнению с теми, кто соответствовал любым критериям BLIPS. Это подтверждает выводы предыдущего мета-анализа⁶⁶.

Получение нестандартного лечения в рамках клинического исследования было связано с более низким риском развития психоза во всей когорте, что согласуется с данными метаанализа о положительном влиянии превентивных вмешательств на риск развития психоза в клинических исследованиях⁶⁷. Однако дальнейший анализ показал, что эта ассоциация, по-видимому, была обусловлена объединением данных обсервационных и клинических исследований,

имевших разные уровни развития психоза в разные годы. Таким образом, расчеты, объединяющие эти выборки, являются ненадежными; необходим дальнейший, более подробный анализ прогностических моделей в рамках масштабного продольного наблюдения за группами из клинических исследований.

Принятие клинических решений для пациентов с UHR представляет сложность из-за разнородности клинических проявлений и сравнительно низких показателей развития психоза. В практике сложные модели оценки риска могут быть адаптированы в виде упрощенных калькуляторов, позволяющих занятым клиницистам использовать ограниченный набор данных для помощи в принятии индивидуальных решений. Ряд подобных калькуляторов был предложен для оценки риска развития психоза^{25–29}. Как правило, в таких инструментах устанавливается числовой порог, служащий сигналом для вмешательства: если рассчитанная вероятность события, основанная на комбинации факторов риска, превышает установленное значение, это сигнализирует о необходимости вмешательства. Данные пороговые значения можно определить с помощью таких метрик, как точность, чувствительность и специфичность, или ППЦ и ОПЦ, которые помогают клиницистам понять, насколько хорошо калькулятор классифицирует пациентов с высоким и низким риском.

Наша модель, разработанная на основе когорты UHR 1000+, показала умеренную точность с дискриминационной способностью 0,65. Модель также продемонстрировала высокую внутреннюю валидность и хорошую калибровку в выборке, на которой она была построена, что свидетельствует о ее надежности и точности в данном контексте. Возможность генерализации этой модели еще предстоит проверить за пределами выборки UHR 1000+. Объединение клинических данных с биомаркерами риска развития психоза, полученными с помощью методов нейровизуализа-

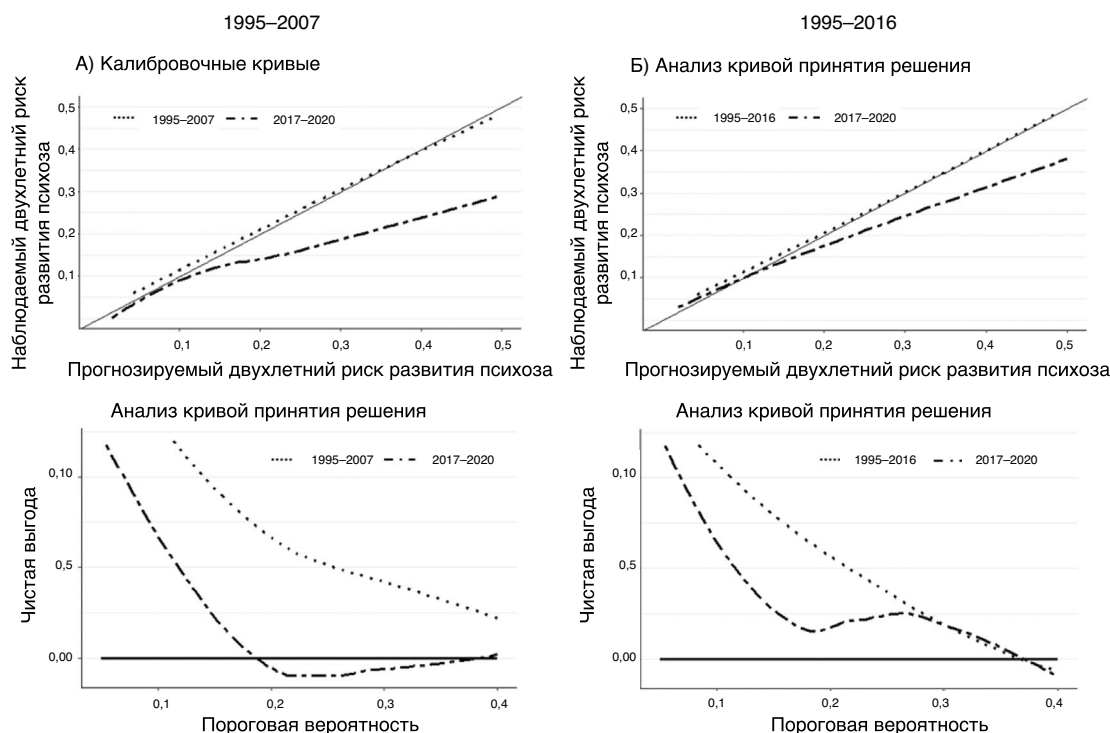


Рисунок 2. Изменение точности прогностических моделей развития психоза с течением времени, разработанных на выборках с 1995 по 2007 и с 1995 по 2016 год. А) Каждый график отображает внутреннюю калибровочную кривую, построенную методом бутстрэппинга ($N=1000$), и кривую временной валидации, основанную на данных пациентов, обратившихся в службу UHR в период с 2017 по 2020 год. Черная диагональная линия представляет идеальную калибровку, при которой прогнозируемые вероятности точно соответствуют наблюдаемым вероятностям. Б) Каждый график отображает анализ кривой принятия решений для внутренней и временной выборки. В этом анализе чистая выгода эквивалентна числу истинно положительных случаев (т.е. чистая выгода 0,10 означает выявление 10 из 100 человек, у которых действительно манифестирует психоз). Черная горизонтальная линия обозначает чистую выгоду, равную нулю, что эквивалентно сценарию, при котором лечение не назначается никому

ции, когнитивной науки, геномики и цифровой оценки, может повысить точность модели^{24,68–70}, в настоящее время как раз проводятся масштабные исследования, оценивающие этот подход⁷¹. Кроме того, принятие решений в клинической практике является сложным процессом, который требует учитывать предпочтения пациента и зависит от отношения врача к риску вмешательства³⁰.

При временной валидации наших моделей на более позднем наборе данных (2017–2020 годы) мы выявили снижение калибровки на 20,2–35,4%, что свидетельствует о переоценке риска психоза, хотя модели показали хорошую калибровку и высокую воспроизводимость на выборке, на которой они были разработаны. Этот результат подчеркивает, что помимо оценки дискриминационной способности калькуляторов риска в разных когортах и клинических службах⁷², врачи должны учитывать давность разработки модели прогнозирования развития психоза при интерпретации ее результатов. Эти выводы согласуются с данными из других областей медицины, где калькуляторы риска требуют периодического обновления для поддержания точности калибровки^{73–76}.

Расхождение между прогнозируемым и наблюдаемым риском развития психоза в когорте UHR 1000+ может быть обусловлено различием частоты развития психоза в разных исследованиях за этот период времени (22% в выборке 1995–2016 годов против 11% в выборке 2017–2020 годов). Это может быть связано с проблемами выборки. Со временем в этой когорте увеличилось количество участников, набранных через headspace – службу первичной медицинской помощи для молодежи с психическими расстройствами, и пропорционально уменьшилось количество пациентов, привлеченных через специализированную клинику RACE в Orygen. Поскольку клиники headspace имеют более широкий охват, доля пациентов с риском развития психоза в них ниже, чем в специализированной службе RACE, что могло привести к общему снижению частоты развития психоза⁷⁷.

Однако временные изменения могут быть связаны не только с исходным риском у пациентов UHR, но и со взаимосвязью между предикторами и клиническими исходами. Например, если изменяются клиническая картина пациентов, направленных в специализированную службу, или стандарты лечения, которое они получают^{18,78}, это может повлиять на связь между определенными факторами риска и развитием психоза. В таких случаях потребуется обновление или адаптация существующей прогностической модели. Примерами могут служить сдвиг когорты в сторону пациентов с преобладанием характеристик Trait и минимальной выраженностью продуктивных симптомов или внедрение нового стандарта лечения, снижающего влияние продуктивных симптомов на риск развития психоза. Независимый вклад изменений исходного риска, характеристик популяции и тактики ведения пациентов в когорте UHR 1000+ остается предметом для дальнейшего изучения.

Ограничением набора данных, использованного в этом исследовании, является количество пропущенных данных. Оценочные батареи различались во всех включенных исследованиях, что связано с эволюцией знаний с течением времени и ориентацией на конкретные исследовательские вопросы. Несколько методов оценки были заменены или обновлены между первым и последним исследованиями. Стандартизация выборок представляла собой уникальную задачу, охватывающую более двух десятилетий. Более того, анализ выживаемости в этой когорте ограничен различиями периода наблюдения между исследованиями, что может вносить неопределенность и предвзятость в расчетах, использующих информацию о времени до наступления события. Наконец, разделение набора данных по времени сократило размер выборки для разработки и валидации, что потенциально привело к более высокому риску переобучения и менее надежным результатам оценки⁷⁹.

В целом набор данных UHR 1000+ представляет собой крупнейшую на сегодняшний день выборку молодых людей с риском развития психоза с периодом наблюдения до 16,7

года и предоставляет уникальный ресурс для дальнейшего изучения моделей прогнозирования исходов группы с ультравысоким риском. Ценность этого ресурса будет далее расширяться за счет интеграции мультимодальных данных, таких как данные нейровизуализации, когнитивной науки, геномики и цифровой оценки.

Наши результаты показывают, что более высокие уровни дезорганизованной речи и необычного содержания мыслей, измеренные с помощью CAARMS, более высокая выраженность негативных симптомов, более низкий уровень социального функционирования и большая продолжительность симптомов до обращения в службу UHR наиболее точно определяют риск развития психоза. Модель, разработанная на когорте UHR 1000+, продемонстрировала умеренную точность (0,65). Однако наши результаты показывают, что крайне важно оценивать существующие и будущие калькуляторы риска на предмет временного отклонения, которое со временем может снизить ценность моделей в клинической практике.

БЛАГОДАРНОСТИ

Эта работа финансировалась через Центр передового опыта в области прогнозирования ранних психических расстройств и профилактического лечения (Prediction of Early Mental Disorder and Preventive Treatment, PRE-EMPT) Национального совета по здравоохранению и медицинским исследованиям (Prediction of Early Mental Disorder and Preventive Treatment – National Health and Medical Research Council Centre of Research Excellence, NHMRC) (грант № 1198304). A. Lin получил поддержку в виде стипендии NHMRC Emerging Leadership Fellowship (№ 2010063); A.R. Yung – стипендий NHMRC Senior Research Fellowship (№ 566593) и Principal Research Fellowship (№ 1136829); P. Amminger – стипендий NHMRC Senior Research Fellowship (№ 1080963); J.T.W. Wigman – гранта Veni от Нидерландской организации научных исследований (NWO) (№ 016.156.019). Дополнительная информация по данному исследованию доступна на <https://osf.io/ytjns>.

Перевод: Барканова Валерия, г. Москва

Редактура: Шишковская Татьяна Игоревна, г. Москва

Литература

1. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD et al. Prediction of psychosis: a step towards indicated prevention of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172(Suppl. 33):14-20.
2. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Risk factors for psychosis in an ultra highrisk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res* 2004;67:13-42.
3. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophr Res* 2003;60:21-32.
4. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996;22:353-70.
5. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr Bull* 2003;29:771-90.
6. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:587-99.
7. McGorry PD, Singh BS. Schizophrenia: risk and possibility of prevention. In: Raphael B, Burrows GD (eds). *Handbook of preventive psychiatry*. Amsterdam: Elsevier, 1995:492-514.
8. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;70:107-20.
9. Salazar de Pablo G, Radua J, Pereira J et al. Probability of transition to psychosis in individuals at clinical high risk: an updated meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021;78:970-8.
10. Lee TY, Lee J, Kim M et al. Can we predict psychosis outside the clinical highrisk state? A systematic review of non-psychotic risk syndromes for mental disorders. *Schizophr Bull* 2018;44:276-85.
11. Coutts F, Koutsouleris N, McGuire P. Psychotic disorders as a framework for precision psychiatry. *Nat Rev Neurol* 2023;19:221-34.
12. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU et al. Prevention of psychosis: advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry* 2020;77:755-65.
13. Sanfelici R, Dwyer DB, Antonucci LA et al. Individualized diagnostic and prognostic models for patients with psychosis risk syndromes: a meta-analytic view on the state of the art. *Biol Psychiatry* 2020;88:349-60.
14. Dwyer DB, Falkai P, Koutsouleris N. Machine learning approaches for clinical psychology and psychiatry. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:91-118.
15. Worthington MA, Cao H, Cannon TD. Discovery and validation of prediction algorithms for psychosis in youths at clinical high risk. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2020;5:738-47.
16. Studerus E, Ramyeard A, Riecher-Rössler A. Prediction of transition to psychosis in patients with a clinical high risk for psychosis: a systematic review of methodology and reporting. *Psychol Med* 2017;47:1163-78.
17. Moons KGM, Kengne AP, Grobbee DE et al. Risk prediction models: II. External validation, model updating, and impact assessment. *Heart* 2012;98:691-8.
18. Hartmann JA, Yuen HP, McGorry PD et al. Declining transition rates to psychotic disorder in "ultra-high risk" clients: investigation of a dilution effect. *Schizophr Res* 2016;170:130-6.
19. Nelson B, Yuen HP, Lin A et al. Further examination of the reducing transition rate in ultra high risk for psychosis samples: the possible role of earlier intervention. *Schizophr Res* 2016;174:43-9.
20. Yung AR, Yuen HP, Berger G et al. Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophr Bull* 2007;33: 673-81.
21. Spiteri-Staines AE, Yung AR, Lin A et al. Non-psychotic outcomes in young people at ultra-high risk of developing a psychotic disorder: a long-term follow-up study. *Schizophr Bull* 2024; doi:10.1093/schbul/sbae005.
22. Reynard C, Jenkins D, Martin GP et al. Is your clinical prediction model past its sell by date? *Emerg Med J* 2022;39:956-8.
23. Hickey GL, Grant SW, Murphy GJ et al. Dynamic trends in cardiac surgery: why the logistic EuroSCORE is no longer suitable for contemporary cardiac surgery and implications for future risk models. *Eur J Cardio-Thoracic Surg* 2013;43:1146-52.
24. Koutsouleris N, Dwyer DB, Degenhardt F et al. Multimodal machine learning workflows for prediction of psychosis in patients with clinical high-risk syndromes and recent-onset depression. *JAMA Psychiatry* 2021;78:195-209.
25. Cannon TD, Yu C, Addington J et al. An individualized risk calculator for research in prodromal psychosis. *Am J Psychiatry* 2016;173: 980-8.
26. Rosen M, Betz LT, Schultze-Lutter F et al. Towards clinical application of prediction models for transition to psychosis: a systematic review and external validation study in the PRONIA sample. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;125:478-92.
27. Studerus E, Beck K, Fusar-Poli P et al. Development and validation of a dynamic risk prediction model to forecast psychosis onset in patients at clinical high risk. *Schizophr Bull* 2020;46:252-60.
28. Malda A, Boonstra N, Barf H et al. Individualized prediction of transition to psychosis in 1,676 individuals at clinical high risk: development and validation of a multivariable prediction model based on individual patient data meta-analysis. *Front Psychiatry* 2019;10:345.
29. Fusar-Poli P, Rutigliano G, Stahl D et al. Development and validation of a clinically based risk calculator for the transdiagnostic prediction of psychosis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:493-500.
30. Sox HC, Higgins MC, Owens DK. Measuring the outcome of care – expected utility analysis. In: Sox HC, Higgins MC, Owens DK (eds). *Medical decision making*, 2nd ed. Chichester: Wiley, 2013:204-42.
31. Vickers AJ, Elkin EB. Decision curve analysis: a novel method for evaluating prediction models. *Med Decis Mak* 2006;26:565-74.
32. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA et al. The Pace Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australas Psychiatry* 1995;3:345-9.
33. Amminger GP, Nelson B, Markulev C et al. The NEURAPRO biomarker analysis: long-chain omega-3 fatty acids improve 6-month and 12-month outcomes in youths at ultra-high risk for psychosis. *Biol Psychiatry* 2020;87:243-52.
34. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:921-8.

35. Yung AR, Phillips LJ, Nelson B et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. *J Clin Psychiatry* 2011;72:430-40.
36. Berger GE, Wood SJ, Ross M et al. Neuroprotective effects of low-dose lithium in individuals at ultra-high risk for psychosis. A longitudinal MRI/MRS study. *Curr Pharm Des* 2012;18:570-5.
37. Nelson B, Amminger GP, Yuen HP et al. Staged treatment in early psychosis: a sequential multiple assignment randomised trial of interventions for ultra high risk of psychosis patients. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:292-306.
38. McGorry PD, Nelson B, Markulev C et al. Effect of ω -3 polyunsaturated fatty acids in young people at ultrahigh risk for psychotic disorders: the NEURAPRO randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2017;74:19-27.
39. Thompson KN, Phillips LJ, Komesaroff P et al. Stress and HPA-axis functioning in young people at ultra high risk for psychosis. *J Psychiatr Res* 2007;41:561-9.
40. Phillips LJ, Nelson B, Yuen HP et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: study design and baseline characteristics. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:818-29.
41. Bayer JMM, Spark J, Krcmar M et al. The SPEAK study rationale and design: a linguistic corpus-based approach to understanding thought disorder. *Schizophr Res* 2023;259:80-7.
42. Hartmann JA, Nelson B, Spooner R et al. Broad clinical high-risk mental state (CHARMS): methodology of a cohort study validating criteria for pluripotent risk. *Early Interv Psychiatry* 2019;13:379-86.
43. European Network of National Networks studying Gene-Environment Interactions in Schizophrenia (EU-GEI). Identifying gene-environment interactions in schizophrenia: contemporary challenges for integrated, large-scale investigations. *Schizophr Bull* 2014;40:729-36.
44. Tognin S, van Hell HH, Merritt K et al. Towards precision medicine in psychosis: benefits and challenges of multimodal multicenter studies – PSYSCAN: translating neuroimaging findings from research into clinical practice. *Schizophr Bull* 2020;46:432-41.
45. Nelson B, Lavoie S, Gawęda Ł et al. The neurophenomenology of early psychosis: an integrative empirical study. *Conscious Cogn* 2020;77:102845.
46. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophr Bull* 2012;38:1277-87.
47. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.
48. Andreasen NC, Flaum M, Arndt S. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH): an instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:615-23.
49. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 1994.
50. Yung AR, Yung AR, Pan Yuen H et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:964-71.
51. Goldman H, Skodol A, Lave T. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-56.
52. Nelson B, Yuen HP, Wood SJ et al. Long-term follow-up of a group at ultra high risk (“prodromal”) for psychosis: the PACE 400 study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:793-802.
53. Andreasen NC. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: University of Iowa, 1983.
54. Samara MT, Engel RR, Millier A et al. Equipercntile linking of scales measuring functioning and symptoms: examining the GAF, SOFAS, CGI-S, and PANSS. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014;24:1767-72.
55. Sterne JAC, White IR, Carlin JB et al. Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ* 2009;338:b2393.
56. Marshall A, Altman DG, Holder RL et al. Combining estimates of interest in prognostic modelling studies after multiple imputation: current practice and guidelines. *BMC Med Res Methodol* 2009;9:57.
57. Rubin DB. Multiple imputation. In: van Buuren S (ed). *Flexible imputation of missing data*, 2nd ed. Boca Raton: Chapman and Hall/CRC, 2018:29-62.
58. Steyerberg EW, Harrell FE, Borsboom GJJM et al. Internal validation of predictive models: efficiency of some procedures for logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol* 2001;54:774-81.
59. Steyerberg EW, Vickers AJ, Cook NR et al. Assessing the performance of prediction models: a framework for traditional and novel measures. *Epidemiology* 2010;21:128-38.
60. Alba AC, Agoritsas T, Walsh M et al. Discrimination and calibration of clinical prediction models: users’ guides to the medical literature. *JAMA* 2017;318:1377-84.
61. Vickers AJ, van Calster B, Steyerberg EW. A simple, step-by-step guide to interpreting decision curve analysis. *Diagn Progn Res* 2019;3:18.
62. van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. mice: multivariate imputation by chained equations in R. *J Stat Softw* 2011;45:1-67.
63. Therneau TM, Grambsch PM. The Cox model. In: Therneau TM, Grambsch PM (eds). *Modeling survival data: extending the Cox model*. New York: Springer, 2000:39-77.
64. Therneau TM. A Package for survival analysis in R. <https://cran.r-project.org/package=survival>.
65. Harrell FE Jr. rms: regression modeling strategies. <https://cran.r-project.org/package=rms>.
66. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S et al. Heterogeneity of psychosis risk within individuals at clinical high risk: a meta-analytical stratification. *JAMA Psychiatry* 2016;73:113-20.
67. Mei C, van der Gaag M, Nelson B et al. Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: an updated and extended meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;86:102005.
68. Hartmann S, Cearns M, Pantelis C et al. Combining clinical with cognitive or magnetic resonance imaging data for predicting transition to psychosis in ultra high-risk patients: data from the PACE 400 cohort. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2024;9:417-28.
69. Dwyer D, Clark S, Amminger GP et al. Towards precision psychiatry for youth: the PRE-EMPT Centre of Research Excellence roadmap. <https://www.authorea.com>.
70. Abi-Dargham A, Moeller SJ, Ali F et al. Candidate biomarkers in psychiatric disorders: state of the field. *World Psychiatry* 2023;22:236-62.
71. Brady LS, Larrauri CA, AMP SCZ Steering Committee. Accelerating Medicines Partnership® Schizophrenia (AMP® SCZ): developing tools to enable early intervention in the psychosis high risk state. *World Psychiatry* 2023;22:42-3.
72. Chekroud AM, Hawrilenko M, Loh H et al. Illusory generalizability of clinical prediction models. *Science* 2024;383:164-7.
73. Tanner KT, Keogh RH, Coupland CAC et al. Dynamic updating of clinical survival prediction models in a changing environment. *Diagn Progn Res* 2023;7:24.
74. Davis SE, Lasko TA, Chen G et al. Calibration drift in regression and machine learning models for acute kidney injury. *J Am Med Informatics Assoc* 2017;24: 1052-61.
75. Jenkins DA, Martin GP, Sperrin M et al. Comparing predictive performance of time invariant and time variant clinical prediction models in cardiac surgery. *Stud Health Technol Inform* 2024;310:1026-30.
76. Toll DB, Janssen KJM, Vergouwe Y et al. Validation, updating and impact of clinical prediction rules: a review. *J Clin Epidemiol* 2008;61:1085-94.
77. McGorry PD, Mei C, Chanen A et al. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2022;21:61-76.
78. Formica MJC, Phillips LJ, Hartmann JA et al. Has improved treatment contributed to the declining rate of transition to psychosis in ultra-high-risk cohorts? *Schizophr Res* 2022;243:276-84.
79. Collins GS, Dhiman P, Ma J et al. Evaluation of clinical prediction models (part 1): from development to external validation. *BMJ* 2024;384:e074819.

DOI:10.1002/wps.21240

Прогнозирование результатов психотерапии при хронической депрессии на основе персонализированных симптоматических сетей

Lea Schumacher¹, Jan Philipp Klein², Martin Hautzinger³, Martin Härter¹, Elisabeth Schramm⁴, Levente Kriston¹

¹Department of Medical Psychology, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; ²Department of Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, University of Lübeck, Lübeck, Germany; ³Department of Psychology, Eberhard Karls University Tübingen, Tübingen, Germany; ⁴Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Center, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany.

Психотерапевтические методы демонстрируют умеренную эффективность в лечении депрессии. Предполагается, что персонализация лечения может привести к улучшению результатов. Сетевая теория психопатологии предлагает новый подход, согласно которому взаимодействие симптомов, отображаемое в персонализированных симптоматических сетях, может определять планирование лечения для конкретного пациента. В исследовании приняли участие 254 пациента с хронической депрессией, получавших специфическую или неспецифическую психотерапию в течение 48 недель. Изучалась прогностическая ценность персонализированных симптоматических сетей в отношении тяжести депрессии (по оценке наблюдателя) на момент окончания лечения, через год и через два года после завершения терапии. Персонализированные симптоматические сети были сформированы на основе многоуровневой векторной авторегрессионной модели с учетом временной динамики симптомов, оцениваемых пациентами. Для прогнозирования результатов терапии использовались статистические параметры, описывающие структуру этих персонализированных сетей. Во-первых, применялись показатели центральности симптомов в качестве предикторов. Во-вторых, использовался метод машинного обучения для отбора параметров, характеризующих силу попарных связей между симптомами. Результаты показали, что данные о персонализированных симптоматических сетях значительно повышают точность прогнозирования тяжести депрессии по оценке наблюдателя на момент завершения лечения по сравнению с обычными исходными ковариатами. Аналогичные результаты были получены при прогнозировании тяжести депрессии через год и два года после окончания терапии. Попарные связи между симптомами оказались более надежными предикторами тяжести депрессии на момент окончания терапии и через год, чем параметры центральности симптомов. Требуется репликация и внешняя валидация полученных результатов, методологические разработки и исследование возможных способов внедрения, прежде чем персонализированные сети можно будет надежно использовать в клинической практике. Тем не менее наши результаты указывают на то, что структура персонализированных симптоматических сетей может предоставить ценную информацию для персонализации лечения хронической депрессии.

Ключевые слова: сетевая теория, персонализация лечения, психотерапия, депрессия, прогнозирование исходов, машинное обучение, персонализированные симптоматические сети, попарные связи симптомов, показатели центральности симптомов

Lea Schumacher, Jan Philipp Klein, Martin Hautzinger, Martin Härter, Elisabeth Schramm, Levente Kriston. Predicting the outcome of psychotherapy for chronic depression by person-specific symptom networks. *World Psychiatry*. 2024;23(3):411-420

Для лечения депрессии доступны различные методы, включая фармакотерапию и психотерапию. Эти методы обычно оцениваются по их общей эффективности в выборках пациентов, при этом средний размер эффекта характеризуется как умеренный. Тем не менее значительное число пациентов не отвечает на существующие методы терапии.

Несмотря на то что имеющиеся данные свидетельствуют о снижении средней тяжести симптомов в группе в целом, такие групповые эффекты не могут быть непосредственно применены к отдельному пациенту. В рандомизированных контролируемых исследованиях часто не учитываются персональные различия в эффективности лечения и их причины. Это ограничивает информационную базу для клиницистов, стремящихся принимать научно обоснованные решения при лечении конкретных пациентов. В связи с этим исследования в области персонализированного лечения психических расстройств, также называемого «прецизионной психиатрией», приобретают все большую актуальность.

Сетевая теория психопатологии предлагает новый подход к персонализации лечения. Согласно этой теории, психические расстройства возникают и поддерживаются за счет причинно-следственных взаимодействий между симптомами. Предполагается, что возникновение одного симптома вызывает появление других симптомов, а взаимодействия между симптомами обуславливают устойчивость проблем с психическим здоровьем. С этой точки зрения, лечение должно быть направлено на факторы, вызывающие конкретные симптомы, на сами симптомы или на связи между ними.

Для индивидуального планирования лечения были предложены персонализированные симптоматические сети, отражающие связи между симптомами у конкретного человека. Согласно сетевой теории, такая сеть может указывать, на какие конкретные симптомы или связи между симптома-

ми следует направить лечение в первую очередь. Гипотеза центральности предполагает, что следует воздействовать на симптомы, занимающие наиболее центральное положение в сети, то есть имеющие наибольшее количество или наиболее сильные связи с другими симптомами, поскольку улучшение этих симптомов приведет к улучшению многих других симптомов. Кроме того, теория предполагает, что лечение должно ослаблять (сильные) связи между симптомами, чтобы возникновение одного симптома перестало вызывать другие симптомы.

На данный момент существует недостаточно эмпирических данных, подтверждающих гипотезу центральности и приоритетность сильных симптоматических связей. Проведенные исследования показали, что индексы центральности, основанные на кросс-секционных межличностных сетях, не могли точно предсказать изменение симптоматики, особенно в сравнении с традиционно используемыми несетевыми параметрами, такими как исходная тяжесть симптомов. Аналогично, связность исходных кросс-секционных сетей не прогнозировала ответ на лечение при учете дисперсии исходной тяжести симптомов.

Однако исследования кросс-секционных симптоматических сетей основаны на межиндивидуальной вариативности, то есть на том, как различные представители определенной популяции различаются по проявлению симптомов в конкретный момент времени. Они показывают, насколько вероятно, что индивиды в популяции, демонстрирующие определенный симптом в конкретный момент времени, также проявят другие симптомы в тот же момент. Таким образом, кросс-секционные сети отражают симптоматические связи в определенной группе. Это отличается от лонгитюдных симптоматических сетей, которые могут быть построены на основе повторных наблюдений за каждым индивидом. Эти сети основаны на внутрииндивидуальной вариативности во времени, то есть на том, как проявление симп-

томов меняется с течением времени у конкретного человека. Следовательно, лонгитюдные сети могут показать для конкретного человека, связано ли возникновение одного симптома с возникновением другого симптома в ближайший момент времени, и, таким образом, позволяют исследовать персонализированные симптоматические связи.

В целом лонгитюдные сети указывают на симптоматические связи, характерные для конкретного пациента, тогда как кросс-секционные сети показывают симптоматические связи для определенной группы. Утверждается, что результаты, полученные при кросс-секционном анализе групповых эффектов, нельзя непосредственно применять к отдельному человеку без принятия серьезных и зачастую нереалистичных допущений. Более того, считается, что лечение вызывает изменения в динамике симптомов у каждого конкретного человека. Поэтому лонгитюдные персонализированные сети с большей вероятностью содержат релевантную информацию для прогнозирования ответа на лечение, нежели кросс-секционные сети.

Первоначальные исследования лонгитюдных симптоматических сетей показали, что связанные с лечением гипотезы сетевой теории могли быть частично подтверждены эмпирическими данными. Более того, персонализированные сетевые параметры в сочетании с некоторыми ковариатами – исходным функциональным нарушением, полом, уровнем образования, особенностями личности и трудностями в соблюдении режима лечения – с заметной точностью прогнозировали преждевременное прекращение лечения расстройств настроения и тревожных расстройств.

Тем не менее лонгитюдные персонализированные симптоматические сети, построенные на основе повторных измерений, расходятся с собственным восприятием пациентами их симптоматических сетей, и методологические проблемы оценки лонгитюдных персонализированных сетей остались нерешенными. Кроме того, пока нет консенсуса относительно того, как выбирать мишени терапии на основе персонализированных симптоматических сетей. Основным препятствием является неопределенность в отношении того, какие из различных параметров, описывающих структуру персонализированной сети, следует выбирать для планирования лечения. Два наиболее часто рассматриваемых варианта – это информация о центральности симптомов и информация о попарных связях между симптомами.

Если параметры, описывающие структуру персонализированных симптоматических сетей до лечения или их изменение в ходе лечения прогнозируют результат терапии, это может служить дополнительным подтверждением ценности симптоматических сетей для планирования и мониторинга лечения. В данном исследовании мы стремились оценить, как структура лонгитюдных персонализированных симптоматических сетей до лечения и их изменение в ходе психотерапии (как специфической, так и неспецифической) связаны с результатами лечения пациентов с хронической депрессией.

МЕТОДЫ

Процедура исследования

В данном исследовании использовались данные крупного многоцентрового рандомизированного контролируемого исследования психотерапии хронической депрессии. Пациенты из восьми клинических центров Германии были рандомизированы в две группы для получения либо специфической (когнитивно-поведенческая система анализа психотерапии, КПСАП), либо неспецифической (поддерживающей) психотерапии в течение 48 недель. Тяжесть депрессии оценивалась на исходном уровне, при завершении лечения, а также через один и два года после окончания терапии с использованием 24-пунктовой версии шкалы депрессии Гамильтона (HRSD-24). Оценка проводилась опытными и подготовленными специалистами, использующими слепой метод. Дополнительно пациенты оценивали тяжесть своей депрессии на каждом сеансе с помощью 28-пунктового Опросника депрессивной симптоматики (IDS). В анализ были включены только те пункты IDS, которые соответ-

ствуют девяти симптомам депрессии по DSM-5, с последующей их дихотомизацией.

Исследование было одобрено этическими комитетами Университета Фрайбурга и всех участвующих центров, все участники предоставили письменное информированное согласие. Оригинальное исследование было предварительно зарегистрировано на портале clinicaltrials.gov (NCT00970437). Все анализы, проведенные в данном исследовании, были предварительно зарегистрированы на платформе Open Science Framework (см. дополнительную информацию).

Статистический анализ

Персонализированные симптоматические сети

Обзор анализа данных представлен на рисунке 1. Все персонализированные симптоматические сети основаны на построении одномерной многоуровневой модели для каждого симптома. Эта модель оценивает, связано ли наличие симптома на каждом терапевтическом сеансе с наличием этого же симптома и всех других симптомов на предыдущем сеансе. В данной модели временные связи между симптомами могут линейно изменяться в ходе лечения (усиливаться или ослабевать), причем эти изменения во времени могут различаться между группами терапии.

Многоуровневая модель включает случайные эффекты для каждого индивида относительно временных связей между симптомами и их изменений. Это означает, что помимо моделирования временных связей между симптомами и их изменений в ходе лечения на групповом уровне (то есть для «среднестатистического пациента»), модель также предоставляет так называемые оценки случайных эффектов. Эти оценки показывают, насколько сильно каждый конкретный пациент отличается от среднего показателя, и демонстрируют для каждого индивида, насколько сильно симптомы связаны друг с другом на исходном уровне и как эти связи меняются в процессе лечения.

Мы использовали оценки случайных эффектов для каждого индивида для построения персонализированных симптоматических сетей. Для каждого пациента мы рассчитали, насколько сильно все симптомы были связаны друг с другом на каждом сеансе, и объединили эту информацию в персонализированные симптоматические сети для данного сеанса. Эти сети показывают, как каждый симптом в определенный момент времени связан с самим собой и со всеми другими симптомами в следующий момент времени.

Панель В на рисунке 1 демонстрирует пример симптоматической сети отдельного пациента. В данном примере в начале лечения наличие проблем со сном прогнозировало наличие этого же симптома на следующем сеансе, что отражено стрелкой, направленной от этого симптома к нему же. Проблемы со сном также прогнозировали потерю удовольствия/интереса, изменение аппетита/веса, подавленное настроение, сниженную самооценку и утомляемость, что обозначено соответствующими стрелками. Связи данного симптома от сеанса к сеансу изменялись на протяжении лечения, что отражено в сети на момент завершения терапии.

Для описания персонализированных симптоматических сетей мы использовали показатели центральности симптомов и парные симптоматические связи.

В качестве меры центральности симптома мы использовали исходящую центральность (outstrength centrality), которая показывает, насколько связан симптом в данной сети. Мы рассчитали исходящую центральность каждого симптома путем суммирования абсолютной силы всех «исходящих» связей этого симптома со всеми другими симптомами в соответствующей персонализированной сети. В примере конкретного пациента на рисунке 1 центральность проблем со сном в начале лечения рассчитывается путем суммирования силы исходящих связей этого симптома с самим собой, потерей удовольствия/интереса, изменением аппетита/веса, подавленным настроением, сниженной самооценкой и утомляемостью (см. рисунок 1, панель С). Затем мы вычислили изменение исходящей центральности каждого симптома в ходе лечения.

Таблица 1. Обзор оцениваемых моделей

Потенциальные предикторы	Ковариационная модель	Базовая модель центральности симптомов	Модель изменения центральности симптомов	Базовая модель симпоматических связей	Модель изменения симпоматических связей
Общие ковариаты	x	x	x	x	x
Центральность всех симптомов до начала лечения		x	x	x	x
Изменение центральности всех симптомов в процессе лечения			x		x
Все парные симпоматические связи до начала лечения				x	x
Изменение всех парных симпоматических связей в процессе лечения					x
Количество (отобранных) предикторов	10	19	28	24 (Завершение лечения). 30 (Катамнез через один год после завершения лечения). 16 (Катамнез через два года после завершения лечения)	37 (Завершение лечения). 27 (Катамнез через один год после завершения лечения). 14 (Катамнез через два года после завершения лечения)

Общие ковариаты включали исходную тяжесть депрессии по оценке клинициста, группу лечения и исследовательский центр.

В качестве меры парных симпоматических связей мы использовали величину каждой симпоматической связи, присутствующей в сети (то есть силу каждой стрелки в сети). Парные симпоматические связи были рассчитаны для каждой возможной пары симптомов, начиная от связи «проблемы со сном → потеря удовольствия/интереса» до связи «проблемы с концентрацией → утомляемость» у пациента, представленного на рисунке 1, панель С. Для оценки изменения парных симпоматических связей мы использовали соответствующие оценки изменений из ранее описанной многоуровневой модели.

Прогнозирование тяжести депрессии по оценке наблюдателя

Центральность симптомов в сети и парные симпоматические связи использовались для прогнозирования результатов лечения (рисунок 1, панель С). Были оценены пять различных моделей с разными предикторами и статистическими подходами. Таблица 1 предоставляет обзор (более подробное описание см. в дополнительной информации).

Все прогностические модели оценивались относительно переменных исхода, представленных тяжестью депрессии по оценке наблюдателя, измеренной по шкале HRSD-24 в конце лечения, через один год и через два года после завершения терапии. Отсутствующие данные по оценке тяжести депрессии наблюдателем были восполнены с использованием алгоритма расширения данных.

Ковариационная модель включала только переменные, обычно используемые в качестве предикторов в рандомизированных контролируемых исследованиях, то есть исходную тяжесть депрессии по оценке наблюдателя (HRSD-24), группу лечения и исследовательский центр. Модель исходной центральности симптомов и модель изменения центральности симптомов добавляли параметры для каждого симптома в качестве прогностических переменных. Первая включала меру центральности (исходящую силу) всех симптомов на исходном уровне в дополнение к обычным ковариатам в качестве предикторов. Последняя также включала изменение исходящей силы каждого симптома в ходе лечения. Эти три модели были оценены с использованием байесовской иерархической линейной регрессии. Мы использовали методы выборки Марковских цепей Монте-Карло со слабо информативными априорными распределениями для оценки моделей.

Дополнительно мы использовали машинное обучение для исследования двух моделей, которые также включали информацию о парных симпоматических связях. Модель исходных симпоматических связей включала тяжесть депрессии по оценке наблюдателя на исходном уровне, группу лечения, исследовательский центр, исходящую силу всех симптомов на исходном уровне и силу всех симпоматических связей на исходном уровне как потенциальные предикторы. Модель изменения симпоматических связей также добавляла к набору потенциальных предикторов изменение исходящей силы всех симптомов в ходе лечения и скорость изменения всех симпоматических связей в ходе лечения. Мы использовали алгоритм эмпирической байесовской эластичной сети (Empirical Bayes Elastic Network, EBEN) для отбора наиболее важных предикторов из большого числа потенциальных предикторов для каждой модели. Параметры пенализации для EBEN были определены с использованием перекрестной проверки с исключением по одному. На основе отбора ненулевых предикторов алгоритмом EBEN мы провели анализ линейной регрессии с использованием методов выборки Марковских цепей Монте-Карло со слабо информативными априорными распределениями для отобранных предикторов и всех исходов (см. также дополнительную информацию).

Для оценки прогностической точности мы рассчитали байесовский коэффициент детерминации R^2 с поправкой на количество предикторов и размер выборки. Для каждой модели и каждого исхода были проанализированы калибровочные графики, сопоставляющие наблюдаемые и прогнозируемые значения. Для формального сравнения всех моделей мы использовали апостериорные распределения скорректированного R^2 для расчета вероятности превосходства одной модели над другой.

Был проведен ряд анализов чувствительности для оценки надежности полученных результатов. Во-первых, мы исследовали, улучшает ли включение исходной тяжести каждого конкретного симптома (вместо суммарного показателя всех симптомов) прогностическую точность ковариационной модели. Во-вторых, мы оценили эффект добавления двухфакторного взаимодействия между (изменением) центральности симптомов и группой лечения в модели центральности симптомов. В-третьих, мы рассчитали модели взаимосвязи симптомов, включая только ассоциации симптомов без их центральности в пуле потенциальных

Оценка многоуровневых моделей

Сбор данных

Начало лечения Завершение лечения

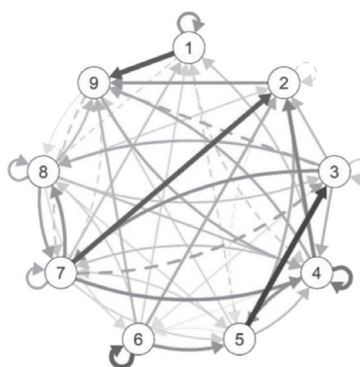
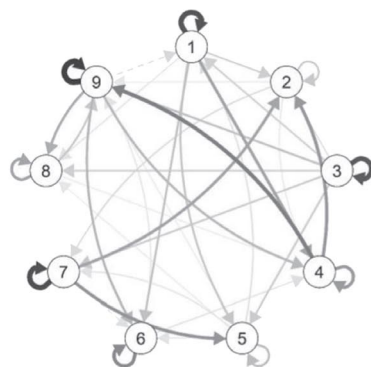


Оценка многоуровневой модели



Создание персонализированных симптоматических сетей

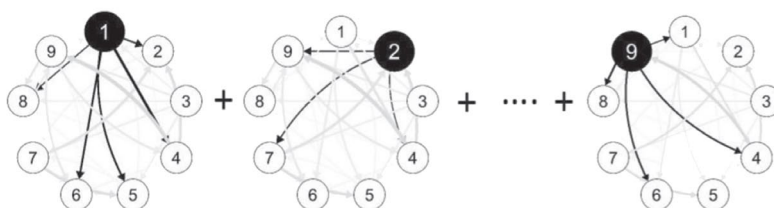
Завершение лечения



- 1.Нарушения сна
- 2.Утрата удовольствия/интереса (ангедония)
- 3.Психомоторные нарушения
- 4.Изменение аппетита/веса
- 5.Подавленное настроение
- 6.Сниженная самооценка
- 7.Суицидальные мысли
- 8.Утомляемость
- 9.Проблемы с концентрацией внимания

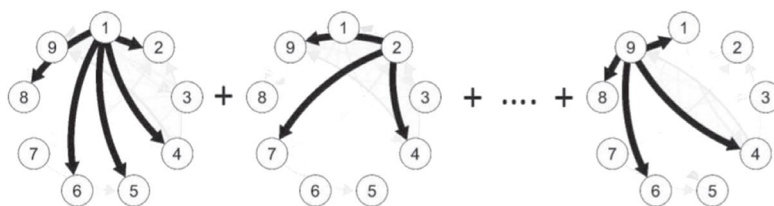
Прогнозирование тяжести депрессии

Центральность симптомов как предикторы



Исход:
Тяжесть депрессии при
завершении лечения
Катамнестическое
наблюдение через 1 и 2 года

Симптоматические связи как предикторы



Исход:
Тяжесть депрессии при
завершении лечения
Катамнестическое
наблюдение через 1 и 2 года

Рисунок 1. Обзор анализа данных. Как показано на панели А, сначала для каждого симптома была оценена многоуровневая модель. Как показано на панели В, были построены персонализированные сети (на сетевых диаграммах каждый круг представляет симптом; стрелка, направленная от симптома к самому себе, отображает влияние этой переменной на себя во времени; стрелка, направленная от одного симптома к другому, указывает на влияние одной переменной на другую во времени). Как показано на панели С, структура персонализированных сетей может быть описана с помощью информации о центральности симптомов и парных симптоматических связях. Оба параметра описания сети использовались для прогнозирования тяжести депрессии на момент окончания лечения, а также при катамнестическом наблюдении через один и два года

предикторов. В-четвертых, мы исследовали, влияет ли использование ожидаемого влияния вместо исходящей силы как меры центральности симптома на прогностическую эффективность моделей. Ожидаемое влияние представляет собой сумму абсолютных значений силы связей каждого симптома с другими симптомами. Наконец, мы повторили все основные анализы только для полных случаев, чтобы оценить влияние имплементации данных.

Все анализы были выполнены в R версии 4.2.0 с использованием пакетов brms и EBglmnet.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование было включено 254 пациента (65,4% женщин, средний возраст 44,9 года), которые в среднем оценивали свои депрессивные симптомы 23 раза в течение лечения (5842 точки данных). Данные по результирующему показателю (тяжесть депрессии по шкале HRSD-24, оцененная наблюдателем) были доступны для 254 человек на исходном уровне, для 228 человек в конце лечения, для 193 человек через год после окончания лече-

Таблица 2. Скорректированный R^2 оцениваемых моделей с 95% доверительными интервалами

	Ковариационная модель	Базовая модель центральности симптомов	Модель изменения центральности симптомов	Базовая модель симптоматических связей	Модель изменения симптоматических связей
Завершение лечения	0.11 (0.05, 0.19)	0.25 (0.17, 0.33)	0.36 (0.29, 0.43)	0.42 (0.34, 0.48)	0.56 (0.50, 0.61)
Катамнестическое наблюдение через 1 год	0.12 (0.06, 0.20)	0.24 (0.16, 0.32)	0.29 (0.21, 0.37)	0.45 (0.38, 0.51)	0.45 (0.38, 0.51)
Катамнестическое наблюдение через 2 года	0.10 (0.03, 0.17)	0.18 (0.09, 0.25)	0.20 (0.12, 0.28)	0.24 (0.16, 0.32)	0.22 (0.14, 0.29)

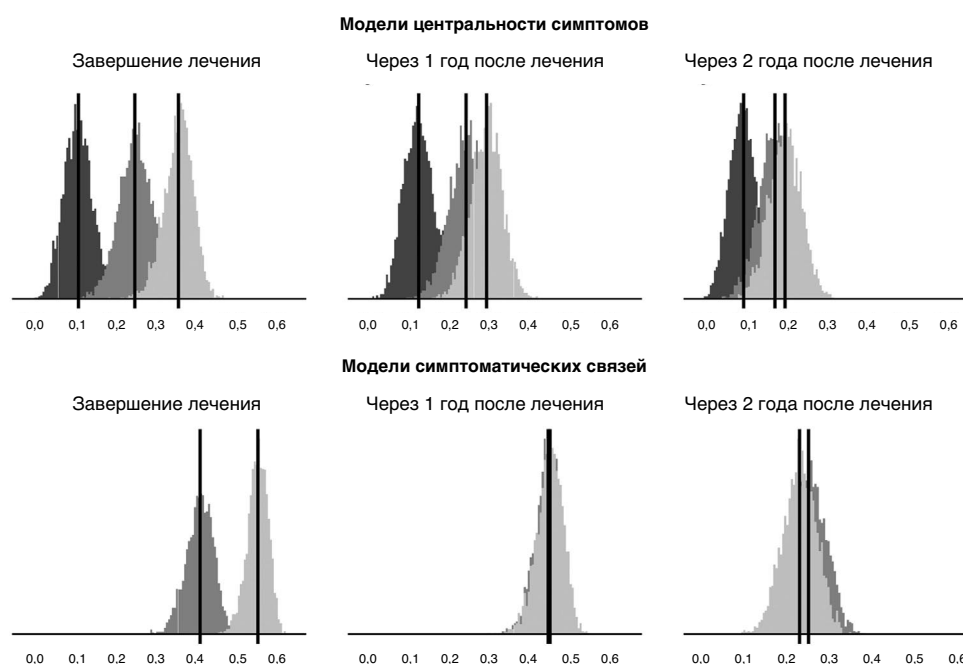


Рисунок 2. Апостериорное распределение скорректированного R^2 для каждой модели и каждого исхода. Темно-серым цветом показан скорректированный R^2 модели общих ковариат; серым цветом средней интенсивности – скорректированный R^2 моделей, включающих базовые параметры; светло-серым цветом – скорректированный R^2 моделей, также включающих параметры изменений. Вертикальные черные линии указывают на среднее значение соответствующего апостериорного распределения

ния и для 184 человек через два года после окончания лечения.

Объяснимая дисперсия для каждой модели, выраженная через байесовский R^2 с поправкой на количество предикторов, представлена для всех моделей в таблице 2 и на рисунке 2. Этот показатель демонстрирует, насколько межиндивидуальные различия в тяжести депрессии после лечения могут быть объяснены предикторными переменными каждой модели. Также мы рассчитали вероятность того, что данная модель объясняет больше дисперсии по сравнению с другой моделью.

В то время как общие ковариаты (исходная тяжесть депрессии, группа лечения и клинический центр) объясняли только 11% дисперсии тяжести депрессии после лечения, модель, включающая также центральность всех симптомов на исходном уровне, объясняла 25% дисперсии (см. таблицу 2 и рисунок 2). Эта модель центральности исходных симптомов объясняла больше дисперсии, чем ковариационная модель, с вероятностью 0,99.

Добавление изменения центральности каждого симптома в качестве предиктора увеличило объясненную дисперсию тяжести депрессии в конце лечения до 36% (см. таблицу 2 и рисунок 2). Эта модель изменения центральности симптомов имела более высокую объясненную дисперсию, чем ковариационная модель и модель исходной центральности симптомов, с вероятностью 1 и 0,98 соответственно.

Обе модели, использующие взаимосвязи симптомов в качестве входных данных, показали более высокую прогностическую точность. Взаимосвязи симптомов и общие ко-

вариаты на исходном уровне объясняли 42% тяжести депрессии при завершении лечения (см. таблицу 2 и рисунок 2). Эта модель взаимосвязи симптомов превосходила модель исходной центральности симптомов с вероятностью 1. Включение изменения попарных взаимосвязей симптомов во время лечения увеличило объяснимую дисперсию до 56% (см. таблицу 2 и рисунок 2). Эта модель изменения взаимосвязей симптомов имела очень высокую вероятность превосходства над любой из других моделей в прогнозировании тяжести депрессии в конце лечения (от 0,999 до 1).

Преимущество прогнозирования с использованием взаимосвязей симптомов по сравнению с общими ковариатами также наблюдалось для тяжести депрессии, измеренной через один и два года после окончания лечения, в то время как превосходство прогнозирования с использованием взаимосвязей симптомов по сравнению с центральностью симптомов было очевидно через год, но не через два года после окончания лечения (см. таблицу 2 и рисунок 2). Превосходство моделей, включающих также изменение центральности и взаимосвязей симптомов, по сравнению с моделями, включающими только центральность и взаимосвязи симптомов на исходном уровне, не выявлялось для тяжести депрессии через один и два года после окончания лечения (см. таблицу 2 и рисунок 2). Для объяснения дисперсии тяжести депрессии через два года после лечения все модели превосходили модель общих ковариат, без высоко вероятных различий между ними (см. дополнительную информацию). Анализ с нескорректированным R^2 вместо скорректиро-

Table 3 Results of sensitivity analyses

Виды анализа	Скорректированный R ² с 95% доверительными интервалами		
	Завершение лечения	Катамнестическое наблюдение через 1 год	Катамнестическое наблюдение через 2 года
1. Ковариационная модель, включающая исходную тяжесть каждого симптома	0.10 (0.02, 0.17)	0.10 (0.03, 0.18)	0.10 (0.03, 0.17)
2. Модели центральности симптомов, включающие взаимодействие между центральностью каждого симптома и группой лечения			
Базовая модель центральности симптомов	0.24 (0.16, 0.31)	0.23 (0.15, 0.31)	0.19 (0.11, 0.26)
Модель изменения центральности симптомов	0.36 (0.28, 0.42)	0.28 (0.20, 0.35)	0.21 (0.13, 0.28)
3. Модели симптоматических связей, включающие только симптоматические связи как возможные предикторы			
Базовая модель симптоматических связей	0.41 (0.34, 0.48)	0.53 (0.47, 0.58)	0.24 (0.15, 0.31)
Модель изменения симптоматических связей	0.53 (0.47, 0.58)	0.46 (0.39, 0.52)	0.25 (0.17, 0.32)
4. Все модели с ожидаемым влиянием в качестве меры центральности симптома			
Базовая модель центральности симптомов	0.23 (0.14, 0.30)	0.21 (0.13, 0.29)	0.18 (0.10, 0.26)
Модель изменения центральности симптомов	0.40 (0.32, 0.46)	0.27 (0.19, 0.35)	0.23 (0.14, 0.30)
Baseline symptom-association model	0.39 (0.31, 0.46)	0.45 (0.38, 0.51)	0.24 (0.16, 0.32)
Модель изменения симптоматических связей	0.53 (0.47, 0.58)	0.46 (0.39, 0.51)	0.25 (0.17, 0.33)
5. Все модели, оцененные на полных случаях (без пропущенных данных)			
Ковариационная модель	0.11 (0.04, 0.18)	0.13 (0.05, 0.22)	0.08 (0.01, 0.16)
Базовая модель центральности симптомов	0.26 (0.17, 0.34)	0.28 (0.19, 0.37)	0.21 (0.12, 0.30)
Модель изменения центральности симптомов	0.40 (0.33, 0.47)	0.34 (0.25, 0.42)	0.24 (0.14, 0.32)
Базовая модель симптоматических связей	0.44 (0.37, 0.50)	0.47 (0.38, 0.53)	0.26 (0.17, 0.35)
Модель изменения симптоматических связей	0.61 (0.55, 0.65)	0.43 (0.35, 0.50)	0.34 (0.24, 0.42)

ванного R² показали аналогичную картину результатов, с несколько более высокими значениями R² для всех моделей (см. дополнительную информацию).

Прогностическая точность и превосходство моделей взаимосвязи симптомов также отражены в калибровочных графиках, сопоставляющих наблюдаемые и прогнозируемые значения тяжести депрессии для каждого временного периода и каждой модели (см. рисунок 3). Калибровочные графики показывают наиболее слабое соответствие между прогнозируемыми и наблюдаемыми значениями тяжести депрессии в конце лечения для модели общих ковариат и наиболее сильное соответствие для моделей взаимосвязи симптомов. Эта закономерность воспроизводится для тяжести депрессии через год после окончания лечения, тогда как для прогнозирования тяжести депрессии через два года после окончания лечения модели демонстрируют примерно одинаковую эффективность (см. рисунок 3).

Все анализы чувствительности подтвердили надежность полученных результатов (см. таблицу 3). Во-первых, включение тяжести каждого отдельного симптома в начале лечения вместо суммарной исходной тяжести симптомов лишь незначительно улучшило эффективность модели общих ковариат. Во-вторых, добавление компонента взаимодействия между группой лечения и параметрами сети в модели центральности симптомов существенно не улучшило их прогностическую эффективность. В-третьих, модели взаимосвязи симптомов, включавшие только взаимосвязи симптомов как потенциальные предикторы, показали сопоставимую эффективность с моделями взаимосвязи симптомов, которые также включали исходную силу симптомов. В-четвертых, результаты существенно не изменились при

использовании ожидаемого влияния (т.е. суммы абсолютных значений силы связей каждого симптома с другими симптомами) вместо исходящей силы для измерения центральности каждого симптома. Наконец, анализы чувствительности с полными случаями показали очень схожие результаты (см. таблицу 3 и дополнительную информацию).

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном исследовании мы оценили наличие и характер связи между структурой персонализированных симптоматических сетей, построенных на основе самооценки депрессивных симптомов, и результатами лечения, измеренными через оценку тяжести депрессии клиницистом в трех временных точках после терапии. Мы исследовали модели, включающие информацию о центральности симптомов (т.е. исходящую силу каждого симптома), и модели, основанные на информации о взаимосвязях симптомов (т.е. на величине каждой попарной связи между симптомами).

Мы обнаружили, что информация о структуре персонализированной симптоматической сети значительно улучшила точность прогнозирования тяжести депрессии после лечения по сравнению с общими ковариатами, зафиксированными на исходном уровне. Это улучшение также было заметно при прогнозировании тяжести депрессии через один и два года после окончания лечения. Модели, включающие изменения в центральности симптомов или их взаимосвязях, превосходили модели, включающие только исходную центральность симптомов и/или их взаимосвязи, в прогнозировании тяжести депрессии при завершении лечения.

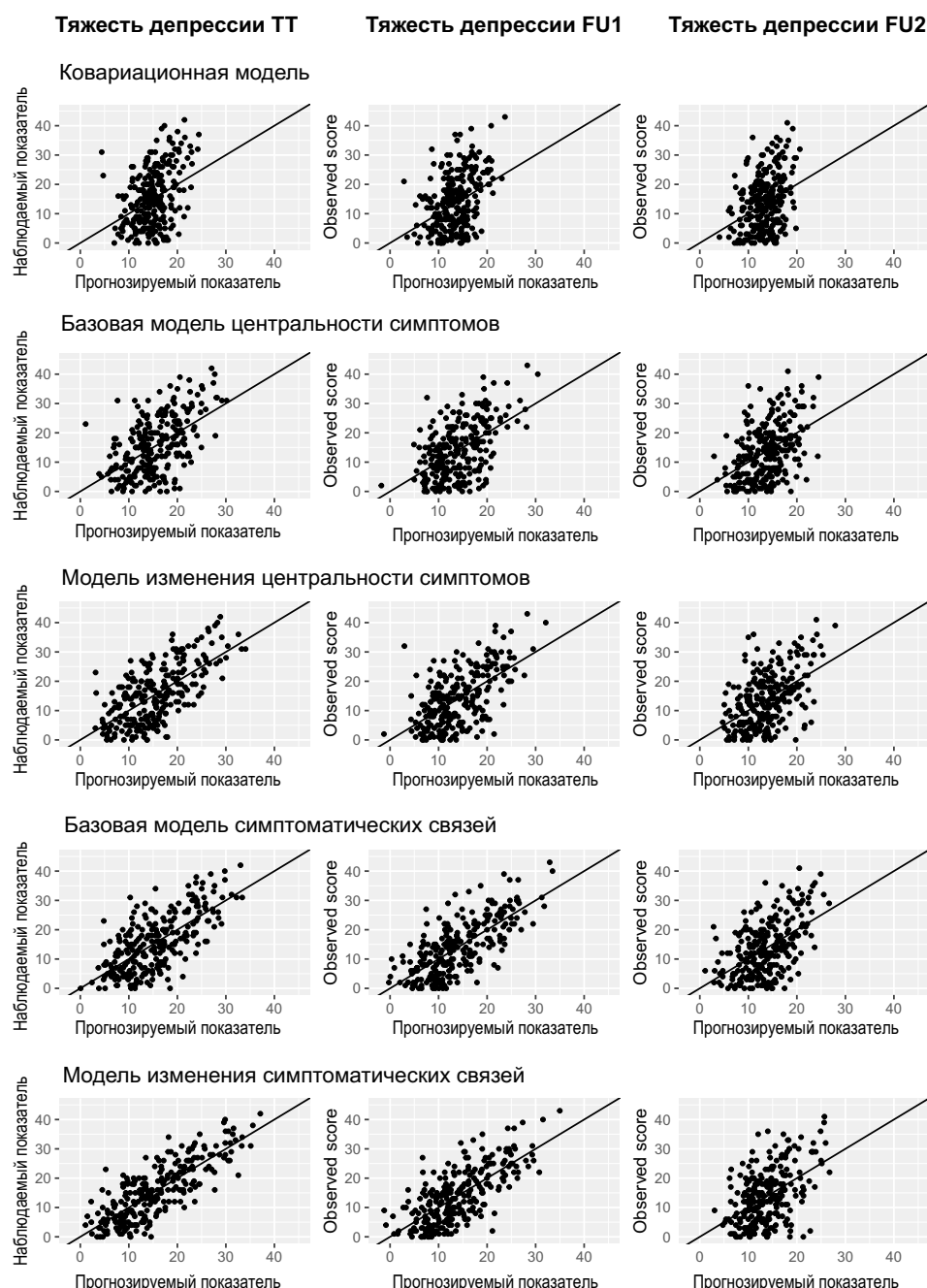


Рисунок 3. Графики калибровки для прогнозирования тяжести депрессии по оценке наблюдателя. ТТ – завершение лечения, FU1 – катамнез через один год после завершения лечения, FU2 – катамнез через два года после завершения лечения. Каждая точка на каждом графике соответствует показателю тяжести депрессии (измеренному по 24-пунктной шкале Гамильтона для оценки депрессии) конкретного пациента. Значение по оси X для каждой точки указывает на прогнозируемый показатель для данного пациента на основе соответствующей модели. Значение по оси Y указывает на фактически наблюдаемый показатель для данного пациента. Сплошная линия обозначает идеальный прогноз, т.е. полное совпадение прогнозируемых и наблюдаемых показателей тяжести депрессии. Точки выше сплошной линии отмечают пациентов, у которых наблюдаемые значения выше прогнозируемых (недооценка), в то время как точки ниже линии означают, что наблюдаемые значения ниже расчетных значений (переоценка). Точки на линии или очень близко к ней указывают на точные прогнозы с использованием соответствующей модели

Более того, мы обнаружили, что модели, включающие попарные взаимосвязи симптомов, прогнозировали тяжесть депрессии в конце лечения и через год после его завершения существенно лучше, чем модели, учитывающие центральность каждого симптома. Однако через два года после окончания лечения эта разница оказалась незначительной. Дополнительные анализы также подтвердили превосходство прогнозирования результатов лечения на основе взаимосвязей симптомов по сравнению с параметрами центральности.

Помимо общих ковариат, рассмотренных в данном исследовании, в ряде предыдущих работ изучались другие возможные прогностические переменные, такие как количество и продолжительность депрессивных эпизодов, подти-

пы депрессии, личностные черты, возраст и трудовой статус. В целом доля объясненной дисперсии для переменных, измеренных до начала лечения, варьировала от 5 до 20%, иногда достигая 40% при использовании данных, собранных в процессе лечения. В нашем исследовании мы использовали только повторные измерения индивидуальных симптомов, но при этом получили сопоставимую или более высокую прогностическую эффективность, чем модели, основанные на вышеупомянутых переменных.

При использовании индивидуальных симптоматических сетей для планирования и мониторинга лечения важно определить, какую именно информацию о сети следует считать приоритетной. Клиницисты могут сосредоточиться либо на отдельных симптомах, либо на конкретных взаи-

мозвях между симптомами. Данное исследование показывает, что внимание к конкретным попарным взаимосвязям симптомов может быть более полезным, чем фокус на показателях центральности симптомов, то есть исходящей силе каждого симптома.

До настоящего времени рекомендации по лечению и его оценка в основном опирались на наличие или тяжесть конкретного расстройства. Однако предыдущие исследования показали, что у пациентов с одинаковой тяжестью депрессии наблюдались заметные различия в характере взаимосвязей между симптомами. В совокупности с нашими результатами это указывает на то, что оценка и мониторинг взаимосвязей симптомов, в дополнение к оценке их тяжести, предоставляет дополнительную информацию, значимую для индивидуализированного планирования лечения.

При подтверждении текущих результатов исследования и получении дополнительных данных о значимых симптоматических взаимосвязях для конкретных групп пациентов или отдельных лиц, персонализированные сети могут открыть новые перспективы в клинической практике. На начальном этапе лечения врачи могли бы собирать данные о симптомах пациента и подвергать их сетевому анализу. Затем сеть можно было бы исследовать для определения наличия у конкретного пациента парных симптоматических взаимосвязей, которые, как известно, прогнозируют исход лечения. Например, если у пациента обнаруживается сильная связь между нарушением сна и ангедонией, лечение может быть направлено на ослабление этой связи путем обучения стратегиям вовлечения в приятную деятельность даже при наличии нарушений сна. По сути, это было бы усовершенствованной версией классического функционального анализа.

Более того, персонализированные сети могут выявлять паттерны взаимодействия между поведением, эмоциями, когнитивными и соматическими проявлениями, поддерживающими психическое расстройство. Например, индивидуальная симптоматическая сеть может показать, что низкая самооценка пациента приводит к избегающему поведению, которое, в свою очередь, ведет к утрате способности испытывать удовольствие и подавленному настроению, что впоследствии еще больше снижает самооценку. В таком случае лечение может быть персонализировано для разрыва подобных порочных кругов самоподдерживающихся симптомов. Таким образом, персонализированные симптоматические сети могут помочь выявить дезадаптивные симптоматические связи и потенциально обеспечить понимание механизмов самоподдержания психического расстройства у конкретного человека, что позволит разработать индивидуализированное лечение.

Основной проблемой для применения персонализированных сетей в клинической практике является их надежная оценка. Эти сети могут быть достоверно оценены только при наличии большого количества повторных измерений для каждого индивида. Альтернативно, байесовское сетевое моделирование может обеспечить надежную оценку персонализированных сетей с меньшим количеством точек данных на человека за счет включения предварительной информации. Такая информация может основываться на том, как взаимодействие симптомов воспринимается клиницистом или пациентом, либо происходить из масштабных групповых исследований внутриличностных симптоматических взаимодействий.

Для внедрения сетевого анализа в клиническую практику оптимальным решением был бы комплексный инструмент поддержки принятия решений, включающий: а) в значительной степени автоматизированный сбор данных до и во время лечения с помощью удобных приложений, обеспечивающих конфиденциальность; б) автоматизированный и постоянно обновляемый анализ данных, формально объединяющий собранные данные с данными схожих пациентов и условий; в) наглядное представление результатов визуально (например, сетевые диаграммы) и численно (например, вероятности) с сопутствующими интерпретациями и рекомендациями по лечению. Такие инструменты планирования и мониторинга лечения, основанные на данных, найдутся в процессе разработки.

Представленные результаты следует рассматривать с учетом ряда ограничений. Прежде всего, данное исследование носит поисковый характер. Следовательно, наши результаты нуждаются в воспроизведении. Это особенно актуально, поскольку ограниченный размер выборки не позволил провести перекрестную валидацию модели. Мы попытались решить эту проблему путем количественной оценки неопределенности с помощью байесовского анализа и корректировки R^2 с учетом количества предикторов, однако риск переобучения сохраняется. Во-вторых, персонализированные сети оценивались на основе данных всех временных точек в ходе лечения. Поэтому мы использовали другую меру тяжести депрессии в качестве исхода (шкала HRSD-24, заполняемая наблюдателем) по сравнению с мерой депрессии, использованной для создания базовой модели симптоматических сетей (самооценочная шкала IDS), а также исследовали исходы через один и два года после завершения лечения. Наконец, текущие результаты были получены на выборке людей с хронической депрессией, проходящих психотерапию, поэтому будущие исследования должны показать, насколько эти выводы применимы к другим выборкам или условиям.

В целом, мы смогли показать, что персонализированные сети предоставляют ценную информацию, которая может быть использована для персонализированного планирования, мониторинга и оценки лечения лиц с хронической депрессией. Остается еще множество открытых вопросов, таких как методы оценки или построения персонализированных сетей, или выбор конкретных сетевых параметров. Тем не менее наши результаты свидетельствуют о том, что индивидуализация лечения депрессии на основе симптоматических сетей может быть перспективным направлением, а методы машинного обучения могут стать мощным инструментом в этом отношении.

Наши результаты подчеркивают важность симптоматических взаимосвязей и поддерживают представление о депрессии как о динамической системе взаимодействующих симптомов. Понимание того, что работает для конкретного пациента, является важнейшим вопросом на протяжении десятилетий, и рассмотрение этого вопроса с сетевой перспективой может открыть новые возможности для улучшения эффективности лечения на индивидуальном уровне.

БЛАГОДАРНОСТИ

Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу https://osf.io/eqbzt/?view_only=146fb7b7665c486da895654017e65deb.

Перевод: Темирсултанова Деши Абдулазисовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Литература

1. 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.
2. Lambert MJ. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Hoboken: Wiley, 2013.
3. 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.
4. Barlow DH, Nock MK. Why can't we be more idiographic in our research? *Perspect Psychol Sci* 2009;4:19-21.
5. Piccirillo ML, Rodebaugh TL. Foundations of idiographic methods in psychology and applications for psychotherapy. *Clin Psychol Rev* 2019;71:90-100.
6. Bickman L. Improving mental health services: a 50-year journey from randomized experiments to artificial intelligence and precision mental health. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res* 2020;47:795-843.
7. 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.

8. 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.
9. Molenaar PCM. A manifesto on psychology as idiographic science: bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Meas Interdiscip Res Perspect* 2004;2:201-18.
10. Delgadillo J, Lutz W. A development pathway towards precision mental health care. *JAMA Psychiatry* 2020;77:889-90.
11. Lutz W. Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychother Res* 2002;12:251-72.
12. Lutz W, de Jong K, Rubel JA et al. Measuring, predicting, and tracking change in psychotherapy. In: Barkham M, Lutz W, Castonguay LG (eds). *Bergin handbook of psychotherapy and behavior change*, 7th ed. Hoboken: Wiley, 2021:89-133.
13. Borsboom D, Cramer AOJ. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:91-121.
14. Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017;16:5-13.
15. Bringmann LF. Person-specific networks in psychopathology: past, present, and future. *Curr Opin Psychol* 2021;41:59-64.
16. Rubel JA, Fisher AJ, Husen K et al. Translating person-specific network models into personalized treatments: development and demonstration of the Dynamic Assessment Treatment Algorithm for Individual Networks (DATA-IN). *Psychother Psychosom* 2018;87:249-51.
17. Blanchard MA, Heeren A. Ongoing and future challenges of the network approach to psychopathology: from theoretical conjectures to clinical translations. In: Asmundson GJG (ed). *Comprehensive clinical psychology*, 2nd ed. Amsterdam: Elsevier, 2022:32-46.
18. Spiller TR, Levi O, Neria Y et al. On the validity of the centrality hypothesis in cross-sectional between-subject networks of psychopathology. *BMC Med* 2020;18:297.
19. Rodebaugh TL, Tonge NA, Piccirillo ML et al. Does centrality in a cross-sectional network suggest intervention targets for social anxiety disorder? *J Consult Clin Psychol* 2018;86:831.
20. Lee CT, Kelley SW, Palacios J et al. Estimating the prognostic value of cross-sectional network connectivity for treatment response in depression. *Psychol Med* 2024;54:317-26.
21. Borsboom D, Deserno MK, Rhemtulla M et al. Network analysis of multivariate data in psychological science. *Nat Rev Methods Primer* 2021;1:1-18.
22. Epskamp S, Waldorp LJ, Möttus R et al. The Gaussian graphical model in cross-sectional and time-series data. *Multivar Behav Res* 2018;53:453-80.
23. Fisher AJ, Reeves JW, Lawyer G et al. Exploring the idiographic dynamics of mood and anxiety via network analysis. *J Abnorm Psychol* 2017;126:1044-56.
24. Bos FM, Snippe E, de Vos S et al. Can we jump from cross-sectional to dynamic interpretations of networks? Implications for the network perspective in psychiatry. *Psychother Psychosom* 2017;86:175-7.
25. Schumacher L, Burger J, Echterhoff J et al. Methodological and statistical practices of using symptom networks to evaluate mental health interventions: a review and reflections. *Multivar Behav Res* 2024; doi:10.1080/00273171.2024.2335401.
26. Schumacher L, Klein JP, Elsaesser M et al. Implications of the network theory for the treatment of mental disorders: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2023;80:1160-8.
27. Lutz W, Schwartz B, Hofmann SG et al. Using network analysis for the prediction of treatment dropout in patients with mood and anxiety disorders: a methodological proof-of-concept study. *Sci Rep* 2018;8:7819.
28. Frumkin M, Piccirillo M, Beck ED et al. Feasibility and utility of idiographic models in the clinic: a pilot study. *PsyArXiv* 2019; doi:10.31234/osf.io/m34aw.
29. Bastiaansen JA, Kunkels YK, Blaauw FJ et al. Time to get personal? The impact of researchers' choices on the selection of treatment targets using the experience sampling methodology. *J Psychosom Res* 2020;137:110211.
30. Schramm E, Hautzinger M, Zobel I et al. Comparative efficacy of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus supportive psychotherapy for early onset chronic depression: design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011;11:134.
31. Schramm E, Kriston L, Zobel I et al. Effect of disorder-specific vs nonspecific psychotherapy for chronic depression: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2017;74:233-42.
32. Schramm E, Kriston L, Elsaesser M et al. Two-year follow-up after treatment with the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus supportive psychotherapy for early-onset chronic depression. *Psychother Psychosom* 2019;88:154-64.
33. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-96.
34. Rush AJ, Carmody T, Reimitt PE. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *Int J Methods Psychiatr Res* 2000;9:45-59.
35. Schafer JL. *Analysis of incomplete multivariate data*. Boca Raton: Chapman and Hall/CRC, 1997.
36. Huang A, Liu D. EBglmnet: a comprehensive R package for sparse generalized linear regression models. *Bioinformatics* 2021;37:1627-9.
37. Miles J. R-squared, adjusted R-squared. In: Everitt BS, Howell DC (eds). *Encyclopedia of statistics in behavioral science*. Hoboken: Wiley, 2005. <https://doi.org/10.1002/0470013192.bsa526>.
38. Bürkner PC. brms: an R package for Bayesian multilevel models using Stan. *J Stat Softw* 2017;80:1-28.
39. Rost N, Binder EB, Brückl TM. Predicting treatment outcome in depression: an introduction into current concepts and challenges. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2023;273:113-27.
40. Kessler RC, van Loo HM, Wardenaar KJ et al. Using patient self-reports to study heterogeneity of treatment effects in major depressive disorder. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26:22-36.
41. Lee Y, Ragguett RM, Mansur RB et al. Applications of machine learning algorithms to predict therapeutic outcomes in depression: a meta-analysis and systematic review. *J Affect Disord* 2018;241:519-32.
42. De Carlo V, Calati R, Serretti A. Socio-demographic and clinical predictors of non-response/non-remission in treatment resistant depressed patients: a systematic review. *Psychiatry Res* 2016;240:421-30.
43. 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;19:269-73.
44. Iniesta R, Malki K, Maier W et al. Combining clinical variables to optimize prediction of antidepressant treatment outcomes. *J Psychiatr Res* 2016;78:94-102.
45. Schindler A, Hiller W, Witthöft M. What predicts outcome, response, and dropout in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behav Cogn Psychother* 2013;41:365-70.
46. Coley RY, Boggs JM, Beck A et al. Predicting outcomes of psychotherapy for depression with electronic health record data. *J Affect Disord Rep* 2021;6:100198.
47. Iniesta R, Hodgson K, Stahl D et al. Antidepressant drug-specific prediction of depression treatment outcomes from genetic and clinical variables. *Sci Rep* 2018;8:5530.
48. Buckman JEJ, Cohen ZD, O'Driscoll C et al. Predicting prognosis for adults with depression using individual symptom data: a comparison of modelling approaches. *Psychol Med* 2023;53:408-18.
49. Bone C, Simmonds-Buckley M, Thwaites R et al. Dynamic prediction of psychological treatment outcomes: development and validation of a prediction model using routinely collected symptom data. *Lancet Digit Health* 2021;3:e231-40.
50. Bringmann LF, Albers C, Bockting C et al. Psychopathological networks: theory, methods and practice. *Behav Res Ther* 2022;149:104011.
51. Ebrahimi OV, Borsboom D, Hoekstra RHA et al. Towards precision in the diagnostic profiling of patients: leveraging symptom dynamics as a clinical characterisation dimension in the assessment of major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2024;224:157-63.
52. Scholten S, Lischetzke T, Glombiewski JA. Integrating theory-based and data-driven methods to case conceptualization: a functional analysis approach with ecological momentary assessment. *Psychother Res* 2022;32:52-64.
53. Rodebaugh TL, Frumkin MR, Piccirillo ML. The long road from person-specific models to personalized mental health treatment. *BMC Med* 2020;18:365.

54. Bos FM, von Klipstein L, Emerencia AC et al. A web-based application for personalized ecological momentary assessment in psychiatric care: user-centered development of the PETRA application. *JMIR Ment Health* 2022;9:e36430.
55. Mansueto AC, Wiers RW, van Weert JCM et al. Investigating the feasibility of idiographic network models. *Psychol Methods* 2023;28:1052-68.
56. Klintwall L, Bellander M, Cervin M. Perceived causal problem networks: reliability, central problems, and clinical utility for depression. *Assessment* 2023;30:73-83.
57. Burger J, Ralph-Nearman C, Levinson CA. Integrating clinician and patient case conceptualization with momentary assessment data to construct idiographic networks: moving toward personalized treatment for eating disorders. *Behav Res Ther* 2022;159:104221.
58. Burger J, Epskamp S, van der Veen DC et al. A clinical PREMISE for personalized models: toward a formal integration of case formulations and statistical networks. *J Psychopathol Clin Sci* 2022;131:906-16.
59. Lutz W, Rubel JA, Schwartz B et al. Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behav Res Ther* 2019;120:103438.
60. Lutz W, Rubel J, Deisenhofer AK et al. Continuous outcome measurement in modern data-informed psychotherapies. *World Psychiatry* 2022;21:215-6.

DOI:10.1002/wps.21241

Взаимосвязь между соматическими заболеваниями и развитием психических расстройств: лонгитюдное исследование в популяционной когорте

Natalie C. Momen¹, Søren Dinesen Østergaard^{2,3}, Uffe Heide-Jorgensen¹, Henrik Toft Sørensen¹, John J. McGrath^{4,6}, Oleguer Plana-Ripoll^{1,4}

¹Department of Clinical Epidemiology, Aarhus University and Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark; ²Department of Affective Disorders, Aarhus University Hospital Psychiatry, Aarhus, Denmark; ³Department of Clinical Medicine, Aarhus University, Aarhus, Denmark; ⁴National Centre for Register-based Research, Aarhus University, Aarhus, Denmark; ⁵Queensland Brain Institute, University of Queensland, St. Lucia, QLD, Australia; ⁶Queensland Centre for Mental Health Research, Park Centre for Mental Health, Wacol, QLD, Australia.

У лиц с соматическими заболеваниями отмечается повышенный риск развития психических расстройств. Однако предыдущие исследования рассматривали лишь отдельные пары заболеваний или ограничивались анализом относительных рисков. Целью данного исследования было системное изучение взаимосвязи между соматическими заболеваниями и развитием психических расстройств. Исследование охватило популяционную когорту из 7 673 978 жителей Дании в период с 2000 по 2021 год с общим периодом наблюдения 119,3 миллиона человеко-лет. Были проанализированы девять основных категорий соматических заболеваний (сердечно-сосудистые, эндокринные, респираторные, желудочно-кишечные, урогенитальные, костно-мышечные, гематологические и неврологические заболевания, а также онкологические патологии), включающих 31 конкретную нозологию, и последующий риск развития психических расстройств по десяти группам МКБ-10 (органические, включая симптоматические, психические расстройства; психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ; шизофрения и родственные расстройства; аффективные расстройства; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства пищевого поведения; расстройства личности; умственная отсталость; общие расстройства психологического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте). С помощью пуассоновской регрессии были рассчитаны общие и зависящие от времени коэффициенты заболеваемости (КЗ) для пар соматических заболеваний и психических расстройств с поправкой на возраст, пол и календарное время. Абсолютные риски оценивались с помощью метода Аалена – Йохансена. В общей сложности у 646 171 человека (8,4%) было выявлено какое-либо психическое расстройство в период наблюдения. Все соматические заболевания, за исключением онкологических, были связаны с повышенным риском развития психических расстройств. Для девяти основных пар соматических заболеваний и психических расстройств медианная точечная оценка КЗ составила 1,51 (диапазон: 0,99–1,84; межквартильный размах: 1,29–1,59). КЗ варьировал от 0,99 (95% ДИ: 0,98–1,01) после онкологических заболеваний до 1,84 (95% ДИ: 1,83–1,85) после костно-мышечных заболеваний. Риски менялись с течением времени после постановки диагноза соматического заболевания. Кумулятивная заболеваемость психическими расстройствами в течение 15 лет после диагностики соматического заболевания варьировала от 3,73% (95% ДИ: 3,67–3,80) для онкологических заболеваний до 10,19% (95% ДИ: 10,13–10,25) для респираторных заболеваний. Эти данные документально подтверждают, что большинство соматических заболеваний связаны с повышенным риском развития психических расстройств. Врачи, лечащие соматические заболевания, должны проявлять бдительность в отношении возможного развития вторичных психических расстройств.

Ключевые слова: соматические заболевания, психические расстройства, коморбидность, популяционная когорта, абсолютный риск, частота заболеваемости, респираторные заболевания, костно-мышечные заболевания, онкологические заболевания

Natalie C. Momen, Søren Dinesen Østergaard, Uffe Heide-Jorgensen, Henrik Toft Sørensen, John J. McGrath, Oleguer Plana-Ripoll. Associations between physical diseases and subsequent mental disorders: a longitudinal study in a population-based cohort. *World Psychiatry*. 2024;23(3):421–431

У пациентов с различными соматическими заболеваниями, включая сердечно-сосудистые, эндокринные, респираторные и неврологические заболевания, а также онкологические патологии, отмечается более высокий риск развития психических расстройств по сравнению с людьми без этих заболеваний. У лиц с сочетанием соматических заболеваний и психических расстройств наблюдается более низкое качество жизни и меньшая продолжительность жизни по сравнению с теми, у кого имеются только соматические заболевания или только психические расстройства.

Изучение закономерностей связи между соматическими заболеваниями и развитием психических расстройств позволяет выявлять группы повышенного риска. Однако большинство исследований до настоящего времени фокусировались на отдельных соматических заболеваниях или психических расстройствах. Такой узкий подход может не выявить общие закономерности и этиологические связи. Более того, хотя некоторые исследования рассматривали связь между группами психических расстройств и соматическими заболеваниями в течение жизни, лишь немногие из них учитывали временную последовательность возникновения исследуемых расстройств.

Кросс-секционные исследования часто опираются на самоотчеты пациентов и, из-за проблем с возможной систематической ошибкой искажения воспоминаний, могут недооценивать прошлые расстройства. Кроме того, поскольку участники должны быть живы для участия в опросах, исследования, основанные на опросах, вероятно, недооценивают количество людей с потенциально смертельными состояниями (особенно наиболее тяжелыми). Такая «систематическая ошибка выживаемости» может привести к за-

ниженной оценке связей между соматическими заболеваниями и психическими расстройствами.

Более того, исследования редко учитывали риски, связанные с множественными соматическими заболеваниями, и, как правило, фокусировались на относительных рисках, не сообщая о рисках в абсолютных величинах, которые предоставляют информацию о фактическом количестве людей с заболеваниями. Таким образом, необходимы дальнейшие исследования для более комплексной оценки связи между широким спектром соматических заболеваний и развитием психических расстройств.

Использование данных датских регистров позволяет решить вышеуказанные проблемы. Анализ рутинно собираемых данных здравоохранения, охватывающих все население и содержащих даты постановки диагнозов, дает лучшую возможность для выявления связи между соматическими заболеваниями и психическими расстройствами, в том числе с учетом направления этой связи, снижая риск систематической ошибки отбора или искажения воспоминаний.

В нашем предыдущем исследовании мы документально подтвердили, что психические расстройства связаны с повышенным риском развития многих соматических заболеваний. Однако мы не рассматривали обратные связи. Хотя предыдущие данные указывают на возможное наличие связей в противоположном направлении, только исследование, рассматривающее несколько пар соматических заболеваний и психических расстройств, может дать комплексную картину.

Мы использовали данные общенациональных датских регистров для получения упорядоченных во времени, специфичных для возраста и пола парных оценок рисков широ-

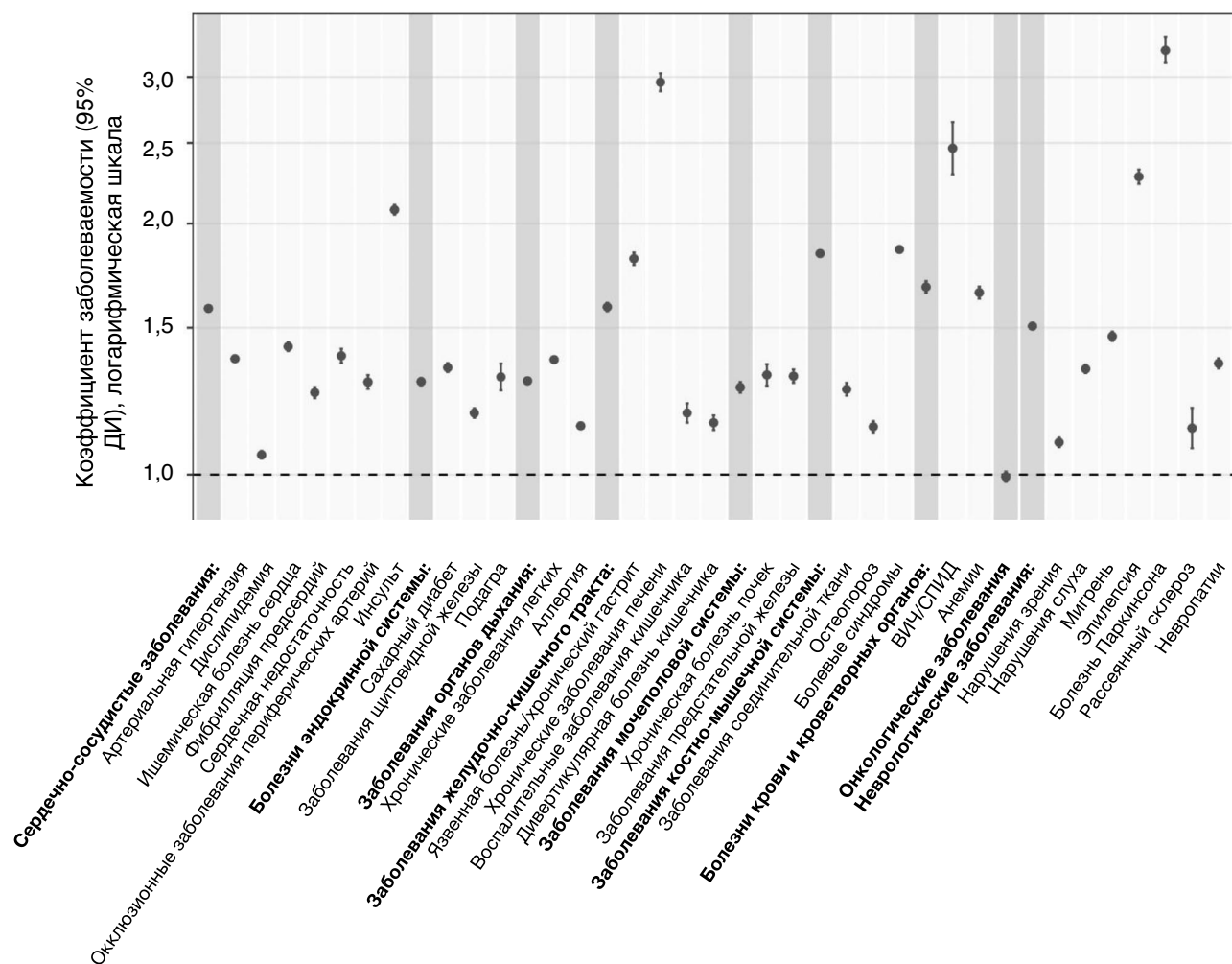


Рисунок 1. Коэффициенты заболеваемости психическими расстройствами после диагностики соматического заболевания

Таблица 1. Исходные характеристики исследуемой популяции	
Пол, N (%)	
Мужчины	3,838,695 (50.0)
Женщины	3,835,283 (50.0)
Год рождения, N (%)	
<1900	484 (<0.1)
1900-1909	30,102 (0.4)
1910-1919	178,562 (2.3)
1920-1929	364,596 (4.8)
1930-1939	483,548 (6.3)
1940-1949	749,288 (9.8)
1950-1959	768,167 (10.0)
1960-1969	887,277 (11.6)
1970-1979	879,585 (11.5)
1980-1989	891,834 (11.6)
1990-1999	940,511 (12.3)
2000-2009	732,669 (9.5)
2010-2021	767,355 (10.0)
Возраст на момент начала наблюдения, лет, медиана (МКР)	28 (7-49)
Возраст на момент окончания наблюдения, лет, медиана (МКР)	46 (24-68)
МКР – межквартильный размах	

кого спектра соматических заболеваний и развития психических расстройств. Мы исследовали изменения этих связей во времени. Кроме того, мы рассчитали специфичные для возраста и пола кумулятивные показатели развития психических расстройств среди людей с соматическими заболеваниями в сравнении с людьми без них (используя подобранные когорты сравнения), что может помочь в интерпретации клинического значения относительных рисков.

Данное исследование проводилось с использованием четко охарактеризованного перечня из 31 соматического заболевания, разработанного в Дании при участии эпидемиологов общественного здравоохранения и клиницистов, и ранее применявшегося в датских исследованиях коморбидности. Путем объединения данных регистров о госпитализациях и назначениях лекарственных препаратов были установлены диагнозы и методы лечения этих заболеваний для всех участников исследования. Кроме того, используя ранее опубликованные методы извлечения данных об индивидуальном уровне инвалидности из регистров, мы рассчитали суммарный показатель бремени инвалидности, отражающий степень инвалидизации, связанную с сочетанием диагностированных соматических заболеваний, и оценили его связь с развитием психических расстройств.

МЕТОДЫ

Исследуемая популяция и верификация расстройств

В это популяционное когортное исследование были включены все 7 673 978 жителей Дании в период с 1 января 2000 года по 31 декабря 2021 года (проживавшие в Дании на 1 января 2000 года или родившиеся в Дании либо иммигрировавшие в Данию).

Таблица 2. Распространенность случаев заболевания, количество лиц в группе риска и число новых случаев психических расстройств в общей когорте

	Случаи, выявленные до начала наблюдения	Лица в группе риска на момент начала наблюдения	Новые случаи в период наблюдения
Психические расстройства (все типы)			
Всего	270,730	7,328,530	646,171
Мужчины	119,132	3,681,297	302,506
Женщины	151,598	3,647,233	343,665
Органические психические расстройства			
Всего	24,728	4,611,275	103,856
Мужчины	10,035	2,274,720	43,183
Женщины	14,693	2,336,555	60,673
Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ			
Всего	71,206	6,898,341	95,864
Мужчины	43,927	3,433,032	62,534
Женщины	27,279	3,465,309	33,330
Шизофрения и связанные с ней расстройства			
Всего	50,590	6,918,957	67,421
Мужчины	23,824	3,453,135	35,127
Женщины	26,766	3,465,822	32,294
Аффективные расстройства			
Всего	79,161	6,890,386	222,564
Мужчины	27,095	3,449,864	86,209
Женщины	52,066	3,440,522	136,355
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства			
Всего	98,167	7,207,158	321,228
Мужчины	34,906	3,614,529	133,145
Женщины	63,261	3,592,629	188,083
Расстройства пищевого поведения			
Всего	5,329	7,593,931	27,266
Мужчины	280	3,800,149	1,836
Женщины	5,049	3,793,782	25,430
Расстройства личности			
Всего	76,433	6,893,114	75,588
Мужчины	30,834	3,446,125	24,516
Женщины	45,599	3,446,989	51,072
Умственная отсталость			
Всего	5,890	7,593,370	24,083
Мужчины	3,290	3,797,139	14,714
Женщины	2,600	3,796,231	9,369
Нарушения развития			
Всего	3,470	7,595,790	54,913
Мужчины	2,723	3,797,706	38,033
Женщины	747	3,798,084	16,880
Поведенческие расстройства*			
Всего	14,474	7,584,786	116,163
Мужчины	9,620	3,790,809	72,104
Женщины	4,854	3,793,977	44,059

* Behavioral disorders является сокращением от «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте».

пировавшие в нее после этой даты), идентифицированные по данным Датской системы учета населения.

Информация о соматических заболеваниях собиралась с 1995 года с использованием критериев, разработанных для изучения коморбидности по данным датских регистров.

Эти критерии включали 31 соматическое заболевание, сгруппированное в девять основных категорий: сердечно-сосудистые, эндокринные, респираторные, желудочно-кишечные, урогенитальные, костно-мышечные, гематологические и неврологические заболевания, а также онкологические.

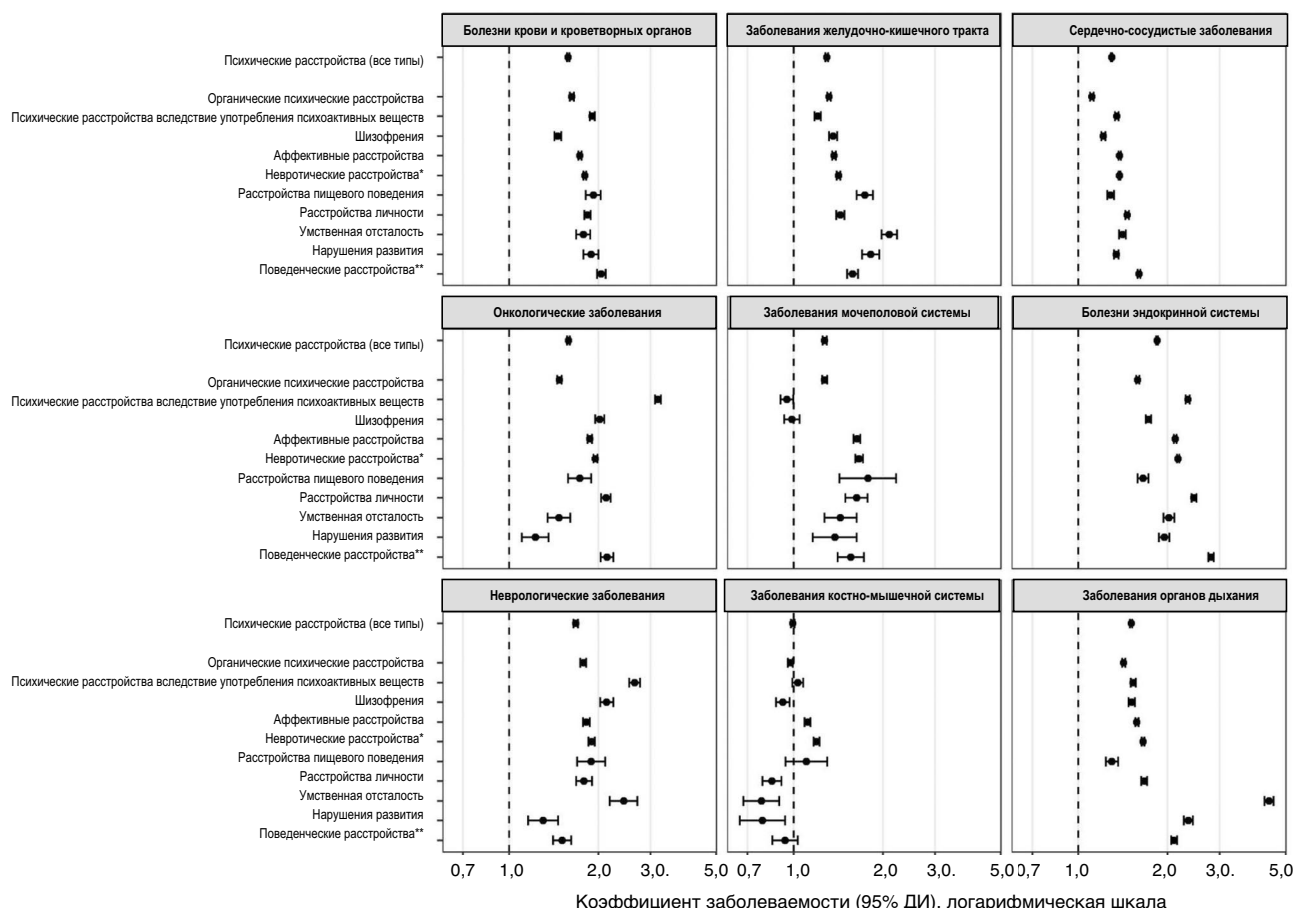


Рисунок 2. Коэффициенты заболеваемости психическими расстройствами после диагностики заболеваний в рамках каждой широкой категории соматических болезней. «Невротические расстройства» – сокращение для «невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств». «Поведенческие расстройства» – сокращение для «поведенческих и эмоциональных расстройств, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте»

Таблица 3. Коэффициенты рисков возникновения психических расстройств при наличии и отсутствии соматической патологии

	КР (95% ДИ)		
	Всего	Мужчины	Женщины
Сердечно-сосудистые заболевания	1.58 (1.57-1.60)	1.70 (1.68-1.73)	1.49 (1.47-1.50)
Болезни эндокринной системы	1.29 (1.28-1.31)	1.39 (1.37-1.41)	1.24 (1.22-1.25)
Заболевания органов дыхания	1.30 (1.29-1.30)	1.27 (1.26-1.28)	1.30 (1.30-1.31)
Заболевания желудочно-кишечного тракта	1.59 (1.57-1.61)	1.75 (1.72-1.78)	1.47 (1.45-1.49)
Заболевания мочеполовой системы	1.27 (1.25-1.29)	1.35 (1.32-1.37)	1.27 (1.21-1.33)
Заболевания костно-мышечной системы	1.84 (1.83-1.85)	1.90 (1.88-1.92)	1.78 (1.76-1.80)
Болезни крови и кроветворных органов	1.68 (1.65-1.71)	1.76 (1.71-1.81)	1.62 (1.59-1.66)
Онкологические заболевания	0.99 (0.98-1.01)	1.03 (1.00-1.05)	0.98 (0.96-1.00)
Неврологические заболевания	1.51 (1.50-1.52)	1.64 (1.62-1.66)	1.42 (1.41-1.43)

ческие. Данные о соматических заболеваниях были получены из двух источников: а) диагнозы, установленные во время стационарного лечения и амбулаторных посещений, зарегистрированные в Датском национальном регистре пациентов в виде кодов МКБ-10, и б) реализованные рецепты на специфические для заболеваний лекарственные препараты (коды анатомической терапевтической химической системы классификации) в Датском национальном регистре рецептурных препаратов. В качестве даты регистрации соматического заболевания принималась более ранняя из двух дат: первичная постановка диагноза в стационаре или первый повторный рецепт на соответствующий препарат (однако для простоты мы используем термин «диагноз»).

Информация о психических расстройствах была получена из Датского центрального психиатрического исследовательского регистра, который включает данные о госпитализациях в психиатрические стационары с 1969 года и по-

сещениях психиатрических амбулаторных и экстренных отделений с 1995 года. Датой установления психического расстройства считалась дата выписки после первичного обращения за психиатрической помощью. Мы рассматривали любые психические расстройства, а также десять типов психических расстройств (подраздел F МКБ-10 и соответствующие диагнозы по МКБ-8): органические, включая симптоматические, психические расстройства; психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ; шизофрения и родственные расстройства; аффективные расстройства; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства пищевого поведения; расстройства личности; умственная отсталость; общие расстройства психологического развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте.

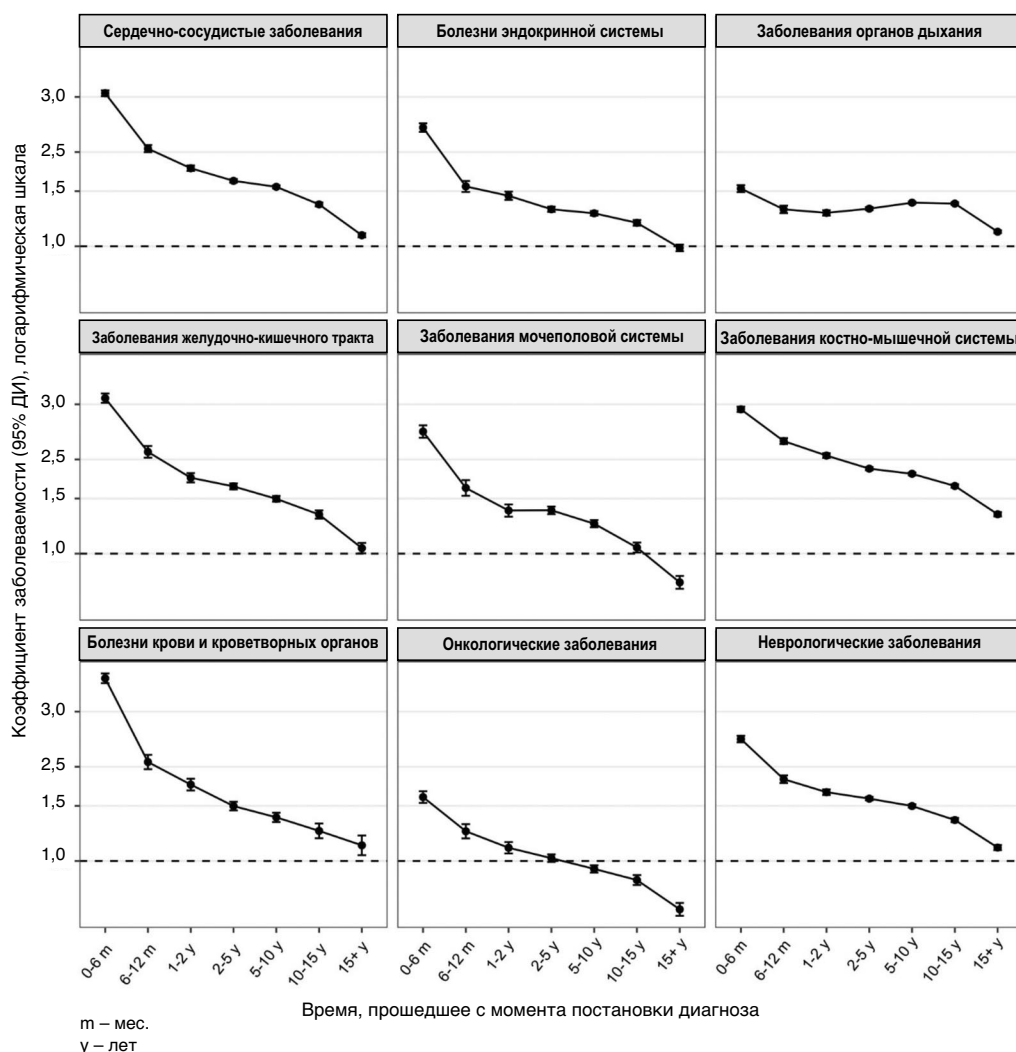


Рисунок 3. Коэффициенты заболеваемости любым психическим расстройством после диагностики заболевания в рамках широкой категории соматических болезней в зависимости от времени постановки диагноза соматического заболевания

Статистический анализ

Анализ проводился отдельно для психических расстройств в целом и для каждой группы психических расстройств. Период наблюдения начался 1 января 2000 года и завершался при наступлении одного из следующих событий: постановка диагноза психического расстройства, смерть, эмиграция из Дании или достижение конечной даты исследования было изучение только новых случаев психических расстройств в период наблюдения, все лица с диагнозами, установленными до 1 января 2000 года, рассматривались как имеющие ранее существовавшие (распространенные) случаи заболевания и исключались из анализа, где соответствующее психическое расстройство являлось исходом.

Мы оценили взаимосвязи между 99 парами основных групп соматических заболеваний и последующими психическими расстройствами (как любыми психическими расстройствами, так и десятью отдельными типами), а также между 341 парой конкретных соматических заболеваний и психических расстройств. На первом этапе мы сравнили частоту диагностики психических расстройств между лицами с соматическими заболеваниями и без них (как по широким категориям, так и по конкретным нозологиям) с помощью коэффициента заболеваемости (КЗ), рассчитанного методом пуассоновской регрессии с поправкой на пол, возраст (с интервалом 0,25 года) и год рождения. Дополнительно мы исследовали зависимость этих ассоциаций от времени, прошедшего после диагностики соматического за-

болевания (0–6 месяцев, >6–12 месяцев, >1–2 года, >2–5 лет, >5–10 лет, >10–15 лет и >15 лет). Затем мы оценили кумулятивную частоту возникновения диагностики психических расстройств после постановки диагноза соматического заболевания с использованием метода Аалена – Йохансена, учитывающего конкурирующие риски (смерть или эмиграция).

Для сравнения кумулятивной частоты возникновения психических расстройств между лицами с соматическими заболеваниями и без них были сформированы подобранные группы сравнения. Для каждого индекс-случая с соматическим заболеванием случайным образом отбирались до пяти лиц того же пола и возраста (без диагноза соответствующего соматического заболевания на тот момент) из общей популяции. Показатели кумулятивной частоты возникновения были стратифицированы по полу и возрастным группам (на момент диагностики соматического заболевания: <35 лет, 35 <70 лет и ≥70 лет). Эти показатели представляют собой меру абсолютного риска и могут интерпретироваться как процент лиц среди имеющих и не имеющих определенное соматическое заболевание, у которых развивается психическое расстройство через определенный промежуток времени.

Для оценки влияния сложных паттернов (мульти)морбидности мы рассчитали КЗ диагностики любого психического расстройства (и каждого конкретного психического расстройства) как функцию «показателя бремени инвалидности» – интегрального показателя, учитывающего связанную со здоровьем инвалидность при каждом типе соматического заболевания. В частности, мы использовали весовые коэф-

Таблица 4. Кумулятивная заболеваемость (через 15 лет) любым психическим расстройством у лиц с предшествующим диагнозом соматического заболевания и без него

	Кумулятивная заболеваемость, % (95% ДИ)	
	Когорта лиц с соматическими заболеваниями	Когорта сравнения
Сердечно-сосудистые заболевания	6.73 (6.68-6.78)	4.46 (4.44-4.48)
Болезни эндокринной системы	7.18 (7.10-7.26)	5.59 (5.56-5.62)
Заболевания органов дыхания	10.19 (10.13-10.25)	7.68 (7.66-7.71)
Заболевания желудочно-кишечного тракта	8.31 (8.20-8.42)	5.92 (5.88-5.96)
Заболевания мочеполовой системы	6.14 (6.04-6.25)	5.27 (5.23-5.32)
Заболевания костно-мышечной системы	8.23 (8.18-8.28)	4.46 (4.44-4.48)
Болезни крови и кроветворных органов	6.58 (6.47-6.70)	6.52 (6.47-6.57)
Онкологические заболевания	3.73 (3.67-3.80)	5.72 (5.69-5.76)
Неврологические заболевания	8.92 (8.85-8.98)	5.94 (5.92-5.97)

фициенты болезней, разработанные в рамках исследования «Глобальное бремя болезней» (Global Burden of Disease) для количественной оценки потери здоровья при сочетании заболеваний, адаптированные в нашей предыдущей работе для рассматриваемых соматических заболеваний. Данный подход позволил определить показатели для нашего конкретного перечня из 31 соматического заболевания. Весовые коэффициенты болезней отражают тяжесть потери здоровья, связанной с данным заболеванием. Коэффициенты измеряются по шкале от 0 до 1, где 0 означает полное здоровье, а 1 – состояние здоровья, эквивалентное смерти.

Для каждого участника мы рассчитали изменяющийся во времени показатель бремени инвалидности на основе имеющихся диагнозов и весовых коэффициентов болезней. Расчет показателя бремени инвалидности проводился по специальной формуле (см. дополнительные материалы). Лицам без соматических заболеваний присваивался показатель бремени инвалидности, равный 0. Например, человеку с соматическим заболеванием, связанным с весовым коэффициентом болезней 0,3, присваивался общий показатель бремени инвалидности 0,3, в то время как человеку с двумя соматическими заболеваниями с весовыми коэффициентами 0,3 и 0,5 соответственно присваивался общий показатель бремени инвалидности $1 - (1 - 0,3) \times (1 - 0,5) = 0,65$.

Для упрощения представления результатов мы сосредоточились на взаимосвязях между любым психическим расстройством и девятью основными категориями соматических заболеваний. Результаты для всех включенных пар (т.е. всех групп психических расстройств и 31 конкретного соматического заболевания) представлены в дополнительных материалах и на интерактивном веб-сайте (см. раздел «Благодарности»).

Исследование было зарегистрировано в Датском агентстве по защите данных через Орхусский университет (№ 2016-051-000001-2587) и одобрено Statistics Denmark и Danish Health Data Authority. Согласно датскому законодательству, для регистровых исследований, проводимых в стране, не требуется информированного согласия или одобрения этического комитета. Все данные были псевдонимизированы и не позволяли идентифицировать отдельных лиц, анализ проводился на защищенной платформе Statistics Denmark через удаленный доступ. План анализа был предварительно опубликован на платформе Open Science Framework до начала исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследуемую когорту вошли 7 673 978 жителей Дании (50,0% женщин) с общим периодом наблюдения 119,3 миллиона человеко-лет. За время наблюдения 1,19 миллиона человек умерли, 0,92 миллиона эмигрировали. Исходные характеристики когорты представлены в таблице 1.

Количество распространенных случаев (с 1969 по 1999 год), популяция, определенная как находящаяся в группе риска на начало наблюдения, и количество новых случаев в период наблюдения (с 2000 по 2021 год) для любых психи-

ческих расстройств и отдельных групп психических расстройств представлены в таблице 2. В общей сложности у 646 171 человека (8,4%) было диагностировано какое-либо психическое расстройство в период наблюдения (302 506 мужчин и 343 665 женщин).

Риски развития последующих психических расстройств у лиц с соматическими заболеваниями по сравнению с лицами без таковых представлены в таблице 3 и на рисунке 1. Для девяти основных пар соматических заболеваний и психических расстройств медианное значение коэффициента заболеваемости (КЗ) составило 1,51 (диапазон: 0,99-1,84; межквартильный размах, IQR: 1,29-1,59). Показатели КЗ составили: для сердечно-сосудистых заболеваний – 1,58 (95% ДИ: 1,57-1,60); болезней эндокринной системы – 1,29 (95% ДИ: 1,28-1,31); респираторных заболеваний – 1,30 (95% ДИ: 1,29-1,30); желудочно-кишечных заболеваний – 1,59 (95% ДИ: 1,57-1,61); урогенитальных заболеваний – 1,27 (95% ДИ: 1,25-1,29); костно-мышечных заболеваний – 1,84 (95% ДИ: 1,83-1,85); гематологических заболеваний – 1,68 (95% ДИ: 1,65-1,71); онкологических заболеваний – 0,99 (95% ДИ: 0,98-1,01); неврологических заболеваний – 1,51 (95% ДИ: 1,50-1,52).

Показатели КЗ были выше у мужчин по сравнению с женщинами практически для всех основных групп соматических заболеваний (см. таблицу 3). Показатели КЗ для основных соматических заболеваний и конкретных типов психических расстройств представлены на рисунке 2 (см. также дополнительную информацию).

Временная динамика КЗ для диагностики любого психического расстройства в зависимости от времени после первичной диагностики каждого соматического заболевания представлена на рисунке 3 (все значения КЗ см. в дополнительной информации). Для всех девяти групп соматических заболеваний частота диагностики психических расстройств была наивысшей в первые 0–6 месяцев после постановки диагноза соматического заболевания с последующим снижением различной степени выраженности (например, относительно резкое снижение наблюдалось для сердечно-сосудистых и гематологических заболеваний через 6–12 месяцев).

Как показано на рисунке 4, показатель КЗ для диагностики любого психического расстройства, как правило, увеличивался с повышением показателя бремени инвалидности (оценки для различных психических расстройств см. в дополнительной информации).

Кумулятивная заболеваемость любыми психическими расстройствами у лиц с ранее диагностированным соматическим заболеванием и у лиц контрольных когорт представлена в таблице 4 и на рисунке 5. В течение 15 лет после диагностики соматического заболевания наивысшая кумулятивная заболеваемость психическими расстройствами наблюдалась для группы респираторных заболеваний (10,19%, 95% ДИ: 10,13-10,25). Для соответствующей сопоставимой контрольной когорты (т.е. лиц без диагностированного респираторного заболевания на момент сопоставления) кумулятивная заболеваемость в течение 15 лет составила 7,68% (95% ДИ: 7,66-7,71).

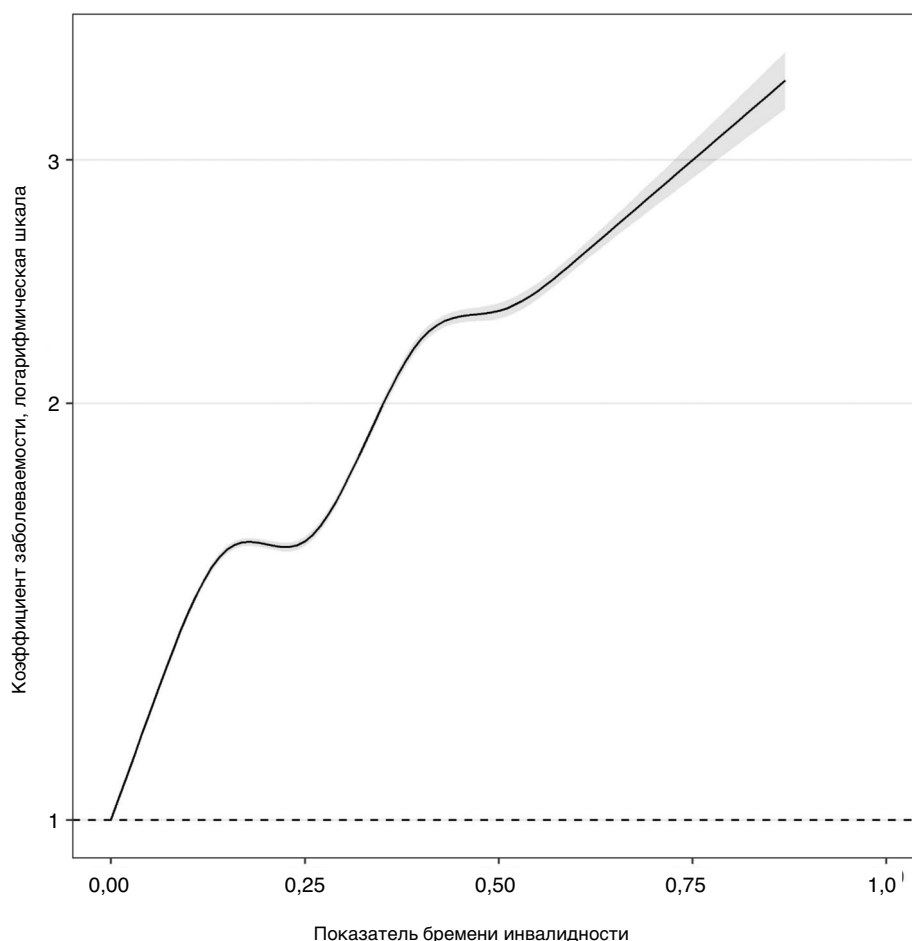


Рисунок 4. Коэффициенты заболеваемости любым психическим расстройством в зависимости от показателя бремени инвалидности. Серая область указывает на 95% доверительные интервалы (95% ДИ)

Практически для всех групп соматических заболеваний кумулятивная заболеваемость любыми психическими расстройствами в течение 15 лет была выше у лиц с предшествующим диагнозом по сравнению с соответствующими сопоставимыми контрольными когортами, за исключением двух случаев. Во-первых, заболеваемость психическими расстройствами изначально была выше у лиц с гематологическими заболеваниями по сравнению с сопоставимой контрольной группой ($KZ=1,68$, 95% ДИ: 1,65-1,71), однако через 15 лет после постановки диагноза показатели в обеих группах были сходными (6,58%, 95% ДИ: 6,47-6,70 против 6,52%, 95% ДИ: 6,47-6,57). Во-вторых, заболеваемость психическими расстройствами изначально была сходной у лиц с онкологическим диагнозом и без него ($KZ=0,99$, 95% ДИ: 0,98-1,01), но стала выше в контрольной когорте примерно через два года после постановки диагноза (2,33% против 1,87% через 5 лет; 4,26% против 2,94% через 10 лет; 5,72% против 3,73% через 15 лет) (оценки для различных психических расстройств, в том числе с учетом пола и возраста, см. в дополнительной информации).

ОБСУЖДЕНИЕ

Данное популяционное исследование, охватившее 7,7 миллиона человек, предоставляет детальную картину возникновения психических расстройств у лиц с широким спектром предшествующих соматических заболеваний. В большинстве случаев риск последующих психических расстройств был выше среди лиц с соматическими заболеваниями по сравнению с лицами без таковых. Однако для некоторых пар наблюдалась обратная связь (например, риск развития любого психического расстройства и некоторых специфических психических расстройств был ниже среди лиц с предшествующим диагнозом онкологического заболевания по сравнению с лицами без такового).

Различные пары заболеваний демонстрировали разные временные паттерны. Например, риск развития любого психического расстройства был значительно выше в первые 0–6 месяцев после обращения в стационар по поводу сердечно-сосудистого заболевания и снижался с течением времени. Напротив, для психических расстройств после респираторных заболеваний эта связь оставалась относительно стабильной во времени.

В течение 15-летнего периода наблюдения после манифестации большинства соматических заболеваний кумулятивная заболеваемость психическими расстройствами была выше по сравнению с соответствующими контрольными когортами. Исключение составили пациенты с онкологическими заболеваниями, где кумулятивная заболеваемость психическими расстройствами оказалась выше в контрольной когорте по сравнению с основной группой.

Наконец, мы обнаружили, что риск психических расстройств, как правило, повышался с увеличением бремени инвалидности от соматических заболеваний, что согласуется с предыдущими исследованиями, указывающими на связь между общим бременем соматической заболеваемости и ухудшением психического здоровья с наличием дозозависимого эффекта.

Наши результаты в отношении онкологических заболеваний были заметным исключением из общей тенденции повышенного риска психических расстройств вследствие соматических заболеваний. Фактически, частота возникновения нескольких психических расстройств была ниже среди лиц с предшествующим диагнозом онкологического заболевания. При этом мы обнаружили повышенную частоту развития аффективных и невротических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями ($KZ=1,11$, 95% ДИ: 1,09-1,14 и $KZ=1,19$, 95% ДИ: 1,17-1,22 соответственно). Наблюдаемое снижение риска развития некоторых психических расстройств у онкологических пациентов, вероятно, объясняется конкурирующим риском смерти

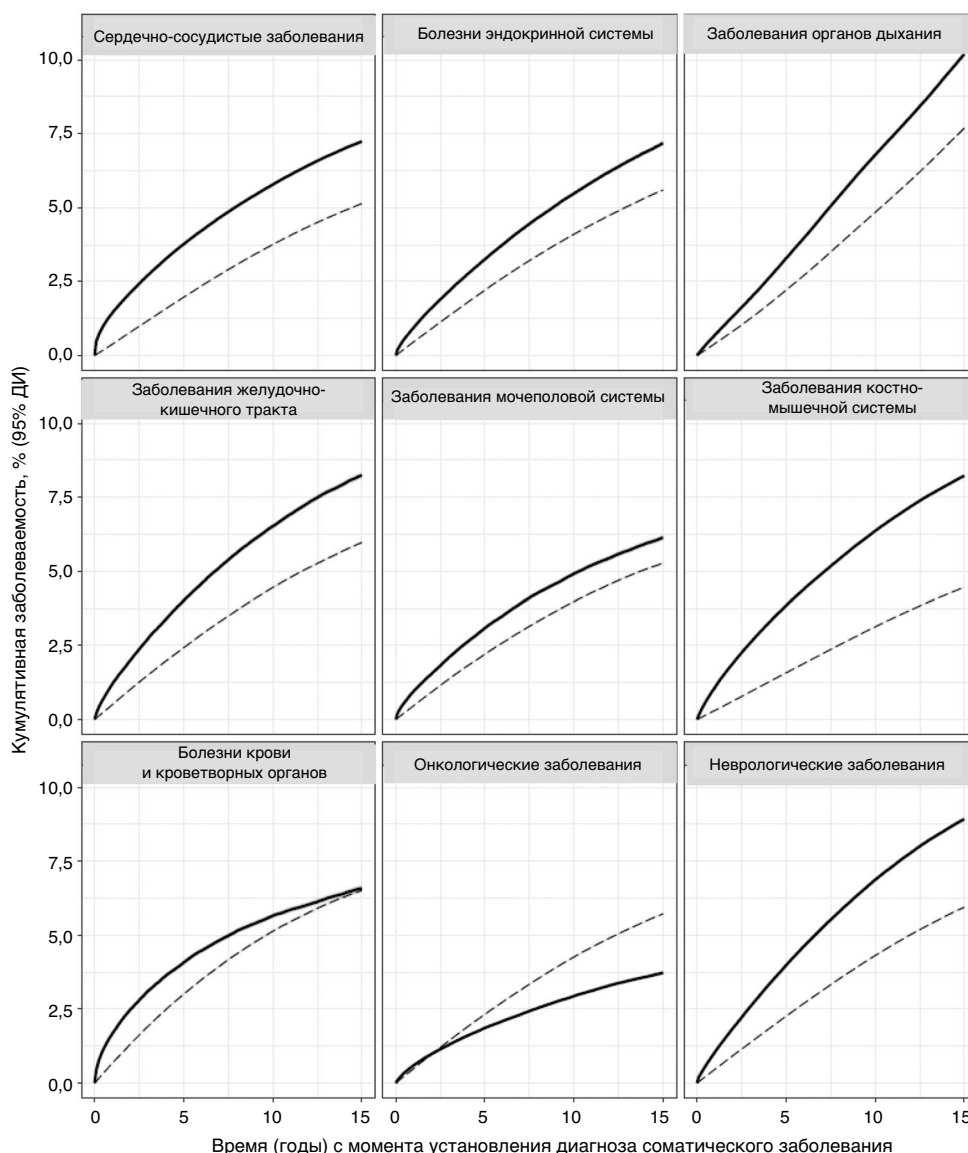


Рисунок 5. Кумулятивная заболеваемость любым психическим расстройством после диагностики заболеваний широкой категории соматической патологии. Жирные линии отражают заболеваемость среди пациентов с выявленным соматическим заболеванием; пунктирные линии – заболеваемость в сопоставимых контрольных группах

(competing risk of death), учитывая особенно высокую преждевременную смертность при онкологических заболеваниях.

В основе обнаруженных в нашем исследовании ассоциаций могут лежать несколько механизмов. Например, было показано, что стресс, связанный с болезнью, боль, ограничения и инвалидность вследствие соматических заболеваний повышают риск возникновения психических расстройств. Кроме того, общие факторы окружающей среды и/или генетические факторы риска также могут лежать в основе наблюдаемых результатов. С другой стороны, может иметь место систематическая ошибка обнаружения (detection bias), когда госпитализация по поводу соматических заболеваний приводит к направлению в психиатрические службы. В некоторых случаях специфические этиологические механизмы могут связывать пары соматических заболеваний и последующих психических расстройств. Однако наблюдаемое повышение риска практически всех психических расстройств после диагностики почти любого соматического заболевания предполагает вовлеченность более общих механизмов (таких как упомянутые выше), что требует дальнейшего изучения.

Данное исследование, основанное на регистрах данных, охватило большую популяцию и не было подвержено систематическим ошибкам, связанным с ретроспективным

воспроизведением информации и субъективностью самоотчетов. Данные были доступны для всей популяции, что минимизировало систематическую ошибку отбора. Поскольку граждане Дании имеют свободный и равный доступ к медицинской помощи, влияние факторов, связанных с возможностью оплаты частной страховки/доступа к медицинской помощи, вероятно, незначительно. В Дании существует обязательная система регистрации всех выписных эпизодов в медицинских учреждениях и отпуска рецептурных препаратов в аптечной сети с централизованным внесением данных в национальные регистры, которые послужили источником информации для настоящего исследования. Мы рассмотрели широкий спектр расстройств, а также оценили кумулятивную инвалидность вследствие соматических заболеваний как фактор риска последующих психических расстройств.

Однако данное исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, выявление соматических и психических расстройств могло быть неполным. Несмотря на подтвержденную валидность психиатрических диагнозов, внесенных в национальные регистры Дании, для ряда расстройств их диагностическая достоверность варьирует в зависимости от нозологической формы. В связи с отсутствием данных о пациентах, не обращавшихся за специализированной помощью, а также о диагнозах, установленных в амбулаторном

звене и частной практике, вероятно неполное выявление случаев заболевания. Для некоторых соматических заболеваний данное ограничение было частично нивелировано путем комбинированного анализа данных о лекарственных назначениях и госпитальных диагнозах. Однако данные о назначениях не использовались для идентификации психических расстройств из-за недостаточной специфичности многих психотропных препаратов. Таким образом, выявленные случаи как психических, так и соматических заболеваний могли быть смещены в сторону более тяжелых состояний.

Поскольку объектом исследования являлись только впервые выявленные психические расстройства в период наблюдения (начиная с 1 января 2000 года), мы использовали «период вымывания» («wash-out») в предшествующие годы (1969–1999) для исключения из анализа случаев с уже имеющимися психическими расстройствами. Однако наши процедуры могли выявить не все имеющиеся психические расстройства. Кроме того, в регистрах отсутствуют точные данные о дате начала заболевания, поэтому в качестве косвенных показателей использовались даты установления диагноза или назначения препаратов. В некоторых случаях могло произойти некорректное определение временной последовательности состояний.

Исследования, основанные на регистрах здравоохранения, подвержены систематическим ошибкам наблюдения и диагностики, то есть лица, находящиеся в контакте с системой здравоохранения и имеющие диагноз соматического заболевания, могут иметь более высокую вероятность диагностики дополнительных состояний. Анализ временной динамики помог нам оценить степень этого смещения.

Некоторые изученные категории соматических заболеваний были очень широкими и могут потребовать более фокусированного/стратифицированного исследования. Другие предшествующие заболевания/события (например, острые заболевания, хирургические вмешательства, инфекции и травмы) также могут представлять интерес, но выходили за рамки данного исследования. Наконец, полученные результаты не могут быть обобщены за пределами Дании, поскольку структура заболеваемости и характер сочетанной патологии варьируют между странами и могут существенно различаться в зависимости от особенностей системы здравоохранения и социально-экономических условий.

В нашем анализе рассматривались многочисленные пары соматических заболеваний и психических расстройств, которые, вероятно, связаны различными патогенетическими механизмами, как обсуждалось выше. Мы надеемся, что наши общие выводы, в свою очередь, будут способствовать проведению специфических исследований, направленных на проверку гипотез в отношении некоторых из этих пар.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что большинство соматических заболеваний связано с повышенным риском развития психических расстройств. Данный риск является статистически значимым как в относительных, так и в абсолютных показателях. Практикующим врачам при ведении пациентов с соматической патологией необходимо учитывать высокую вероятность развития вторичных психических расстройств.

БЛАГОДАРНОСТИ

Данный проект был поддержан стипендией Lundbeck Foundation, предоставленной Plana-Ripoll O. (№ R345-2020-1588), который также получил финансирование от Independent Research Fund Denmark (гранты №№ 1030-00085B и 2066-00009B). Østergaard S.D. получил поддержку от Novo Nordisk Foundation (№ NNF20SA0062874), Lundbeck Foundation (№№ R358-2020-2341 и R344-2020-1073), Danish Cancer Society (№ R283-A16461), Central Denmark Region Fund for Strengthening of Health Science (№ 1-36-72-4-20), Danish Agency for Digitisation Investment Fund for New Technologies (№ 2020-6720) и Independent Research Fund Denmark (№№ 7016-00048B и 2096-00055A). Финансирующие организации не принимали участия в разработке дизайна исследования, управлении данными, их анализе и интер-

претации, написании отчета и принятии решения о представлении отчета к публикации. Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу: <https://osf.io/p2qw8>. Результаты по всем исследованным парам соматических заболеваний и психических расстройств также представлены на интерактивном веб-сайте (<https://oleguerplana.shinyapps.io/GMC-MD>).

Перевод: Темирсултанова Деши Абдулазисовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Литература

1. Tegethoff M, Stalujanis E, Belardi A et al. Chronology of onset of mental disorders and physical diseases in mental-physical comorbidity – a national representative survey of adolescents. *PLoS One* 2016;11:e0165196.
2. Adams JS, Chien AT, Wisk LE. Mental illness among youth with chronic physical conditions. *Pediatrics* 2019;144:e20181819.
3. Horsboel TA, Kjaer SK, Johansen C et al. Increased risk for depression persists for years among women treated for gynecological cancers – a register-based cohort study with up to 19 years of follow-up. *Gynecol Oncol* 2019;153:625-32.
4. Ording AG, Horvath-Puho E, Veres K et al. Cancer and risk of Alzheimer's disease: small association in a nationwide cohort study. *Alzheimers Dement* 2020;16:953-64.
5. Kribber AM, Buffart LM, Kleijn G et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology* 2014;23:121-30.
6. Secher N, Adelborg K, Szentkuti P et al. Evaluation of neurologic and psychiatric outcomes after hospital discharge among adult survivors of cardiac arrest. *JAMA Netw Open* 2022;5:e2213546.
7. Farooqi A, Gillies C, Sathanapally H et al. A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes* 2022;16:1-10.
8. Mohammad MYH, Bushulaybi NA, AlHumam AS et al. Prevalence of depression among hypothyroid patients attending the primary health-care and endocrine clinics of King Fahad Hospital of the University (KFHU). *J Family Med Prim Care* 2019;8:2708-13.
9. Liu X, Plana-Ripoll O, McGrath JJ et al. Bidirectional associations between asthma and types of mental disorders. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2023;11:799-808.e14.
10. Tsai TY, Livneh H, Lu MC et al. Increased risk and related factors of depression among patients with COPD: a population-based cohort study. *BMC Public Health* 2013;13:976.
11. Marrie RA, Horwitz R, Cutter G et al. The burden of mental comorbidity in multiple sclerosis: frequent, underdiagnosed, and undertreated. *Mult Scler* 2009;15:385-92.
12. Leo RJ, Singh J. Migraine headache and bipolar disorder comorbidity: a systematic review of the literature and clinical implications. *Scand J Pain* 2016;11:136-45.
13. Baumeister H, Hutter N, Bengel J et al. Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2011;80:275-86.
14. O'Mahony J, Salter A, Ciftci B et al. Physical and mental health-related quality of life trajectories among people with multiple sclerosis. *Neurology* 2022;99:e1538-48.
15. Chong SA, Abidin E, Nan L et al. Prevalence and impact of mental and physical comorbidity in the adult Singapore population. *Ann Acad Med Singap* 2012;41:105-14.
16. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E et al. Mortality associated with mental disorders and comorbid general medical conditions. *JAMA Psychiatry* 2022;79:444-53.
17. Benros ME, Nielsen PR, Nordentoft M et al. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for schizophrenia: a 30-year population-based register study. *Am J Psychiatry* 2011;168:1303-10.
18. Benros ME, Waltoft BL, Nordentoft M et al. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for mood disorders: a nationwide study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:812-20.
19. Scott KM, de Jonge P, Alonso J et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent heart disease onset: beyond depression. *Int J Cardiol* 2013;168:5293-9.

20. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A et al. Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World Mental Health Surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry* 2016;73:150-8.
21. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N Engl J Med* 2020;382:1721-31.
22. Prior A, Fenger-Gron M, Larsen KK et al. The association between perceived stress and mortality among people with multimorbidity: a prospective population-based cohort study. *Am J Epidemiol* 2016;184:199-210.
23. Weye N, Momen NC, Whiteford HA et al. The contribution of general medical conditions to the non-fatal burden of mental disorders: register-based cohort study in Denmark. *BJPsych Open* 2022;8:e180.
24. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Health* 2015;3:e712-23.
25. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR et al. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998;36:8-27.
26. Momen NC, Østergaard SD, Toft Sorensen H et al. Associations between general medical conditions and subsequent mental disorders. Analysis plan – version 2. <https://osf.io/p2qw8>.
27. Leong IY, Farrell MJ, Helme RD et al. The relationship between medical comorbidity and self-rated pain, mood disturbance, and function in older people with chronic pain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:550-5.
28. Watkins LL, Schneiderman N, Blumenthal JA et al. Cognitive and somatic symptoms of depression are associated with medical comorbidity in patients after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2003;146:48-54.
29. Hoogwegt MT, Kupper N, Jordaens L et al. Comorbidity burden is associated with poor psychological well-being and physical health status in patients with an implantable cardioverter-defibrillator. *Europace* 2013;15:1468-74.
30. IsHak WW, Wen RY, Naghdechi L et al. Pain and depression: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry* 2018;26:352-63.
31. Tibubos AN, Burghart J, Klein EM et al. Frequency of stressful life events and associations with mental health and general subjective health in the general population. *J Public Health* 2021;29:1071-80.
32. Ingle VK, Pandey I, Singh AR et al. Screening of patients with chronic medical disorders in the outpatient department for depression using handheld computers as interface and Patient Health Questionnaire-9 as a tool. *Int J Appl Basic Med Res* 2017;7:129-33.
33. Ma Y, Xiang Q, Yan C et al. Relationship between chronic diseases and depression: the mediating effect of pain. *BMC Psychiatry* 2021;21:436.
34. 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.
35. Schmidt M, Schmidt SAJ, Adelborg K et al. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clin Epidemiol* 2019;11:563-91.
36. Bock C, Bukh JD, Vinberg M et al. Validity of the diagnosis of a single depressive episode in a case register. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2009;5:4.
37. Kessing L. Validity of diagnoses and other clinical register data in patients with affective disorder. *Eur Psychiatry* 1998;13:392-8.
38. Lauritsen MB, Jorgensen M, Madsen KM et al. Validity of childhood autism in the Danish Psychiatric Central Register: findings from a cohort sample born 1990-1999. *J Autism Dev Disord* 2010;40:139-48.
39. Phung TK, Andersen BB, Høgh P et al. Validity of dementia diagnoses in the Danish hospital registers. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24:220-8.
40. Schmidt M, Schmidt SA, Sandegaard JL et al. The Danish National Patient Registry: a review of content, data quality, and research potential. *Clin Epidemiol* 2015;7:449-90.
41. Kohler-Forsberg O, Gasse C, Hieronymus F et al. Pre-diagnostic and post-diagnostic psychopharmacological treatment of 16 288 patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2021;23:357-67.
42. McGee G, Haneuse S, Coull BA et al. On the nature of informative presence bias in analyses of electronic health records. *Epidemiology* 2022;33:105-13.

DOI:10.1002/wps.21242

Чувствительность концепции семейного высокого риска в прогнозировании развития психоза: популяционное исследование

Colm Healy^{1,2}, Ulla Lång^{1,3}, Kirstie O'Hare¹, Juha Veijola³, Karen O'Connor^{4,5}, Marius Lahti-Pulkkinen⁶, Eero Kajantie⁷⁻⁹, Ian Kelleher^{1-3,10}

¹Centre for Clinical Brain Sciences, Division of Psychiatry, University of Edinburgh, Edinburgh, UK; ²School of Medicine, University College Dublin, Dublin, Ireland; ³Faculty of Medicine, University of Oulu, Oulu, Finland; ⁴RISE, Early Intervention in Psychosis Service & Home Based Treatment Team, South Lee Mental Health Services, Cork, Ireland; ⁵Department of Psychiatry and Neurobehavioural Science, University College Cork, Cork, Ireland; ⁶Department of Psychology and Logopedics, Faculty of Medicine, University of Helsinki, Helsinki, Finland; ⁷Finnish Institute for Health and Welfare, Public Health Unit, Helsinki, Finland; ⁸Clinical Medicine Research Unit, MRC Oulu, University of Oulu and Oulu University Hospital, Oulu, Finland; ⁹Department of Clinical and Molecular Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; ¹⁰St. John of God Hospital Services Group, Hospitalier House, Stillorgan, Dublin, Ireland.

Дети, у которых один из родителей страдает психотическим расстройством, имеют повышенный риск развития психоза. Однако до сих пор не известно, какая доля всех случаев психоза в популяции охватывается концепцией семейного высокого риска психоза (FHR-P). Эта информация имеет ключевое значение для исследований в области профилактики и планирования системы здравоохранения, поскольку она позволяет оценить, какую часть случаев психоза можно было бы предотвратить при разработке эффективного вмешательства. В рамках проспективного когортного исследования, охватывающего всех людей, рожденных в Финляндии в период с 1 января 1987 года по 31 декабря 1992 года, мы изучили абсолютный риск и общую долю случаев манифестации психоза, выявленных с использованием концепции FHR-P, а также концепции трансдиагностического семейного риска (TDFR-P), основанного на госпитализации родителей по причине любого психического расстройства. У индексных детей в исследуемой группе оценивались случаи развития неаффективного психоза (МКБ-10: F20-F29) и шизофрении (МКБ-10: F20) до 31 декабря 2016 года. Среди индексных детей (N=368,937), 1,5% (N=5,544) соответствовали критериям FHR-P, а 10,3% (N=38,040) – критериям TDFR-P. К моменту завершения исследования диагноз неаффективного психоза был установлен у 1,9% (N=6,966) индексных детей, а диагноз шизофрении – у 0,5% (N=1,846). С точки зрения чувствительности, концепция FHR-P охватила 5,2% (N=355) всех случаев неаффективного психоза среди индексных детей, а концепция TDFR-P – 20,6% (N=1,413). Абсолютный риск манифестации неаффективного психоза составил 6,4% для тех, кто соответствовал критериям FHR-P, и 3,7% для тех, кто соответствовал критериям TDFR-P. Отмечалась значительная вариабельность в чувствительности и общей доле охваченных случаев в зависимости от возраста, в котором определялись FHR-P и TDFR-P. Однако абсолютный риск развития психоза оставался относительно неизменным во времени. Эти показатели имеют важное значение для разработки стратегий вмешательства, направленных на снижение риска развития психоза, требующих прагматичных решений.

Ключевые слова: психоз, шизофрения, прогноз, профилактика, риск психоза, концепция семейного высокого риска, чувствительность, трансдиагностический подход

Colm Healy, Ulla Lång, Kirstie O'Hare et al. Sensitivity of the familial high-risk approach for the prediction of future psychosis: a total population study. *World Psychiatry*. 2024;23(3):432-437

Основное направление исследований в психиатрии за последнюю четверть века – прогнозирование и профилактика тяжелых психических, в особенности психотических, расстройств¹⁻³. Для возможности прогнозирования психоза (и, в конечном итоге, его профилактики) исследователи использовали ряд подходов оценки «высокого риска», стремясь выявить лиц с повышенной вероятностью развития психотических расстройств⁴⁻⁷.

Концепция семейного высокого риска психоза (familial high-risk approach for psychosis, FHR-P) является одной из наиболее широко используемых стратегий в исследованиях состояний «высокого риска» в психиатрии. Она основана на выявлении лиц с повышенным риском развития психоза вследствие наличия в семье (особенно среди членов первой степени родства) психотических расстройств. Несколько исследований продемонстрировали, что лица с родственником первой степени родства, у которого было выявлено психотическое расстройство, имеют более высокий риск развития психоза. Это позволяет говорить о перспективах концепции FHR-P как потенциальной стратегии для прогнозирования и профилактики психозов. Согласно недавнему систематическому обзору с метаанализом, опубликованному в этом журнале⁸, у 8% детей, родители которых перенесли один или несколько психотических эпизодов, впоследствии также развивался психоз.

Хотя установлено, что у потомков людей с психотическими расстройствами повышен риск психоза, на сегодняшний день неясно, какая доля всех случаев психоза в популяции охватывается концепцией FHR-P, т.е. какова чувствительность этой концепции для выявления будущих случаев. Эта информация имеет ключевое значение для исследований в области профилактики и планирования услуг в сфере здравоохранения, так как она показывает макси-

мально возможное количество случаев психоза, которые можно было бы предотвратить, если бы был найден вариант эффективной профилактики^{17,18}. Мы поставили перед собой цель, используя проспективный дизайн исследования, оценить абсолютный риск развития психоза у лиц, у которых один или оба родителя имеют психотическое расстройство, а также оценить чувствительность концепции FHR-P (общей доли будущих случаев психоза, которые она охватывает).

Учитывая растущие данные о трансдиагностическом риске развития психоза, мы также поставили цель применить эти вопросы к концепции трансдиагностического семейного риска (transdiagnostic familial risk approach, TDFR-P)^{8,19,20}. То есть мы оценили риск развития психоза у лиц, у которых один из родителей проходил стационарное лечение по поводу любого психического расстройства (а не только психотических расстройств), и определили чувствительность концепции TDFR-P в отношении выявления будущих случаев психоза.

Мы использовали данные реестра медицинской помощи, включая всех людей, родившихся в Финляндии с 1987 по 1992 год. На их основе были рассчитаны следующие показатели: а) абсолютный риск развития психоза у лиц, если один или оба родителя имели психотическое расстройство (концепция FHR-P); б) доля всех случаев психоза в популяции, охватываемая концепцией FHR-P; в) абсолютный риск развития психоза у лиц, если один или оба родителя проходили стационарное лечение по поводу любого психического расстройства (не ограничиваясь психозами; подход TDFR-P); г) доля всех случаев психоза в популяции, охватываемая концепцией TDFR-P.

Мы также провели два анализа чувствительности. Во-первых, абсолютный риск и чувствительность концепций

FHR-P и TDFR-P в отношении выявления будущих случаев психоза могут варьироваться в зависимости от возраста, на котором определяется статус FHR-P или TDFR-P. Поэтому мы изучили влияние различных возрастных порогов на абсолютный риск и чувствительность концепций для выявления будущих случаев психоза в популяции. Во-вторых, мы рассмотрели вклад материнского анамнеза, отцовского анамнеза и анамнеза обоих родителей отдельно в абсолютный риск и чувствительность в отношении развития психоза.

МЕТОДЫ

Данные национального реестра

Для выявления исследуемой популяции использовались данные национальных реестров Финляндии. Мы связали данные из следующих источников: Реестра рождений, Реестра медицинской помощи, данных Статистического управления Финляндии (для записей о смерти) и Службы цифровых и демографических данных (для записей об эмиграции).

Реестр медицинской помощи содержит информацию обо всех госпитализациях в течение жизни человека (как родителей, так и детей), а также обо всех амбулаторных приемах с 1998 года по настоящее время. Для всех наблюдений регистрируется информация о диагнозах (МКБ-8: 1965–1986, МКБ-9: 1987–1995 и МКБ-10: 1996–2016), датах поступления и выписки, а также указание на то, было ли посещение стационарным или амбулаторным. Данные, полученные из реестров, показали хорошую диагностическую валидность, особенно в отношении психотических расстройств^{21, 22}.

Популяция

Все лица, родившиеся в Финляндии в период с 1987 по 1992 год (N=384 551), были выявлены с помощью Реестра рождений. Были исключены лица, умершие или эмигрировавшие до 2016 года (N=11 957), а также лица, для которых данные о родителях были недоступны для оценки (N=3657). Причинами отсутствия возможности оценки данных были отсутствие регистрации одного из родителей в Реестре рождений или запрос на удаление данных из реестра. Итоговая выборка включала всех индивидов, родившихся в Финляндии в период с 1987 по 1992 год для которых было возможно связать данные о родителях, далее именуемых индексными детьми.

Методология оценки риска

FHR-P определялся как наличие хотя бы одного родителя с неаффективным психотическим расстройством в анамнезе; TDFR-P – как наличие хотя бы одного родителя с одним или более случаев госпитализации в психиатрический стационар (по любой причине) до 13-летия индексного ребенка.

Для идентификации записей матерей и отцов индексных детей использовался Реестр медицинской помощи. Для стандартизации и обеспечения согласованности между базами данных (1965–2016) как FHR-P, так и TDFR-P основывались на первичном диагнозе в стационарных записях (неаффективное психотическое расстройство в случае FHR-P и психиатрическая госпитализация по любой причине в случае TDFR-P).

Стандартизация кодов МКБ между версиями 8, 9 и 10 была проведена в соответствии с Lahti и соавт.²³ (см. также дополнительную информацию). Все записи матерей и отцов были идентифицированы отдельно и объединены в переменные FHR.

Чувствительность и абсолютный риск являются показателями, которые могут варьироваться в зависимости от временной точки, выбранной для учета родительских диагнозов (например, учет психиатрического анамнеза родителей на момент рождения индексного ребенка по сравнению с более поздними этапами его развития). Для наших основных расчетов этот порог был установлен как 13-й день

рождения индексного ребенка. Однако для полноты исследования и сравнения мы также рассчитали эквивалентные показатели при установке порога на момент рождения индексного ребенка, его 5-летия, 18-летия и окончания исследования.

Результат

Неаффективный психоз у индексных детей определялся с помощью диагностических кодов МКБ-10: F20.x, F23.x, F28, F29, F22.x, F25.x или F24. Этот диагноз устанавливался на основании записей стационарного или амбулаторного лечения. Шизофрения определялась по диагнозу F20.x по МКБ-10.

Демографические переменные

Мы предоставляем данные о поле ребенка, зафиксированном при рождении, а также о наивысшем уровне образования матери и отца на момент рождения индексного ребенка. Низкий уровень образования соответствует классам 0-2 Международной стандартной классификации образования (ISCED), средний – классам 3–5, а высокий – классам 6–8 ISCED²⁴.

Анализ данных

Мы представляем данные о частоте FHR-P и TDFR-P, а также о частоте неаффективного психоза и шизофрении у индексных детей к концу периода наблюдения (возраст индексных детей 25–29 лет). Демографическая описательная статистика представлена для общей выборки и для тех, у кого выявлены FHR-P и TDFR-P.

Мы представляем данные о чувствительности, абсолютном риске и отношении рисков (HRs) с 95% доверительными интервалами (CI) для неаффективного психоза и шизофрении. Коэффициенты рисков рассчитывались с использованием модели пропорциональных рисков Кокса, где дата начала отсчета установлена как 13-летие индексного ребенка, а дата окончания – как наступление результата, смерть, эмиграция или административное цензурирование на момент 31 декабря 2016 года.

Мы изучили изменения чувствительности и абсолютного риска на различных возрастных этапах индексных детей, когда определялся семейный риск. Мы отдельно рассмотрели вклад материнских и отцовских диагнозов в чувствительность и абсолютный риск. Также мы проанализировали продолжительность времени между возникновением психоза у родителей, их госпитализацией и постановкой диагноза психоза у индексного ребенка. Поскольку разница в продолжительности наблюдения между индексными детьми, рожденными в разные годы, составляла максимум пять лет, а более длительное наблюдение приводит к более высокой частоте психоза у индексных детей, мы провели отдельный анализ тех, кто родился в 1987 году (т.е. имел максимальный период наблюдения), для изучения чувствительности и абсолютного риска обеих концепций к определению семейного риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные о заболеваемости и демографические переменные

После исключения тех, кто умер или эмигрировал до 2016 года, а также тех, у кого отсутствовала возможность связывания данных с обоими родителями, в анализ были включены 368,937 детей, родившихся в Финляндии в период с 1987 по 1992 год («индексные» дети). В общей сложности 1,5% (N=5,544) этих детей имели хотя бы одного родителя с госпитализацией по поводу психотического расстройства, а 10,3% (N=38,040) имели хотя бы одного родителя с госпитализацией по любой причине до их 13-летия. Среди индексных детей, к моменту окончания исследования, у 1,9% (N=6,966) был диагностирован неаффективный психоз, а у 0,5% (N=1,846) – шизофрения.

Таблица 1. Частота, абсолютный риск и чувствительность концепций семейного высокого риска (FHR-P) и трансдиагностического семейного риска (TDFR-P) психоза при стратификации по возрастному порогу

Система оценки риска, стратифицированная по возрастному порогу	Частота FHR, % (N)	Неаффективный психоз		Шизофрения	
		Абсолютный риск	Чувствительность	Абсолютный риск	Чувствительность
FHR-P					
Рождение	0,7 (2397)	7,3%	2,5%	1,9%	2,5%
5 лет	0,9 (3130)	7,5%	3,4%	2,3%	4,0%
13 лет	1,5 (5544)	6,4%	5,2%	2,1%	6,2%
18 лет	1,9 (6872)	4,6%	5,8%	1,8%	7,4%
Когда-либо	2,2 (8273)	6,1%	7,2%	2,1%	9,3%
TDFR-P					
Возраст	4,7 (17 573)	4,3%	10,8%	1,2%	11,3%
5 лет	6,6 (24 574)	4,2%	14,8%	1,2%	16,0%
13 лет	10,3 (38 040)	3,7%	20,6%	1,0%	21,3%
18 лет	12,3 (45 982)	2,7%	23,0%	0,9%	24,5%
Когда-либо	15,2 (56 636)	3,5%	28,7%	1,0%	29,3%

Жирный шрифт указывает на то, что для первичного анализа пороговое значение было установлено на уровне 13-го дня рождения индексного ребенка.

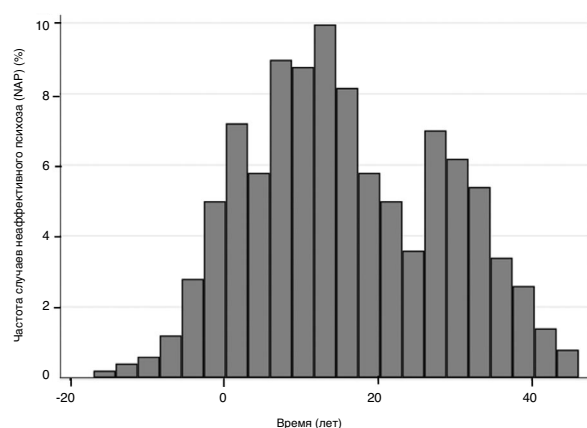


Рисунок 1. Время между первым диагнозом психоза у родителя и диагнозом неаффективного психоза (NAP) у ребенка (медиана: 14,1 года, интерквартильный размах: 6,3–26,7 года)

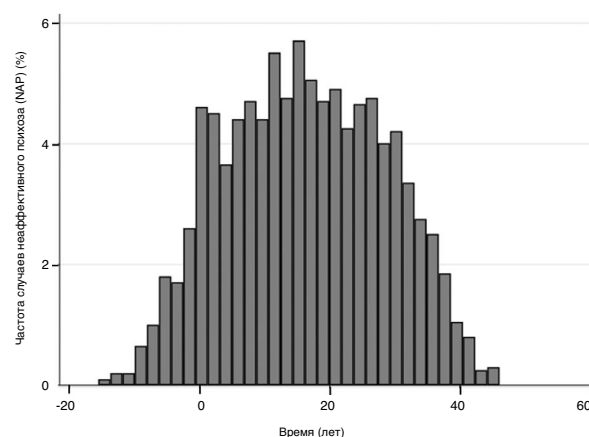


Рисунок 2. Время между первой госпитализацией родителя и диагнозом неаффективного психоза (NAP) у ребенка (медиана: 16,1 года, интерквартильный размах: 6,5–26,0 года)

Доля мужчин в группах FHR-P (51,0%, N=2,827) и TDFR-P (51,3%, N=19,524) была схожей с общей популяцией (51,2%, N=188,991). К моменту рождения ребенка наблюдались значительные различия в уровне образования матерей (FHR-P: $X^2 = 349.47$, $p < 0.001$; TDFR-P: $X^2 = 5.1e3$, $p < 0.001$) и отцов (FHR-P: $X^2 = 398.64$, $p < 0.001$; TDFR-P: $X^2 = 4.8e3$, $p < 0.001$) между группами FHR и не-FHR. Доля матерей и отцов с низким уровнем образования была выше в группах FHR-P (29,6% и 31,9%) и TDFR-P (33,5% и 37,2%) по сравнению с группами не-FHR (20,1% и 23,9%), в то время как доля матерей и отцов с высшим образованием была ниже в группах FHR-P (7,7% и 8,7%) и TDFR-P (6,5% и 7,3%) по сравнению с группами не-FHR (11,3% и 14,2%).

Данные о чувствительности и абсолютном риске

Среди всех случаев неаффективного психоза, диагностированных после 13-летия индексного ребенка, 5,2% (95% CI: 4,7–5,7, N=355) были выявлены с использованием концепции FHR-P. Среди всех случаев шизофрении, диагностированных после 13-летия индексного ребенка, 6,2% (95% CI: 5,2–7,4, N=114) были выявлены с использованием концепции FHR-P (см. таблицу 1).

Среди всех случаев неаффективного психоза, диагностированных после 13-летия индексного ребенка, 20,6% (95% CI: 19,7–21,6, N=1,413) были выявлены с использованием

концепции TDFR-P. Среди всех случаев шизофрении, диагностированных после 13-летия индексного ребенка, 21,3% (95% CI: 19,5–23,3, N=391) были выявлены с использованием концепции TDFR-P.

Абсолютный риск неаффективного психоза у детей с FHR-P составил 6,4% (95% CI: 5,8–7,1, N=355; HR=3,7, 95% CI: 3,3–4,1). Абсолютный риск шизофрении у детей FHR-P составил 2,1% (95% CI: 1,7–2,5, N=114; HR=4,4, 95% CI: 3,6–5,3).

Абсолютный риск неаффективного психоза у детей TDFR-P составил 3,7% (95% CI: 3,5–3,9, N=1,413; HR=2,3, 95% CI: 2,2–2,4). Абсолютный риск шизофрении у детей TDFR-P составил 1,0% (95% CI: 0,9–1,1, N=391; HR=2,4, 95% CI: 2,1–2,7).

Дальнейший анализ

В основной анализ мы включали родительские диагнозы до 13-летия индексного ребенка, что привело к тому, что 1,5% популяции соответствовали критериям FHR-P. Однако к концу периода наблюдения 2,2% (N=8,273) индексных детей соответствовали критериям FHR-P. Абсолютный риск и чувствительность FHR-P на различных возрастных этапах индексных детей представлены в таблице 1. В зависимости от возраста, при котором определялся FHR-P, абсолютный риск неаффективного психоза варьировался от 4,6% до 7,5%, а чувствительность – от 2,5% до 7,2%.

Таблица 2. Частота, чувствительность и абсолютный риск концепций семейного высокого риска (FHR-P) и трансдиагностического семейного риска (TDFR-P) в отношении психоза у индексных детей, стратифицированные по вкладу каждого родителя (порог установлен на 13-м дне рождения индексных детей)

	FHR-P			TDFR-P		
	Частота, % (N)	Абсолютный риск	Чувствительность	Частота, % (N)	Абсолютный риск	Чувствительность
Неаффективный психоз у индексных детей						
Мать	0.8 (3,038)	7,1%	3,1%	4.2 (15,532)	4,4%	10,0%
Отец	0.7 (2,608)	6,0%	2,3%	6.8 (25,248)	3,6%	13,3%
Оба	0.03 (102)	16,7%	0,3%	0.7 (2,740)	6,9%	2,7%
Шизофрения у индексных детей						
Мать	0.8 (3,038)	2,4%	3,9%	4.2 (15,532)	1,3%	10,8%
Отец	0.7 (2,608)	2,0%	2,8%	6.8 (25,248)	1,0%	14,0%
Оба	0.03 (102)	9,8%	0,6%	0.7 (2,740)	2,3%	3,5%

По сравнению с порогом в 13 лет, где 10,3% индексных детей находились в группе TDFR-P, к концу периода наблюдения 15,2% (N=56,636) индексных детей соответствовали критериям TDFR-P. В зависимости от возраста, при котором определялся TDFR-P, абсолютный риск психоза варьировался от 2,7% до 4,3%, а чувствительность – от 10,8% до 28,7% (см. таблицу 1).

Материнский и отцовский вклад в чувствительность и абсолютный риск показан в таблице 2. В целом, в FHR-P для неаффективного психоза матери и отца вносили эквивалентный вклад в чувствительность и абсолютный риск. Отцы имели более высокую частоту госпитализаций по психиатрическим показаниям (TDFR-P), поэтому их вклад в чувствительность этой концепции был немного выше. Абсолютный риск неаффективного психоза составил 16,7% для лиц, у которых оба родителя имели историю психоза, и 6,9% для лиц, у которых оба родителя имели историю госпитализаций по психиатрическим показаниям (по любой причине).

Для лиц, у которых развился неаффективный психоз, медианное количество лет между первым диагнозом психоза у родителя и диагнозом у индексного ребенка составило 14,1 года (межквартильный размах, IQR: 6,3–26,7, см. рисунок 1). Для лиц, у которых развилась шизофрения, медианное количество лет между первой госпитализацией родителя и диагнозом у индексного ребенка составило 13,3 года (IQR: 5,8–23,0, см. дополнительную информацию).

Для лиц, у которых развился неаффективный психоз, медианное количество лет между первой госпитализацией родителя и диагнозом у индексного ребенка составило 16,1 года (IQR: 6,5–26,0, см. рисунок 2). Для лиц, у которых развилась шизофрения, медианное количество лет между первой госпитализацией родителя и диагнозом у индексного ребенка составило 17,8 года (IQR: 7,9–27,4, см. дополнительную информацию).

Ограничение анализа лицами с самым длительным периодом наблюдения (только те, кто родился в 1987 году) не оказало значительного влияния на чувствительность и абсолютный риск для любой из концепций. Среди всех диагнозов неаффективного психоза у индексных детей 5,3% (95% CI: 4,0–6,7, N=64) были выявлены с использованием концепции FHR-P. Среди всех диагнозов шизофрении у индексных детей 4,3% (95% CI: 4,5–6,9, N=15) были выявлены с использованием концепции FHR-P. Среди всех диагнозов неаффективного психоза у индексных детей 20,4% (95% CI: 18,1–22,8, N=247) были выявлены с использованием концепции TDFR-P. Среди всех диагнозов шизофрении у индексных детей 23,3% (95% CI: 19,0–28,1, N=82) были выявлены с использованием концепции TDFR-P (см. также дополнительную информацию).

ОБСУЖДЕНИЕ

Используя данные из всеобщего реестра медицинской помощи, мы определили долю будущих случаев психоза, выявленных с помощью концепции FHR-P. При наблюдении

за всем населением, родившимся в 1987–1992 годы, с 13 до 29 лет, мы обнаружили, что с помощью этой концепции удалось выявить 5,2% всех случаев психоза у индексных детей. Это является верхним пределом доли случаев психоза, которые можно было бы предотвратить, если бы у нас было эффективное профилактическое вмешательство.

Мы также определили долю будущих случаев психоза, выявленных при использовании концепции трансдиагностического семейного риска (т.е. наличия родителей с психиатрической госпитализацией по любой причине). Всего 20,6% всех случаев психоза были выявлены с использованием этой концепции.

Чувствительность концепции FHR-P для выявления будущих случаев психоза была сопоставима с результатами недавних исследований в Великобритании, оценивающих чувствительность концепции клинически высокого риска (CHR). Исследователи из служб психического здоровья Южного Лондона обнаружили, что их клиники CHR выявляют 4,1% будущих случаев психоза²⁵. В отличие от концепции CHR, статус FHR-P и TDFR-P можно определить на основе обычных данных системы здравоохранения. Таким образом, в отличие от концепции CHR, выявление риска с использованием концепции FHR не связано с дополнительными затратами или другим бременем для врача или пациента.

Мы также рассчитали абсолютный риск психоза, связанный со статусом FHR-P и TDFR-P. Было выявлено, что у 6,4% всех детей, у которых один из родителей имел психоз, было диагностировано психотическое расстройство к 25–29 годам. Эквивалентный показатель для концепции TDFR-P составил 3,7%. В отличие от изменения чувствительности со временем, возраст, в котором определялся семейный риск, оказывал незначительное влияние на абсолютный риск.

Абсолютный риск психоза, связанный с обеими концепциями FHR, оказался ниже, чем риск психоза, обычно определяемый для концепции CHR. Систематический обзор исследований детей и подростков с диагнозом CHR показал, что у 16% из них было диагностировано психотическое расстройство при наблюдении в течение пяти или более лет²⁶. В выборках взрослых и молодежи кумулятивный риск развития психоза составил 28% за период наблюдения более четырех лет²⁷. Абсолютный риск, связанный с концепциями FHR-P и TDFR-P, предполагает, что, как и в случае с концепциями CHR⁵, для стратификации риска в группах FHR требуются дополнительные факторы.

Мы выявили незначительные различия между влиянием психоза матери и отца на абсолютный риск и чувствительность в отношении неаффективного психоза или шизофрении у индексных детей. Абсолютный риск неаффективного психоза и шизофрении был значительно выше (16,7%) при наличии психоза в анамнезе обоих родителей, хотя такие случаи были редки. Также наблюдалось незначительное различие в связи между госпитализациями в психиатрический стационар матери или отца и абсолютным риском психоза или шизофрении. Однако психиатрический анамнез отца оказался более чувствительным для выявления буду-

щих случаев психоза у потомков, чем анамнез матери. Это связано с более высокой частотой госпитализаций в психиатрический стационар у отцов.

Наконец, мы выявили значительные различия в доле случаев среди родителей и индексных детей в зависимости от того, какие возрастные пороги применялись для концепции FHR. Это наглядно демонстрирует, что выбор возрастных порогов для концепции FHR требует тщательного и прагматичного рассмотрения, чтобы обеспечить: а) достаточный охват всех родителей, которые соответствуют критериям FHR-P или TDFR-P в течение жизни; б) достаточный охват индексных детей, у которых развивается психоз; в) наличие достаточного временного промежутка для вмешательства между моментом включения родителя в систему FHR и постановкой диагноза у индексного ребенка.

Для предотвращения лишней стигматизации и страха мы рекомендуем специалистам, использующим концепцию FHR-P, четко разъяснять абсолютный риск развития психоза. Хотя риск и повышен, только у 6,4% всех лиц с FHR-P было диагностировано психотическое расстройство к концу периода наблюдения. Это означает, что более чем у 93% лиц с FHR-P развитие психоза не отмечалось. Среди лиц с трансдиагностическим семейным риском, основанным на истории госпитализации родителей по психиатрическим показаниям, у более чем 96% не был выявлен психоз к концу периода наблюдения. Более того, только небольшая часть случаев психоза возникала у лиц с семейным риском. Эта информация должна предотвратить фаталистическое восприятие семейного риска развития психоза.

В данном исследовании использовались данные национального реестра, охватывающие все население Финляндии, рожденное с 1987 по 1992 год. Оно включало данные о родителях со стороны как матери, так и отца, лишь в небольшой доле данные о семейных связях были недоступны (<2%). В странах с развитыми реестрами эти данные уже имеются в рамках медицинской документации и не требуют дополнительных затрат для использования. Это выгодно отличает их от методов оценки риска, основанных на симптомах, которые требуют длительной и дорогостоящей оценки, проводимой обученными медицинскими специалистами, а также вовлечения ресурсов самого пациента.

Семейный риск был выявлен на основе данных о госпитализации в психиатрический стационар родителей индексных детей. Валидность этих данных, в частности в отношении психоза, была изучена ранее, точность истинно положительных результатов варьировала от 75% до 93%^{21, 22, 28}. Конечно, не все родители с психическими расстройствами могли быть госпитализированы, что, вероятно, привело к снижению пропорции затронутых родителей и детей.

С точки зрения трансдиагностического семейного риска, в нашем исследовании учитывались данные о госпитализациях родителей по психиатрическим показаниям, но не амбулаторное лечение. Мы предполагаем, что включение амбулаторной психиатрической помощи могло бы повысить чувствительность в выявлении риска будущего психоза, но за счет снижения абсолютного риска. Проверить это в рамках текущего исследования было невозможно из-за ограниченного периода существования амбулаторных реестров. Однако по мере увеличения периода, в течение которого можно отслеживать данные в реестре, такая проверка станет возможной.

ВЫВОДЫ

Мы впервые определили чувствительность концепции FHR-P и новой концепции трансдиагностического семейного риска (TDFR-P) в оценке риска развития психоза. В общей сложности концепции FHR-P и TDFR-P позволили выявить 5,2% и 20,6% будущих случаев психоза соответственно. Чувствительность этих концепций варьировалась в зависимости от возраста, в котором определялся семейный риск. Абсолютный риск, напротив, оставался относительно неизменным, независимо от возраста, в котором определялся семейный риск. Для стратификации риска психоза в этих группах потребуется, помимо семейного риска, также учитывать дополнительные факторы.

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Этот проект был поддержан премиями I. Kelleher от Health Research Board (ECSA-2020-005), Academy of Medical Sciences (APR8\1005) и UK Department for Business, Energy and Industrial Strategy. Дополнительные материалы исследования доступны по адресу https://osf.io/my523/?view_only=e394a34edb9a4215ad8af22e74c599e0.

Перевод: Барканова Валерия, г. Москва

Редактура: Потанин Сергей Сергеевич, г. Москва

Литература

1. 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.
2. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A et al. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry* 2011;10:165-74.
3. Salazar de Pablo G, Studerus E, Vaquerizo-Serrano J et al. Implementing precision psychiatry: a systematic review of individualized prediction models for clinical practice. *Schizophr Bull* 2021;47:284-97.
4. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;70:107-20.
5. Worthington M, Cannon TD. Prediction and prevention in the clinical highrisk for psychosis paradigm: a review of the current status and recommendations for future directions of inquiry. *Front Psychiatry* 2021;12:770774.
6. Shah JL, Tandon N, Keshavan MS. Psychosis prediction and clinical utility in familial high-risk studies: selective review, synthesis, and implications for early detection and intervention. *Early Interv Psychiatry* 2013;7:345-60.
7. Ellersgaard D, Plessen KJ, Jepsen JR et al. Psychopathology in 7-year-old children with familial high risk of developing schizophrenia spectrum psychosis or bipolar disorder – The Danish High Risk and Resilience Study – VIA 7, a population-based cohort study. *World Psychiatry* 2018;17:210-9.
8. Uher R, Pavlová 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.
9. Agerbo E, Sullivan PF, Vilhjálmsdóttir BJ et al. Polygenic risk score, parental socioeconomic status, family history of psychiatric disorders, and the risk for schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2015;72:635-41.
10. Rasic D, Hajek T, Alda M et al. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a metaanalysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull* 2014;40:28-38.
11. Laursen TM, Labouriau R, Licht RW et al. Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:841-8.
12. Shevlin M, McElroy E, Christoffersen MN et al. Social, familial and psychological risk factors for psychosis: a birth cohort study using the Danish Registry System. *Psychosis* 2016;8:95-105.
13. Käkälä J, Nordström T, Haapea M et al. Association between family history of mental disorders and outcome in psychotic disorders. *Psychiatry Res* 2018;270:616-21.
14. Blomström AL, Karlsson H, Gardner RM et al. Associations between maternal infection during pregnancy, childhood infections and the risk of subsequent psychotic disorder – A Swedish cohort study of nearly 2 million individuals. *Schizophr Bull* 2016;42:125-33.
15. Mortensen PB, Pedersen MG, Pedersen CB. Psychiatric family history and schizophrenia risk in Denmark: which mental disorders are relevant? *Psychol Med* 2009;40:201-10.
16. Keskinen E, Miettinen J, Koivumaa-Honkanen H et al. Effect of parental psychosis on early risk factors and risk for psychoses in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Int Clin Psychopharmacol* 2011;26:e158.
17. Lång U, Ramsay H, Yates K et al. Potential for prediction of psychosis and bipolar disorder in child and adolescent mental health services: a longitudinal register study of all people born in Finland in 1987. *World Psychiatry* 2022;21:436-43.
18. Kelleher I. Psychosis prediction 2.0: why child and adolescent mental health services should be a key focus for schizophrenia and bipolar disorder prevention research. *Br J Psychiatry* 2023;222:185-7.

19. Leijdesdorff S, van Doesum K, Popma A et al. Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Curr Opin Psychiatry* 2017;30:312-7.
20. Campbell TC, Reupert A, Sutton K et al. Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;30:997-1012.
21. Pihlajamaa J, Suvisaari J, Henriksson M et al. The validity of schizophrenia diagnosis in the Finnish Hospital Discharge Register: findings from a 10-year birth cohort sample. *Nord J Psychiatry* 2008;62:198-203.
22. Sund R. Quality of the Finnish Hospital Discharge Register: a systematic review. *Scand J Public Health* 2012;40:505-15.
23. Lahti M, Eriksson JG, Heinonen K et al. Late preterm birth, post-term birth, and abnormal fetal growth as risk factors for severe mental disorders from early to late adulthood. *Psychol Med* 2014;45:985-99.
24. UNESCO Institute for Statistics. International standard classification of education (ISCED). <https://uis.unesco.org>.
25. Ajnakina O, Morgan C, Gayer-Anderson C et al. Only a small proportion of patients with first episode psychosis come via prodromal services: a retrospective survey of a large UK mental health programme. *BMC Psychiatry* 2017;17:308.
26. Lång U, Yates K, Leacy FP et al. Systematic review and meta-analysis: psychosis risk in children and adolescents with an at-risk mental state. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022;61:615-25.
27. De Pablo GS, Radua J, Pereira J et al. Probability of transition to psychosis in individuals at clinical high risk. *JAMA Psychiatry* 2021;78:970-8.
28. Mäkiyö T, Isohanni M, Moring J et al. Accuracy of register-based schizophrenia diagnoses in a genetic study. *Eur Psychiatry* 1998;13:57-62.

DOI:10.1002/wps.21243

Эмоциональная регуляция и психическое здоровье: современные исследования и перспективы

Matthias Berking. Emotion regulation and mental health: current evidence and beyond. *World Psychiatry*. 2024;23(3):439-440

Понятие эмоциональной регуляции (ЭР) в настоящее время активно используется в исследованиях, посвященных тематике психических расстройств и их лечении. Популярность данного понятия во многом обусловлена тем, что развитию и поддержанию большинства форм психопатологии способствует дефицит адаптивных реакций на нежелательные аффективные состояния.

Очевидно, что речь идет о психических расстройствах, которые в первую очередь определяются чрезмерной выраженностью нежелательных аффективных состояний, например, тревожных и аффективных расстройств. Для данных расстройств буквально по определению сохранение или усугубление нежелательных аффективных состояний является результатом неспособности человека к их регуляции.

Однако, поскольку многие поведенческие и когнитивные симптомы других психических расстройств также можно рассматривать как дисфункциональные стратегии ЭР, сфера применения этой парадигмы простирается гораздо дальше. Рассмотрим, например, следующие случаи: когда избегание используется для снижения тревоги; алкоголь употребляется, чтобы заглушить одиночество; переиздание служит отвлечением от эмоциональных страданий; ситуация представляется как неконтролируемая и безнадежная для снижения напряжения при решении своих проблем или для предупреждения будущих разочарований. Во всех описанных сценариях поведенческие или когнитивные стратегии дают кратковременное избавление от нежелательных аффективных состояний. Поскольку данные дезадаптивные стратегии имеют незамедлительный положительный эффект, это подкрепляет их использование: люди начинают использовать их все чаще, пока не будут достигнуты уровни симптоматики расстройств, связанных с тревогой, употреблением алкоголя, нарушениями питания или настроением и т. д.

Важно, что такую ситуацию можно предотвратить: в том случае, если человек осознает негативные последствия дезадаптивных способов совладания в среднесрочной и долгосрочной перспективах, он сможет переориентироваться на применение более адаптивных способов преодоления нежелательных аффективных состояний. Однако подобная переориентация все равно будет безуспешной настолько, насколько человек не обладает эффективными навыками эмоциональной регуляции. Исходя из того, что все психические расстройства, вероятно, подкрепляются определенными поведенческими и когнитивными особенностями, которые изначально уменьшают негативное влияние, и поскольку человек, находящийся в состоянии дистресса, с большей вероятностью будет использовать дезадаптивные способы совладания в отсутствие более адаптивных альтернатив, можно предположить, что все психические расстройства в значительной степени подкрепляются недостаточно развитыми навыками эмоциональной регуляции.

Исходя из данной концепции, можно сделать вывод о том, что пациенты с психическими расстройствами нуждаются в такой терапии, которая систематически направлена на развитие навыков эмоциональной регуляции. В научно-обоснованных концепциях ЭР, к примеру в «Модели адаптивного совладания с эмоциями» (Adaptive Coping with Emotions Model – ACE Model)¹ утверждается, что лечение должно способствовать развитию у человека способности снижать интенсивность и уменьшать продолжительность нежелательных аффективных состояний, а также развивать умение принимать и переживать такие состояния, когда их изменение невозможно.

Кроме того, данные методы терапии должны способствовать формированию так называемых «подготавливающих» навыков, которые помогают успешно применять навыки

эмоциональной регуляции, направленные на изменение или принятие своего состояния. Примеры таких подготавливающих навыков включают: способность осознавать, верно идентифицировать и называть свои чувства, а также разрабатывать свою психологическую модель, определяющую, за счет чего поддерживаются чувства, причем важно, чтобы данная модель способствовала подтверждению и дестигматизации собственного опыта, предлагая конкретные инструменты для успешных изменений или принятия своего состояния.

Наконец, следует отметить, что все рассмотренные до сих пор адаптивные техники ЭР первоначально могут усиливать негативный аффект^{1,2}. Таким образом, направленное на психокоррекцию лечение должно также включать задачи по развитию навыков самопомощи, позволяющих пациентам стойко придерживаться выработанных адаптивных стратегий, несмотря на вероятное усугубление негативного аффекта.

Существуют эмпирические доказательства данных теоретических предпосылок: при различных психических расстройствах было зарегистрировано значительное снижение навыков ЭР³. Более того, публикация достаточно большого количества лонгитюдных и экспериментальных исследований позволяет предположить, что данная связь обусловлена тем, что дефицит навыков ЭР влияет на психическое здоровье, а не (исключительно) наоборот³. Что касается значенности специфических навыков ЭР, то многочисленные данные подтверждают эффективность переосмысления, принятия и самосострадания^{4,5}.

Дальнейшие исследования показали, что направленные на развитие навыков ЭР методы психотерапии (например, диалектическая поведенческая терапия), эффективны при лечении широкого спектра психических расстройств. Более конкретизированные на данной теме исследования свидетельствуют о том, что вмешательства, направленные исключительно на развитие навыков ЭР (например, тренинг регуляции эмоционального состояния или психотерапия, основанная на регуляции эмоций), являются эффективными методами лечения ряда расстройств^{2,6}. Наконец, наблюдаемые в данных исследованиях значимые опосредованные эффекты позволяют предположить, что повышение навыков ЭР является основным фактором снижения тяжести симптомов^{7,8}.

Несмотря на то что имеющиеся результаты исследований вселяют надежду у специалистов, изучение ЭР в контексте психопатологии по-прежнему сопряжено с рядом трудностей. Прежде всего концептуальное определение ключевых терминов в данной области не имеет достаточной ясности. Так, понятие «эмоции» повсеместно используется для обозначения различных аффективных состояний, несмотря на то что уже были предложены более конкретные определения для сопряженных терминов: эмоция относится к довольно короткому переживанию, которое имеет идентифицируемый триггер; настроение – сравнительно более продолжительное переживание, часто с неопределенным триггером; стресс – неспецифическая реакция на угрозы, препятствующие достижению целей; побуждения – импульсы мотивации; чувства – субъективный опыт аффективных состояний; аффект – обобщающий термин для всего вышеперечисленного.

Еще большую двусмысленность вносит термин «регуляция», который подразумевает, что для изменения эмоционального состояния человеку необходимо предпринять какие-либо действия. Однако для некоторых случаев сознательное решение не регулировать эмоцию, а просто наблюдать за ней и позволить ей идти своим чередом, может быть наиболее адаптивной реакцией. Исходя из того, что четкий

понятийный аппарат имеет наиважнейшее значение, можно было бы использовать вместо понятия «регуляция» такие термины, как «адаптивная реакция» или «дезадаптивная реакция» на нежелательное аффективное состояние.

Еще одной проблемой является попытка исследователей определить наиболее эффективные способы или техники ЭР. Очевидно, что нет универсального метода регулирования всех нежелательных аффективных состояний в любых обстоятельствах. Количество переменных, влияющих на эффективность конкретного способа ЭР в конкретной ситуации, слишком велико для того, чтобы проводить систематическое сравнение эффективности нескольких техник ЭР для всех возможных сочетаний этих переменных. Тем не менее исследователи должны разработать и утвердить эмпирические правила, которые учитывают единые значимые переменные: например, рекомендовать использовать технику принятия, если возможность изменить эмоцию невелика, или использовать техники экспозиции для работы со страхом, а техники отвлечения – для работы с гневом.

Другая проблема, с которой могут столкнуться исследователи, связана с тем, что, вероятно, применение одновременно нескольких техник ЭР более эффективно, чем использование одной конкретной техники. К примеру, было показано, что мотивирование пациентов к применению практик самосострадания перед проведением техники, направленной на переоценку ситуации, повышает эффективность последней⁹. Поэтому в дальнейших исследованиях необходимо определить, какие комбинации техник эмоциональной регуляции являются наиболее эффективными.

Более того, очевидно, что современные исследования, как правило, фокусируются на сравнительно широких категориях навыков и техниках саморегуляции. Например, во многих публикациях отмечается эффективность такой техники эмоциональной регуляции, как переоценка ситуации. Тем не менее существует множество способов, с помощью которых эта техника может быть реализована, и различные подходы могут существенно различаться по своему воздействию на возникновение нежелательных эмоций. Таким образом, будущие исследования должны также сравнивать эффективность различных способов применения навыков ЭР в рамках одной и той же техники.

Что касается интервенционных исследований, то методы терапии, направленные исключительно на развитие навыков ЭР, ранее оценивались лишь для относительно ограниченного круга психических расстройств. Поэтому в будущих исследованиях следует изучить эффективность таких интервенций для более широкого спектра психических заболеваний. Поскольку, согласно предварительным данным, вмешательства, направленные на развитие навыков ЭР, в

лучшем случае могут быть сопоставимы по эффективности с методами терапии конкретных расстройств, исследователи могут сосредоточиться на оценке методов терапии, которые используют уникальные практические и экономические преимущества подходов, основанных на эмоциональной регуляции, – особенно их трансдиагностическую применимость.

Так, исследователи могут изучить дополнительные эффекты, достигаемые при сочетании индивидуальной терапии, ориентированной на конкретное расстройство, с трансдиагностическими групповыми формами работы, направленными именно на развитие навыков эмоциональной регуляции. Подобное комбинирование форм работы позволит целенаправленно воздействовать на специфические для конкретных психических расстройств факторы и одновременно использовать преимущества групповой терапии, более легкой в организации участия пациентов с различными диагнозами.

Matthias Berking

Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Friedrich- Alexander Universität Erlangen – Nürnberg, Erlangen, Germany

Перевод: Лановая Алеся Михайловна, г. Москва

Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Berking M, Whitley B. Affect regulation training (ART). New York: Springer, 2014.
2. Berking M, Musa NS. In: Gross JJ, Ford BQ (eds). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford, 2024:3918.
3. Lukas CA, Ebert DD, Fuentes HT et al. J Clin Psychol 2018;74:1017-33.
4. Cludius B, Ehring T. In: Gross JJ, Ford BQ (eds). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford, 2024:28593.
5. Diedrich A, Grant M, Hofmann S et al. Behav Res Ther 2014;58:43-51.
6. Mennin DS, Fresco DM. In: Gross JJ, Ford BQ (eds). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford, 2024:38390.
7. Berking M, Eichler E, Naumann E et al. Br J Clin Psychol 2022;61:9981018.
8. Berking M, Eichler E, Luhmann M et al. PLoS One 2019;14:e0220436.
9. Diedrich A, Hofmann SG, Cuijpers P et al. Behav Res Ther 2016;82:110.

DOI: 10.1002/wps.21244

Эмоциональная регуляция, скаффолдинг и психиатрия

Matthew Ratcliffe. Emotion regulation, scaffolding and psychiatry. *World Psychiatry*. 2024;23(3):441-442

Отдельные эмоциональные переживания – относящиеся к таким устоявшимся категориям, как страх, гнев и радость, – могут как регулировать, так и нарушать функционирование когнитивных процессов и поведения человека. Такие переживания требуют регуляции, и обычно она имеет форму эмоциональной регуляции.

Существуют различные определения эмоциональной регуляции, но чаще всего предполагается, что она включает в себя такие техники или стратегии: изменение ситуации, переключение внимания, переоценка ситуации или изменение самой эмоции. Считается, что эмоциональная регуляция включает как сознательные, так и бессознательные стратегии, а также различные и порой противоречащие цели и мотивы¹.

В соответствии с такой моделью эмоциональную дисрегуляцию можно рассматривать с точки зрения следующих

вопросов: возникает ли эмоция вообще, является ли она ситуативно уместной и соответствует ли ее интенсивность стимулу, который ее вызвал. Такой подход может касаться как отдельного проявления эмоции, так и характера эмоции и(или) эмоционально значимой ситуации, или же более широких диапазонов эмоциональных состояний.

В таком понимании эмоциональная регуляция и дисрегуляция, безусловно, представляют интерес для психиатрии. Однако важно не рассматривать их либо слишком упрощенно, либо с позиции индивидуализма. Для того чтобы определить особенности дисрегуляции, которые могут коррелировать с психиатрическими диагнозами, необходим более широкий, комплексный подход.

Я предлагаю выделить три основные задачи, связанные с эмоциональной регуляцией: а) регуляция повседневных эмо-

ций; б) регуляция эмоциональных реакций, когда в нашей жизни отсутствует структура или упорядоченность; и в) регуляция эмоциональных паттернов, которые являются лишь временными, однако влияют на то, как мы реагируем и адаптируемся к нарушениям привычного жизненного уклада.

Адекватность наших эмоциональных реакций на повседневные ситуации отчасти зависит от нашей индивидуальной организации своей жизни. То, что имеет для нас значение, отражает то, о чем мы уже заботимся или что ценим – устоявшуюся систему отношений, планов, обязательств, увлечений и ценностей. Будут ли наш гнев, страх, радость или утешение уместными в конкретной ситуации и будет ли соответствовать их интенсивность и продолжительность определенным условиям, зависит от того, как они соотносятся с общим жизненным фоном забот и переживаний человека.

Таким образом, мы можем рассматривать эмоциональную регуляцию с той точки зрения, при которой различные эмоции отражают события и ситуации, имеющие для нас значение в меняющихся структурах нашей жизни, позволяя нам реагировать на них соответствующим и наиболее эффективным образом. Можно сказать, что в повседневных ситуациях специфические процессы регуляции требуются редко. Вместо этого наши эмоции «саморегулируются», иницируя поведение, которое либо меняет сами стимулы, вызывающие эмоции, либо меняет наше отношение к ним². Такое саморегулирующееся поведение совершенно не похоже на осознанную регуляцию эмоций, и это происходит в тех случаях, если наша жизнь оказывается лишена порядка, например, в ситуациях глобальных потрясений и кризисов.

Рассмотрим различные события, связанные с переживанием горя или утраты: тяжелая утрата, разрыв межличностных отношений, вынужденная миграция, внезапное и неожиданное завершение карьеры, разрушение дома или постановка диагноза серьезного заболевания. Эти и другие жизненные события могут подрывать систему ценностей, относительно которой ранее возникали и осмысливались наши обычные эмоциональные переживания – как для нас самих, так и для окружающих. В результате мы больше не можем опираться на ресурсы эмоциональной регуляции, которые предполагали существование этой ориентирующей жизненной структуры.

Существует и третья проблема, связанная с регуляцией. Определенные эмоциональные паттерны влияют на то, как мы реагируем и адаптируемся к значительным изменениям в нашей жизни. Некоторые из них скорее представляют собой целостные, растянутые во времени процессы, нежели просто последовательность отдельных эмоциональных переживаний. В особенности это касается ситуации горя вследствие смерти близкого человека. Кроме прочего, данный процесс включает осмысление, реагирование и адаптацию к произошедшему и к новой реальности, что часто занимает продолжительное время³.

Как же мы регулируем такие эмоции, сталкиваясь с утратой ресурсов, обеспечивавших эмоциональную регуляцию? Рассматривая этот вопрос, следует обратить внимание на процессы, распределенные между индивидуумом и его социальным окружением, а не ограничиваться исключительно личными возможностями человека. Можно утверждать, что даже в повседневной жизни мы используем внешнюю поддержку, или скаффолдинг (scaffolding), для эмоциональной регуляции⁴. Однако важно различать повседневные и исключительные формы такой поддержки. Упорядоченность жизни во многом зависит от привычных взаимодействий с социальным окружением – дома, на работе, с семьей и с друзьями. Когда мы переживаем эмоциональное потрясение, мы теряем не только установившиеся жизненные опоры, но и эмоциональную поддержку, которая ранее воспринималась как должное. Именно в таких ситуациях необходимость эмоциональной регуляции становится особенно очевидной, как и нехватка соответствующих ресурсов. Следовательно, возникает потребность в особых формах регуляции, требующих особых способов поддержки. Предполагая, что данный тип регуляторных задач представляет – или, по крайней мере, должен представлять – особый интерес для психиатрии.

Большая часть эмоциональной поддержки, на которую мы опираемся как в повседневных, так и в исключительных обстоятельствах, носит межличностный или социальный характер. Процессы регуляции опираются на взаимоотношения с конкретными людьми, семьями, обществом в целом и с более широким социальным и культурным окружением – и даже могут быть частично ими обусловлены. Например, было высказано предположение, что существует тесная взаимосвязь между эмоциональной регуляцией и привязанностью⁵. Когда мы лишены привычных ресурсов для эмоциональной регуляции, мы можем обращаться к другим людям, чтобы интерпретировать, оценивать и изменять свои эмоции, в том числе те, которые помогают нам справляться с потрясениями и находить новые ориентиры в жизни.

Таким образом, особенно выраженная форма эмоциональной дисрегуляции возникает в ситуациях, когда человек сталкивается с переживанием глубокой утраты или отсутствием упорядоченности в жизни, в сочетании с недоступностью получения межличностной и социальной поддержки – в такой ситуации человек оказывается потерян и одинок. Это состояние характерно для ряда психических заболеваний, включая посттравматическое стрессовое расстройство и некоторые формы депрессии. Человек может чувствовать себя оторванным от окружающих или неспособным доверять. Он может испытывать чувства стыда, вины, страха или собственной неспособностью. Однако, несмотря на разноеобразие этих переживаний, их объединяет общая тема – ощущение неспособности переживать и выстраивать отношения с другими людьми именно таким образом, который мог бы помочь справиться с эмоциональным потрясением и дистрессом.

Лишение человека определенных возможностей межличностных отношений не только способствует ощущению потерянности и одиночества, но также может приводить к чувству безысходности или необратимости. Например, в рассказах людей, столкнувшихся с травматическими событиями, часто упоминается всепроникающая утрата способности к доверию другим людям – доверию, которое могло бы поддерживать осознание, что за пределами текущей ситуации все еще существуют жизненно важные возможности⁶. Отчужденность от социума и отсутствие надежды на позитивные изменения также являются распространенной и постоянной темой при описаниях депрессии. В таких переживаниях отсутствует ощущение выхода: человек чувствует себя запертым в тюрьме или выброшенным в яму, из которой невозможно выбраться, потому что в его мире нет даже намека на возможность, что кто-то когда-нибудь бросит ему спасательную веревку. Чувство необратимости, а вместе с ним и утрата способности надеяться, неотделимо от ощущения одиночества, оторванности от других, отчужденности и покинутости^{7,8}.

Такое переживание можно охарактеризовать как потерю доступа к процессам, которые при иных обстоятельствах могли бы помочь человеку справиться с утратой и дезориентацией. Диагноз депрессии часто связан с «ощущением недоступности других людей как потенциальных внешних со-регуляторов». Однако ощущение, что никто не может вмешаться и помочь открыть новые и значимые для жизни возможности, не ограничивается только депрессией. Переживания дезориентации, безысходности, разобщенности, пустоты, отсутствия чего-то важного, утраты и нехватки, которые связаны с ограниченным доступом к межличностной поддержке, не являются специфическими для какого-либо одного диагноза. Следовательно, необходима более целостная картина эмоциональной регуляции, которая подчеркивает связь между эмоциями и постоянно меняющейся структурой человеческой жизни, а также различия между повседневными и исключительными формами эмоциональной регуляции, которые в значительной степени зависят от межличностных и социальных процессов.

Matthew Ratcliffe

Department of Philosophy, University of York, Heslington, UK

Перевод: Лановая Алеся Михайловна, г. Москва

Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Gross JJ. In: Gross JJ (ed). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford, 2014:3-20.
2. Kappas A. Emot Rev 2011;3:17-25.
3. Ratcliffe M. Grief worlds: a study of emotional experience. Cambridge: MIT Press, 2022.
4. Colombetti G, Krueger J. Philos Psychol 2015;28:1157-76.
5. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Motiv Emot 2003;27:77-102.
6. Brison SJ. Aftermath: violence and the remaking of a self. Princeton: Princeton University Press, 2002.
7. Ratcliffe M. Experiences of depression: a study in phenomenology. Oxford: Oxford University Press, 2015.
8. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. World Psychiatry 2023;22:352-65.
9. Varga S, Krueger J. Rev Philos Psychol 2013;4:271-92.

DOI: 10.1002/wps.21245

Психическое здоровье подростков в контексте поддерживающих взаимоотношений: вызовы XXI века

Susan Branje. Adolescent mental health and supportive relationships: 21st century challenges. *World Psychiatry*. 2024;23(3):441-442

Известно, что личные отношения играют ключевую роль для психического здоровья и благополучия подростков. В подростковом возрасте человек начинает осознавать свою непохожесть на других, что способствует формированию личностной идентичности. Формирование целостного чувства идентичности играет важнейшую роль для психического здоровья подростков, а взаимоотношения служат жизненно важным источником поддержки, помогающим подросткам справиться с этой задачей¹.

Поддерживающие взаимоотношения с родителями, чутко и отзывчиво реагирующими на изменяющиеся потребности подростков, создают надежный фундамент, позволяющий в будущем подросткам с уверенностью исследовать и изучать различные аспекты своей идентичности. Постепенно самостоятельное исследование новых социальных контекстов становится все более интригующим и важным для подростков. В это же время центральную роль в жизни подростков начинают играть сверстники: обучение и развитие в этот период происходит через новый опыт общения с друзьями.

Более того, взаимодействие как с родителями, так и со сверстниками дает подросткам актуальную для них обратную связь, позволяющую оценить, соответствует ли их самоощущение тому, как их воспринимают близкие люди. Такая обратная связь служит инструментом для укрепления или же некоторой корректировки их идентичности. Таким образом, взаимоотношения имеют основополагающее значение для психического здоровья и благополучия подростков^{2,3}.

В последние десятилетия XX века и первые десятилетия XXI века во всем мире наблюдается значительный рост проблем, касающихся психического здоровья подростков. Многочисленные повторные кросс-секционные исследования с обширными выборками (от 100 000 до 915 054 человек) показывают тенденцию к ухудшению психического здоровья подростков за последние десятилетия. Несмотря на существенные национальные различия в распространенности и динамике изменений психического здоровья подростков, снижение отмечено в 36 странах. Ухудшение состояния психического здоровья особенно заметно в странах с высоким уровнем дохода, и прежде всего среди девушек.

Данная динамика совпадает с ростом перфекционизма в последние три десятилетия⁴. Современные поколения молодежи сталкиваются с более высокими ожиданиями от них со стороны окружающих и сами предъявляют к себе повышенные требования. Такое стремление к совершенству отчасти объясняет рост числа проблем с психическим здоровьем⁴. Когда перфекционизм становится дезадаптивным, он может затруднять формирование гармоничной личности и приводить к чрезмерным переживаниям, заикливости на ошибках, нерешительности и таким сложным чувствам, как вина и стыд. Именно это может объяснить взаимосвязь между перфекционизмом и проблемами психического здоровья.

Рост перфекционизма, вероятно, обусловлен сочетанием различных факторов, в том числе растущим преобладанием индивидуалистических и материалистических ценностей в обществе. Подобные тенденции способствуют развитию высокой конкуренции и устанавливают недостижимые стандарты, что приводит к нереалистичным ожиданиям у молодежи. Такие факторы, действующие на макроуровне общества, не только усиливают склонность подростков к перфекционизму и ощущаемое давление на них, но и влияют на значимые взаимоотношения подростков. Взаимодействие с родителями и сверстниками все больше сосредотачивается только на успехах или неудачах самих подростков.

Половое созревание и связанное с ним развитие нервной системы способствуют изменению динамики власти в отношениях между родителями и подростками, что зачастую связано с возникающим обострением конфликтов. Тем не менее во всем мире родительское отношение обычно остается теплым и поддерживающим на протяжении всего подросткового возраста⁶. Исследования свидетельствуют о том, что за последние десятилетия практика ориентации на авторитарный стиль в воспитании заметно сократилась в пользу эгалитарного стиля, основанного на равноправии⁷.

Однако тенденция к использованию теплого и поддерживающего стиля воспитания часто совпадает с усилением родительской чрезмерной вовлеченности, тревожного контроля и склонности к гиперопеке. Особенно в подростковом возрасте такие навязчивые методы воспитания, несмотря на их благие намерения, могут препятствовать здоровому развитию. Кроме того, в последнее время наблюдается рост повышенных родительских ожиданий и критики⁵, что может способствовать увеличению перфекционизма и связан с ним проблем с психическим здоровьем.

Подростки также сталкиваются с растущим давлением, связанным с необходимостью соответствовать (предполагаемым) ожиданиям своих сверстников, что приводит к росту перфекционизма и проблемам с психическим здоровьем. Такое давление усугубляется повсеместным использованием социальных сетей. Однако важно отметить, что, несмотря на развитие проблем с психическим здоровьем, связанных с использованием социальных сетей⁸, использование социальных сетей само по себе не является пагубным для психического здоровья подростков. Вопреки предположению о том, что социальные сети препятствуют реальному общению со сверстниками, они в первую очередь служат продолжением офлайн-взаимодействия, способствуя развитию и облегчая поддержание социальных связей, зачастую оказывая положительное влияние на психическое благополучие⁹. Ситуация во время пандемии COVID-19 является ярким примером: когда физическое общение между подростками значительно сократилось, многие отмечали, что сильнее испытывали чувство одиночества, отмечали больше проблем, связанных с психическим здоровьем. Онлайн-общение со сверстниками в интернете помогло смяг-

чить некоторые из этих негативных последствий физической изоляции.

Использование социальных сетей может способствовать укреплению психического здоровья, если оно способствует позитивному взаимодействию, усиливает социальную поддержку и облегчает поддержание социальных контактов. Использование социальных сетей может усугублять проблемы с психическим здоровьем в тех случаях, когда оно становится чрезмерным, когда все меньше времени уделяется общению лицом к лицу и когда оно связано с негативным взаимодействием или сравнением себя с другими людьми⁸. Подобные риски в первую очередь обусловлены особенностями подростков или их окружения, а не непосредственно самим использованием социальных сетей⁹. Существует также серьезная проблема в отношении формирования аддиктивного поведения: при помощи социальных сетей подростки предпринимают попытки отвлечься от реальности, пренебрегают другими важными аспектами своей жизни, такими как учеба в школе, отношения или сон. Социальные сети предоставляют возможности для позитивной самопрезентации, что может приводить к усилению чувства неуверенности, повышению перфекционизма и развитию симптомов депрессии среди молодежи, которая борется с неуверенностью в себе и постоянно сравнивает себя с кажущимися более успешными и социально благополучными сверстниками.

Вместо того чтобы удерживать подростков от использования социальных сетей, мы должны сосредоточиться на понимании индивидуальных и средовых факторов, которые предрасполагают молодежь к негативному воздействию средств массовой информации. Если использование социальных сетей подростками направить в благополучное разумное русло, можно укрепить позитивное социальное взаимодействие и минимизировать потенциальный вред для психического здоровья.

Будущие исследования должны быть направлены на изучение влияния социальных и технологических изменений и на то, как строятся отношения подростков с родителями и сверстниками. Преобладающая в обществе тенденция к повышенному индивидуализму и материализму создает все более конкурентную среду и нереалистичные ожидания. Эти изменения не только непосредственно влияют на развитие личности и психическое благополучие подростков, но и могут отразиться на характере их взаимодействия с родителями и сверстниками.

Даже в контексте теплых и поддерживающих взаимоотношений родителей и подростков, а также дружеских

отношений, изменения в обществе, вероятно, повлияют не только на восприятие этих отношений, но и на поведение во время взаимодействия, а также на интерпретацию этого поведения. Нам необходимо более полное понимание такого взаимодействия подростков с родителями и сверстниками, которое способствует формированию перфекционизма, препятствующего формированию гармоничной личности и ставящего под угрозу психическое здоровье подростка.

Не менее важным, пожалуй, является устранение факторов макроуровня, которые способствуют формированию общественного контекста, характеризующегося растущей конкуренцией, экономическим неравенством и стремлением к постоянному совершенствованию. Такой социокультурный контекст создает среду, в которой некоторые подростки вместе с родителями и сверстниками ненамеренно создают условия, порождающие перфекционизм. Поэтому всесторонние исследования должны быть направлены не только на тщательное изучение взаимодействий на микроуровне внутри взаимоотношений, но и на понимание более широких общественных факторов, формирующих такую динамику.

Susan Branje

Department of Youth and Family, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands

Перевод: Лановая Аlesia Михайловна, г. Москва

Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Branje S, De Moor EM, Spitzer J et al. J Res Adolesc 2021;31:908-27.
2. Smetana JG, Rote WM. Annu Rev Dev Psychol 2019;1:41-68.
3. Schwartz- Mette RA, Shankman J, Dueweke AR et al. Psychol Bull 2020; 146: 664-700.
4. Cosma A, Stevens G, Martin G et al. J Adolesc Health 2020;66:S50-8.
5. Curran T, Hill AP. Psychol Bull 2022;148:107-28.
6. Branje S. Child Dev Perspect 2018;12:171-6.
7. Trifan TA, Stattin H, Tilton- Weaver L. J Marriage Fam 2014;76:744-61.
8. Twenge JM, Joiner TE, Rogers ML et al. Clin Psychol Sci 2018;6:3-17.
9. Odgers CL, Jensen MR. J Child Psychol Psychiatry 2020;61:336-48.

DOI: 10.1002/wps.21246

Когнитивно-поведенческая терапия тревожности у подростков: актуальные тенденции, достижения и перспективы

Philip C. Kendall, Marisa Meyer, Julia S. Ney. Trends, advances and directions in cognitive- behavioral therapy for adolescent anxiety. World Psychiatry. 2024;23(3):442-443

Подростковый возраст – время серьезных изменений во многих сферах жизни человека – физической, поведенческой, эмоциональной, когнитивной и социальной, – и ключевую роль для данных изменений играет среда, в которой проходит взросление. Начало 2020-х годов создало уникальный контекст для развития подростков, наполненный беспрецедентными по своему значению событиями на разных уровнях жизни. Эти события могли оказать потенциальное влияние на уже известные нам закономерности подросткового развития, описанные в предыдущих исследованиях.

В данной статье кратко представлены результаты последних исследований тревожности среди подростков, которая связана с использованием социальных сетей и пан-

демией COVID-19. Также приведен анализ современных тенденций и достижений когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в лечении тревожных расстройств у подростков. Подчеркивается важность поведенческих техник экспозиции, а также необходимость «гибкости при сохранении верности методике»¹ в КПТ, основанной на протоколах КПТ. В заключение определены перспективные направления исследований, раскрывающие проблематику развития, поддержания и терапии тревожности у подростков.

В последние годы наблюдается рост тревожности среди молодежи, а также увеличение распространенности симптомов депрессии, суицидального поведения и других психических расстройств. Так, во время пандемии COVID-19

симптомы тревожности отмечались у 20% опрошенных подростков, тогда как до пандемии этот показатель составлял 11%². Кроме того, независимо от социально-экономических условий, 70% подростков сообщили, что тревожность и депрессия являются одними из главных проблем среди их сверстников³. Все более значимыми становятся гендерные различия в распространенности тревожных расстройств: тревожность чаще встречается среди девушек, чем среди юношей, а также среди представителей сексуальных меньшинств по сравнению с гетеросексуальной молодежью^{2,4}.

Подростки сталкиваются с множеством стрессоров, которые могут способствовать повышению тревожности. Пандемия COVID-19 негативно сказалась на психологическом благополучии подростков: социальная изоляция нарушила привычный ход течения жизни и лишила общения со сверстниками². Помимо пандемии, важным фактором в развитии тревожности является активное использование подростками цифровых технологий и социальных сетей. С одной стороны, социальные сети могут приносить пользу, помогая подросткам поддерживать социальные контакты. Тем не менее их чрезмерное использование может привести к повышению тревожности. В лонгитюдном исследовании, проведенном среди подростков 12–15 лет, было выявлено, что у подростков, проводивших в соцсетях более трех часов в день, отмечался повышенный риск формирования тревожных и депрессивных расстройств⁵. Невозможно усомниться в том, что чрезмерное использование социальных сетей подростками имеет двойные последствия.

Последние исследования подтверждают эффективность и результативность КПП в лечении тревожных расстройств у подростков^{6,7}. Причем в современных исследованиях эффекты лечения анализируются в зависимости от формы вмешательства и от ключевых компонентов терапии (например, психообразования, когнитивной реструктуризации, поведенческой экспозиции). При сравнении показателей ремиссии тревожного состояния в экспериментальной и контрольной группах после прохождения лечения было выявлено, что наибольшей эффективностью обладают индивидуальная, семейная и дистанционная формы работы.

Несмотря на ограниченное число сравнительных исследований, разница в эффективности между различными формами проведения КПП (например, индивидуальная vs групповая) была минимальной. В то же время комбинирование техник КПП с приемом антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) продемонстрировало большую эффективность, чем применение психотерапии или фармакотерапии по отдельности⁸.

Среди основных методов когнитивно-поведенческой терапии наиболее эффективными являются поведенческие эксперименты (техника экспозиции). В дополнение к предыдущим исследованиям, изучавшим связь между выполнением заданий на экспозицию (например, учет количества таких заданий в ходе психотерапевтической сессии) с результатами лечения, в последних исследованиях КПП оценивалась эффективность терапии, ориентированной непосредственно только на использование экспозиции. Были изучены показатели тревожности у подростков после рандомизированного распределения в одну из двух терапевтических групп, в зависимости от применения разных базовых методов КПП: 1) КПП с акцентом на экспозиционную терапию (Exposure-Focused Cognitive-Behavioral Therapy – EF-CBT), характеризующаяся отсутствием методов релаксации в работе и более быстрым началом выполнения заданий по экспозиции; 2) терапия, основанная на релаксации. Экспозиционная терапия КПП оказалась не только эффективной в лечении тревожных расстройств у подростков, но и продемонстрировала большую эффективность по сравнению с релаксационной терапией. Результаты исследования свидетельствовали о том, что экспозиционная терапия КПП обеспечила «более быстрое и более выраженное» снижение уровня тревожности у подростков. Участники, попавшие в группу, где применялся метод EF-CBT, с более высокой вероятностью прошли полный курс терапии по сравнению с теми, кто проходил релаксационную терапию⁹.

Достижения в области КПП в отношении подростков подчеркивают необходимость гибкого внедрения протоколов работы когнитивно-поведенческой терапии с целью расширения их применения и повышения доступности. Гибкость позволяет персонализировать лечение с учетом интересов подростков (спорт, компьютеры, искусство) и их потребностей (коморбидные диагнозы, уровень когнитивного развития). Также требуется гибкость при выборе места для проведения когнитивно-поведенческой терапии: работа может осуществляться в образовательных учреждениях, центрах психического здоровья, с использованием технологий телемедицины и онлайн-платформ, а также на дому.

Основные элементы научно доказанных методов терапии остаются неизменными, но могут варьироваться в зависимости от потребностей в своем практическом применении и целесообразности. Широкое применение методов КПП, опосредованное цифровыми устройствами (ускоренное пандемией COVID-19), позволило отметить гибкость и адаптируемость подхода к новым условиям по сравнению со стандартными очными форматами. Например, техника экспозиции может проводиться в реальных условиях жизни подростка под контролем психотерапевта с использованием видеосвязи по FaceTime или встроенных камер на ноутбуке¹. Онлайн-платформы телемедицины повышают доступность КПП-вмешательств независимо от географического региона, позволяя подросткам и участвовать в проведении экспозиционной терапии со сверстниками, и общаться с другими людьми, имеющими схожие проблемы с психическим здоровьем.

Вероятно, в будущем больше внимания будет уделяться сравнению очных и дистанционных форм психотерапевтической работы, направленной на коррекцию тревожности среди подростков. Кроме того, среди подростков станут более распространенными приложения по снижению тревоги, но при этом такие приложения потребуют качественной оценки их эффективности. Мы не ожидаем, что искусственный интеллект заменит специалиста по КПП, но мы видим, что телемедицина играет все более значимую роль и оказывает все большее влияние.

Уменьшение симптомов всегда было и остается важной целью для специалистов в области охраны психического здоровья. Однако мы знаем, что улучшение состояния включает в себя нечто большее, чем просто снижение симптоматики. Будущие исследования будут проводиться с целью изучения повышения самооэффективности и индивидуальных достижений в преодолении ситуаций, повышающих уровень личностной тревожности.

Используемые в работе с подростками методы психотерапии, направленные на удовлетворение их потребности в повышении уверенности в себе и(или) развитии навыков социальной компетентности, вероятно, смогут дополнить имеющиеся подходы.

Мы также возлагаем надежды на компьютеризированные технологии, способствующие персонализации лечения. В настоящее время специалисты зачастую «приходят к решению на ходу», адаптируя свою работу под нужды пациентов. С помощью машинного обучения мы сможем выявлять те особенности тревожных подростков, которые будут восприимчивы к используемым методам терапии. Другими словами, результаты машинного обучения, примененные к массивам однородных данных, могут помочь специалистам определить наиболее эффективные методы и формат терапии с учетом характеристик конкретного клиента.

Philip C. Kendall, Marisa Meyer, Julia S. Ney

Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA, USA

Перевод: Лановая Алеся Михайловна, г. Москва
Редактура: Антохина Розалия Ильдаровна, г. Оренбург

Библиография

1. Kendall PC, Ney J, Maxwell C et al. Front Psychiatry 2023;14:1067047.
2. Racine N, McArthur BA, Cooke JE et al. JAMA Pediatr 2021;175:1142-50.

3. Horowitz JM, Graf N. Most U.S. teens see anxiety and depression as a major problem among their peers. www.pewresearch.org.
4. Parodi KB, Holt MK, Green JG et al. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57:127-37.
5. Riehm KE, Feder KA, Tormohlen KN et al. *JAMA Psychiatry* 2019;76:1266-73.
6. Walkup J, Albano AM, Piacentini J et al. *N Engl J Med* 2008;359:2753-66.
7. Villabø M, Narayanan M, Compton S et al. *J Consult Clin Psychol* 2018;86:751-64.
8. Sigurvinsdóttir AL, Jensínudóttir KB, Baldvinsdóttir KD et al. *Nord J Psychiatry* 2019; 74:168-80.
9. Bilek E, Tomlinson RC, Whiteman AS et al. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2022; 51:410-8.

DOI: 10.1002/wps.21247

Система оценки инструментов искусственного интеллекта для психического здоровья (FAITA-Mental Health): Шкала для оценки инструментов, основанных на искусственном интеллекте, для помощи в области психического здоровья

Ashleigh Golden, Elias Aboujaoude. The framework for AI tool assessment in mental health (FAITA – Mental Health): A scale for evaluating AI-powered mental health tools. *World Psychiatry*. 2024;23(3):444-445

Даже в условиях постоянно меняющегося мира цифровых технологий, которые помогают улучшить психическое здоровье, появление искусственного интеллекта (ИИ), крупных языковых моделей и предварительно обученных генераторов представляет собой значительный шаг вперед. Эти технологии могут предложить масштабируемые и персонализированные инструменты для диагностики, психообразования и лечения, что может помочь преодолеть существующие проблемы с доступом к медицинской помощи в области психического здоровья. В то же время существуют опасения по поводу потенциальных рисков для здоровья пациентов, связанных с неконтролируемым использованием ИИ для лечения, а также возможности неправомерного использования персональных данных на ненадежных платформах. Это создает беспрецедентные проблемы как для пациентов, так и для медицинских работников. Волнение и страх, которые окружают решения в области психического здоровья, основанные на ИИ, подчеркивают важность всестороннего анализа всех потенциальных преимуществ и рисков, связанных с этими новыми технологиями.

Насколько нам известно, не существует единой шкалы, которая бы систематически оценивала влияние ИИ на здравоохранение. Abbasian et al.² предложили полезные показатели для оценки разговоров о здоровье с использованием ИИ, но они не были специально адаптированы к сфере психического здоровья. L. Eliot³, специалист в области искусственного интеллекта, предлагает оценивать чат-ботов в контексте психического здоровья на основе их автономности, то есть степени независимости от человеческого контроля. Pfohl et al.⁴ уделяют особое внимание оценке справедливости и непредвзятости в применении ИИ в сфере психического здоровья. Эти работы подчеркивают необходимость разработки комплексного подхода к оценке влияния ИИ на психическое здоровье, который будет учитывать не только автономность и справедливость, но и такие факторы, как эффективность, удобство для пользователей, безопасность и этичность⁵.

Важные уроки можно извлечь из опыта использования цифровых инструментов для оценки психического здоровья, которые появились еще до появления ИИ. Одним из таких инструментов было закрытое некоммерческое руководство One Mind PsyberGuide⁶. Оно предоставляло обзоры цифровых приложений для психического здоровья, основываясь на трех ключевых критериях: достоверности, удобстве для пользователей и прозрачности. Фреймворк, по-видимому, играет важную роль в нескольких различных группах. Psihogios et al.⁷ высоко оценили его в своей статье о мобильных приложениях для здоровья детей, в то время как Nesamoney⁸ одобрили его как полезный инструмент для разработчиков приложений и дизайнеров. Garlend et al.⁹ описали его как более всеобъемлющий и удобный для пользователя, чем другие платформы для анализа приложений, в том числе от Американской психологической ассоциации.

PsyberGuide – хорошая отправная точка для создания системы оценки инструментов в сфере охраны психического здоровья с использованием ИИ. В нем представлены как краткие отзывы пользователей, так и более подробные экс-

пертные оценки, а также рекомендации по оценке. Это важно, потому что инструменты ИИ «учатся» на основе отзывов и обзоров. Наличие системы для сравнения различных предложений в области ИИ также полезно.

В этом контексте мы представляем систему оценки инструментов ИИ для сферы психического здоровья (FAITA – Mental Health). Эта шкала представляет собой структурированный инструмент, созданный на основе обновленных параметров «достоверность», «пользовательский опыт» и «прозрачность» PsyberGuide, адаптированных для «эпохи ИИ». В FAITA – Mental Health также включены три новых важных аспекта: «ответственность пользователей», «разнообразие и инклюзивность» и «управление в кризисных ситуациях». Более подробную информацию о полной форме FAITA – Mental Health можно найти в дополнительных материалах.

Наша концепция признает как потенциал, так и проблемы, связанные с инструментами ИИ, и подчеркивает важность научно обоснованного дизайна, ориентированного на пользователя, безопасности, персонализации, учета культурных особенностей и этического использования технологий. Наша цель – продвигать «лучшие практики» и направлять развитие технологий ИИ таким образом, чтобы это приносило пользу пользователям при соблюдении их прав. Система разработана таким образом, чтобы быть достаточно гибкой для учета продолжающегося развития отрасли, а также для адаптации к другим медицинским дисциплинам, на которые влияет ИИ, таким как «FAITA – генетика».

Первый параметр системы, «достоверность», оценивает инструменты для охраны психического здоровья на базе ИИ в соответствии с их научной основой и возможностями достижения целей пользователей. Этот параметр состоит из трех подуровней: предлагаемая цель, контент, основанный на фактических данных, и сохранение. Направление выступает за мероприятия, которые имеют четкие и поддающиеся измерению цели, основаны на проверенных исследованиях и практике и могут обеспечить значимую вовлеченность пользователей в течение долгого времени и которые могут поддерживать интерес пользователей в течение долгого времени. За каждый подуровень можно получить до двух баллов, максимум шесть баллов – за инструмент, пользующийся наибольшим доверием.

Второй параметр для оценки инструментов психического здоровья, основанных на ИИ, – «пользовательский опыт» – касается более сложных взаимодействий, чем те, которые можно найти в статичных приложениях для психического здоровья. Таким образом, измерение «пользовательский опыт» в PsyberGuide, которое фокусируется на вовлеченности, функциональности и эстетике, было признано неадекватным. Были включены три новых подуровня: «персонализированная адаптивность», позволяющая оценить способность ИИ улучшаться с течением времени на основе отзывов пользователей; «качество взаимодействий», позволяющее оценить естественность взаимодействий; и «механизмы обратной связи», чтобы подчеркнуть важность сообщений пользователями о проблемах, предложений улучшения и обращения за помощью. За каждый из этих подуровней можно получить до 2 баллов, в результате чего мак-

симально возможная оценка в 6 баллов по параметру «пользовательский опыт».

Третий параметр – «свобода действий пользователей» – является новым и подчеркивает важность предоставления пользователям большего контроля над их личными данными и вариантами их обработки. Оно состоит из двух подуровней: «автономия пользователей, защита данных и конфиденциальность» и «расширение прав и возможностей пользователей». В первом подуровне основное внимание уделяется предоставлению пользователям контроля над их медицинскими данными, предоставлению четких и удобных для пользователя форм согласия, надежным мерам защиты данных, безопасному хранению и предоставлению пользователям возможности активно управлять своими собственными данными. Во втором подуровне особое внимание уделяется самоэффективности пользователей и их способности управлять собой, обеспечивая, чтобы вмешательства ИИ включали инструменты, поддерживающие независимость пользователей, и поощряли пользователей применять навыки, приобретенные с помощью этого инструмента, в реальных жизненных ситуациях, чтобы предотвратить зависимость от этого инструмента. За каждый подуровень можно получить до 2 баллов, при этом общий максимальный балл для измерения «агентство пользователей» составляет 4 балла.

Четвертый параметр – «равенство и инклюзивность» – также является новым и состоит из двух подуровней: «культурная восприимчивость» и «инклюзивность». Он оценивает способность инструмента взаимодействовать с пользователями из разных культурных слоев и подчеркивает необходимость в контенте, который признает культурные и другие различия в идентичности, и «предвзятость и справедливость», в котором говорится о приверженности инструмента разнообразию в его учебных материалах и устранении предубеждений, которые могут повлиять на справедливость и равенство. Каждому подуровню присваивается до 2 баллов, при этом максимальный балл по разделу «справедливость и инклюзивность» равен 4.

Пятый параметр – «прозрачность» – остался от PsyberGuide, но теперь выходит за рамки управления данными и включает в себя владение ИИ, финансирование, бизнес-модель, процессы разработки и основные субъекты деятельности. В нем подчеркивается важность предоставления четкой и всеобъемлющей информации об операционной и деловой практике, чтобы пользователи были лучше подготовлены к принятию обоснованных решений об использовании таких технологий. Он также призван помочь разработчикам придерживаться лучших практик, раскрывая информацию о предназначении их инструментов и управлении ими. Максимальный балл по параметру «прозрачность» равен 2.

Наконец, новый параметр «управление в кризисных ситуациях» оценивает обеспечение благополучия пользователей и эффективность поддержки психического здоровья с помощью ИИ в чрезвычайных ситуациях. В этом аспекте

особое внимание уделяется комплексным протоколам и функциям обеспечения безопасности, которые не только направляют пользователей к соответствующим местным ресурсам во время кризисов, но и обеспечивают контроль за использованием этих ресурсов. Параметр «управление в кризисных ситуациях» имеет максимальную оценку 2.

Интеграция GAI, LLMs и GPTS в психиатрическую помощь открывает многообещающую, но сложную новую эпоху. Эти технологии имеют огромный потенциал для предоставления персонализированной, доступной и масштабируемой поддержки в области психического здоровья. Однако с ними связаны и некоторые проблемы. Чтобы помочь пользователям, клиницистам, исследователям, представителям общественного здравоохранения всесторонне оценить качество, безопасность, целостность и ориентированность на пользователя инструментов для охраны психического здоровья на основе искусственного интеллекта, мы разработали FAITA – Mental Health.

Общая оценка по этой шкале варьируется от 0 до 24 баллов. Она разработана, чтобы отразить сложность психиатрической помощи, основанной на ИИ, учитывая постоянное развитие этой области и возможность адаптации к другим медицинским направлениям. Однако для того, чтобы оценить сильные и слабые стороны этого подхода, а также выявить наиболее важные его составляющие, необходимо провести официальное исследование.

Ashleigh Golden¹, Elias Aboujaoude^{1,2}

¹ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.

² Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA.

Supplementary information including the FAITA – Mental Health scale is available at <https://www.FAITAMentalHealthscale.com>.

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург

Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. Torous J, Blease C. World Psychiatry 2024;23:1-2.
2. Abbasian A, Khatibi E, Jain R et al. arXiv 2023;2309.12444.
3. Eliot L. Creatively judging those generative AI mental health advice chatbots by astutely gauging their levels of AI autonomy. Forbes, December 15, 2023.
4. Pfohl SR, Cole-Lewis H, Sayres R et al. arXiv 2024;2403.12025.
5. Lawrence HR, Schneider RA, Rubin SB et al. arXiv 2024;2403.14814.
7. One Mind. PsyberGuide. <https://onemind.org/psyberguide>.
8. Psihogios AM, Stiles-Shields C, Neary M. J Pediatr Psychol 2022;45:1106-13.
9. Nesamoney S. International Journal of High School Research 2023;5:104-9.
10. Garland AF, Jenveja AK, Patterson JE. Fam Syst Health 2021;39:155-7.

DOI:10.1002/wps.21248

Проблема пограничного расстройства личности

Peter J. Tyrer, Roger T. Mulder. The problem with borderline personality disorder. World Psychiatry. 2024;23(3):445-446

В конце 1980-х годов Рабочая группа МКБ-10 по расстройствам личности располагала ограниченным количеством данных, на которых можно было бы основать свои решения, и, по понятным причинам, последовала примеру DSM с его хорошо профинансированными и популярными третьим и последующими изданиями.

Когда Рабочая группа приступила к обсуждению вопроса о классификации отдельных расстройств личности, она пришла к выводу, что имеющихся доказательств недостаточно для включения в классификацию «пограничного расстройства личности». Однако сторонники этой концепции

не согласились с таким решением, и в итоге были добавлены две дополнительные категории под общим названием «эмоционально неустойчивое расстройство личности» (F60.3): «импульсивный тип» (F60.30), характеризующийся «склонностью к неожиданным действиям», «сварливым поведением» и «неустойчивым и капризным настроением»; и «пограничный тип» (F60.31), описывающий неустойчивость самооценки, нестабильные отношения, страх одиночества и склонность к самоповреждению.

Мы до сих пор не видим убедительных данных, что диагноз «импульсивный тип» (F60.30) широко используется на

практике. Напротив, «пограничный тип» стал самым распространенным диагнозом расстройства личности, настолько, что первоначальное разделение «эмоционально неустойчивого расстройства личности» на две подкатегории практически забыто.

Во время пересмотра МКБ-11, более чем два десятилетия спустя, был сделан аналогичный вывод: пограничное расстройство личности признали неподходящим для включения в классификацию и исключили – как, впрочем, и все другие категории расстройств личности в новой дименсиональной системе¹. Однако, как и в случае с МКБ-10, отсутствие данного диагноза вызвало недовольство² и многочисленные призывы вернуть его хотя бы в какой-то форме. В результате был введен «спецификатор пограничного паттерна»³ как компромиссное решение.

Почему же, несмотря на то что две экспертные группы признали диагноз неудовлетворительным, «пограничное расстройство личности» продолжает существовать? Обычно отвечают, что он полезен в клинической практике, широко применяется и подразумевает определенные терапевтические подходы, в отличие от других диагнозов. Однако то же самое можно было сказать о неврастении, которая с конца XIX века до 1990-х годов фигурировала в классификациях (и даже вошла в МКБ-10, хотя и с осторожной формулировкой), но впоследствии была признана устаревшей – из-за расплывчатого определения, чрезмерной распространенности и стигматизирующего характера.

Эти же проблемы актуальны и для пограничного расстройства личности. Оно подобно крупной пузырчатой пленке, покрывающей все остальные личностные расстройства: заметное снаружи, но скрывающее внутренние различия. Аномалии личности проявляются через устойчивые черты, аналогичные чертам нормальной личности. Характерные признаки пограничного расстройства – это не черты, а симптомы и изменчивое поведение⁴, которые, как и многие симптоматические состояния, постепенно уменьшаются со временем⁵. При факторном анализе пограничные симптомы распределяются между различными личностными и другими психическими нарушениями и не обладают специфичностью⁶.

Все попытки выделить уникальную пограничную черту оказались безуспешными. Хотя симптомы пограничного расстройства личности кажутся внутренне согласованными при отдельном рассмотрении, при сопоставлении с другими симптомами расстройств личности они растворяются в общем факторе личностного расстройства⁷. Симптомы пограничного расстройства тесно коррелируют с другими личностными нарушениями, и сам диагноз лучше рассматривать как проявление личностной патологии умеренной или тяжелой степени^{6,7}. Возможно, Gunderson и Lyons-Ruth были правы, определив ядро пограничной патологии как межличностную гиперчувствительность – комплекс поведенческих и эмоциональных симптомов, встречающийся при большинстве личностных расстройств⁸.

Неточный диагноз ведет к неадекватному лечению. Хотя на первый взгляд существует множество методов терапии пограничного расстройства личности, их эффективность при детальном анализе оказывается не выше, чем у качественной психиатрической помощи – того, что сегодня обозначается как структурированное клиническое управление (structured clinical management, SCM) или общее психиатрическое управление (general psychiatric management, GPM). Возникает путаница в том, кому следует назначать SCM и GPM, а кому – более сложные вмешательства, такие как диалектическая поведенческая терапия (dialectical behavioural therapy, DBT), терапия, основанная на ментализации (mentalization-based therapy, MBT), психотерапия, сфокусированная на переносе (transference-focused therapy, TFT), когнитивно-поведенческая терапия (cognitive behavioural therapy, CBT) и когнитивно-аналитическая терапия (cognitive analytic therapy, CAT). Концепция поэтапного лечения звучит убедительно, но, поскольку сам диагноз расплывчат, неясно, с какого этапа начинать.

Можно возразить, что, несмотря на справедливость критики, термин «пограничное расстройство личности» удобен для клиницистов и может использоваться как синоним лич-

ностной патологии умеренной и тяжелой степени, требующей структурированной психотерапии. Однако проблема в том, что этот термин сам по себе является мощным источником стигмы. Пациенты с таким диагнозом воспринимаются как более трудные, даже если их поведение не отличается от поведения других больных без этого ярлыка⁹. Кроме того, им сложнее получить помощь по поводу других психических расстройств – таких как СДВГ, зависимости или аффективные расстройства, – а также соматических заболеваний. Сам ярлык «пограничное расстройство личности» обесценивает другие симптомы, побуждая игнорировать их, что усиливает чувство отчуждения, и без того свойственное людям с личностными нарушениями.

На наш взгляд, необходимо отказаться от нынешнего подхода к диагнозу «пограничное расстройство личности» и перейти к более прозрачной системе описания личностной патологии. Поскольку этот диагноз во многом совпадает с личностными расстройствами умеренной и тяжелой степени, отправной точкой должна быть оценка выраженности дисфункции пациента. У многих людей с такими нарушениями присутствуют черты, сегодня называемые «пограничными» – эмоциональная неустойчивость, межличностная гиперчувствительность, импульсивное поведение, – но далеко не у всех. Некоторые демонстрируют выраженную социальную и эмоциональную отстраненность, другие – перфекционизм, упрямство, эгоцентризм или отсутствие эмпатии. Эти особенности личности, описывавшиеся на протяжении веков, остаются вне поля внимания, когда терапевтический фокус ограничивается так называемыми пограничными проявлениями.

Новая версия Международной классификации болезней (МКБ-11) предлагает более глубокий и гибкий подход к оценке личностных нарушений. Дименсиональная классификация по степени тяжести – от личностных трудностей до легких, умеренных и тяжелых расстройств – побуждает врачей прежде всего оценивать общую выраженность патологии, а уже затем переходить к конкретным симптомам и поведенческим особенностям. Пять доменов – негативная аффективность, отстраненность, диссоциальность, расторможенность и ананкастность – близки по структуре к «Большой пятерке» нормальной личности и позволяют описывать личностные особенности за пределами рамок традиционного пограничного расстройства, особенно в сферах отстраненности и ананкастности.

Такой подход должен побуждать специалистов рассматривать весь спектр личностной патологии, а не останавливаться, едва отметив соответствие критериям пограничного расстройства. Более комплексная формулировка диагноза, вероятно, приведет к разнообразию терапевтических стратегий, а не к универсальному протоколу для всех. Кроме того, это создаст предпосылки для исследований, направленных на разработку лечения при непограничных формах личностной патологии.

В заключение, пограничное расстройство личности можно рассматривать как переходный диагноз, который способствовал привлечению внимания к пациентам с умеренными и тяжелыми расстройствами личности и стимулировал развитие структурированных психотерапевтических подходов. Однако сегодня ясно, что данный диагноз не связан с конкретными личностными чертами, чрезмерно обобщен и не подразумевает специфического лечения за пределами обычной клинической практики. Его доминирующее положение в психиатрии препятствует полноценной диагностике и терапии других личностных нарушений и усиливает стигматизацию самой концепции личностной дисфункции. Пришло время позволить диагнозу «пограничное расстройство личности» уйти в прошлое.

Peter J. Tyrer¹, Roger T. Mulder²

¹ Division of Psychiatry, Imperial College, London, UK.

² Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand.

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. Tyrer P, Mulder RT, Kim YR et al. *Annu Rev Clin Psychol* 2019;15:481-502.
2. Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M et al. *J Pers Disord* 2017;31:57-789.
3. Reed GM. *World Psychiatry* 2018;17:227-9.
4. Tyrer P. *Personal Ment Health* 2009;3:86-95.
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. *Am J Psychiatry* 2003;160:274-83.
6. Mulder RT, Horwood J, Tyrer P et al. *Personal Ment Health* 2016;10:84-95.
7. Sharp C, Wright AG, Fowler JC et al. *J Abnorm Psychol* 2015;124:387-98.
8. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. *J Pers Disord* 2008;22:22-41.
9. Newton-Howes G, Weaver T, Tyrer P. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:5727-7.

DOI:10.1002/wps.21249

Клинические описания и диагностические требования МКБ-11: преимущества для системы здравоохранения и клинической практики

Oye Gureje. The ICD-11 CDDR: Benefits to health systems and clinical care. *World Psychiatry*. 2024;23(3):447-448

На базовом уровне системы классификации служат важным инструментом для медицинских работников. Они помогают выявлять людей, нуждающихся в медицинской помощи, и принимать обоснованные решения о наиболее эффективных методах лечения. Кроме того, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) надеется, что глава МКБ-11, посвященная психическим и поведенческим расстройствам и нарушениям нейropsychического развития, предоставит государствам – членам ВОЗ ценные рекомендации для снижения бремени болезней, связанных с этими расстройствами.

В процессе разработки Клинических описаний и диагностических требований (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR) для психических и поведенческих расстройств и нарушений нейropsychического развития в соответствии с МКБ-11¹ были использованы актуальные научные данные и передовые клинические практики. Основная задача заключалась в том, чтобы улучшить этот инструмент и сделать его универсальным языком для общения между: а) медицинскими работниками, которые не только определяют характер психических проблем и назначают лечение, но и консультируются друг с другом; б) пользователями услуг и лицами, осуществляющими уход, чтобы они могли быть в курсе своего состояния и участвовать в принятии решений, касающихся их лечения; в) государствам-участникам, которым требуется систематизировать и анализировать информацию, полученную в ходе медицинских консультаций, в виде статистических данных, играющих ключевую роль в формировании доказательной политики и планировании в области здравоохранения.

Чтобы выполнять свои функции, CDDR должны быть надежными, достоверными и соответствовать своему назначению, то есть иметь клиническую ценность. Несмотря на то что достижения в области нейрогенетики и психофизиологии не дали достаточной основы для новых характеристик психических состояний, диагностическая обоснованность этих состояний, то есть доказательств того, что они соответствуют заявленным характеристикам, была подтверждена эмпирическими исследованиями чувствительности к лечению и закономерностями клинических исходов². При сохранении или включении новых диагностических категорий в CDDR эти данные были тщательно проанализированы и использованы для установления достоверности. Надежность диагностики тяжелых состояний оценивалась клиницистами с различным опытом работы в разных странах.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приложила значительные усилия, чтобы гарантировать, что категории и диагностические рекомендации, представленные в МКБ-11 и CDDR, имели достаточную и обоснованную клиническую ценность³. Основываясь на предыдущем опыте⁴, ВОЗ разработала более подробное определение клинической полезности. Оно включает в себя: а) концептуализа-

цию – степень, в которой понятие или категория помогают понять состояние здоровья пациента; б) соответствие клинической реальности – степень, в которой описания и требования точно отражают симптомы пациентов и помогают врачам выбирать методы лечения и принимать соответствующие клинические решения; в) простоту использования – практическую применимость рекомендаций, особенно в клинических условиях, где врачи часто сталкиваются с нехваткой времени.

Чтобы упростить использование CDDR во всем мире, необходимо было также учесть их применимость в различных культурах. Во-первых, поскольку психиатрическая нозология опирается на эмпирические источники, ее успех зависит от разнообразия этих источников. Классификация, которая основывается на ограниченном числе данных, будет иметь узкую сферу применения. Поэтому диверсификация источников данных является ключевым требованием для обеспечения глобальной доступности. Кроме того, необходимо учитывать различные точки зрения при определении границ между нормативным опытом и клинически значимыми отклонениями⁵. Во-вторых, международная классификация должна быть гибкой и учитывать культурные особенности, поскольку культура оказывает значительное влияние на характер, форму и проявления большинства психических расстройств.

Чтобы получить разнообразные данные, были проведены клинические исследования в сети международных центров полевых исследований. Эти исследования помогли оценить клиническую пользу и удобство использования предлагаемых CDDR в реальных условиях, а также надежность диагнозов, которые чаще всего приводят к обращению за медицинской помощью. Полевые исследования были проведены в 13 странах, представляющих все регионы мира ВОЗ. В каждой стране исследования проводились на местном языке. Кроме того, ВОЗ создала Всемирную сеть клинической практики (Global Clinical Practice Network, GCPN), которая активно участвовала в разработке CDDR для МКБ-11. Полевые исследования проводились через интернет.

Независимо от качества информации, полученной в ходе исследований, и имеющейся научной литературы, необходимо было прийти к определенному пониманию того, что представляет собой состояние психического здоровья. Учитывая отсутствие точных биомаркеров, которые могли бы определить большинство психических расстройств с высокой степенью чувствительности и специфичности, было бы сложно полагаться исключительно на научные данные для классификации этих расстройств. Поэтому, чтобы обеспечить актуальность и глобальную применимость CDDR, крайне важно, чтобы решения, касающиеся классификации, принимались на основе консенсуса с участием различных групп заинтересованных сторон. Это означает, что эти группы должны были выразить свои взгляды на то, что считается отклонением от норм⁵.

Это решение привело к формированию междисциплинарных рабочих групп по МКБ-11, в которые вошли представители всех регионов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): Африки, Северной и Южной Америки, Европы, Восточного Средиземноморья, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. Как и при выборе мест для проведения полевых исследований, в число которых вошли центры в Бразилии, Китае, Индии, Мексике и Нигерии – странах, где проживает около 43% населения мира, – в состав каждой из рабочих групп также входила значительная доля экспертов из стран с низким и средним уровнем дохода.

Как уже было отмечено, культурные факторы играют важную роль в восприятии психических расстройств и в том, как люди обсуждают и принимают решения о лечении. Учет культурных особенностей позволяет принимать более обоснованные решения во время клинических осмотров и способствует предоставлению комплексной и персонализированной помощи. Поэтому было уделено особое внимание тому, как сделать CDDR более применимыми в различных культурных контекстах, где они будут применяться.

Создание классификации, которая учитывала бы культурные различия, не умаляя при этом своей основной цели – способствовать международному общению, – требовало особого внимания. ВОЗ создала Рабочую группу по культурным аспектам, которая провела глубокий анализ имеющихся научных данных о влиянии культуры на диагностику и психопатологию для каждой диагностической категории. В обзор вошли соответствующие формулировки о культуре, содержащиеся в МКБ-10 и DSM-5. В результате работы группы для каждой диагностической категории в CDDR появилась рубрика «Культуральные особенности». Эта часть, разработанная для повышения применимости и эффективности, освещает контекстуально значимые культурные проблемы. Она предназначена для помощи клиницистам принимать обоснованные решения о состоянии пациента с учетом его жизненного опыта, а также обсуждать подходящие варианты помощи. Это позволяет медицинским работникам, независимо от их культурной принадлежности, делиться своими клиническими достижениями и опытом.

В начале своей деятельности Международная консультативная группа ВОЗ, ответственная за организацию мероприятий по пересмотру, подчеркнула, что для облегчения доступа к надлежащим службам охраны психического здо-

ровья необходимо иметь точную, достоверную и клинически полезную систему классификации⁷, которая будет способствовать выявлению и лечению состояний, по поводу которых люди обращаются за медицинской помощью. Результаты полевых исследований показали, что использование CDDR позволяет надежно диагностировать как распространенные, так и тяжелые заболевания, а также обеспечивает единообразное толкование требований в различных странах⁸. Важно отметить, что подход CDDR, основанный на описании основных признаков каждого расстройства, отражает реальные модели принятия клинических решений и помогает избежать произвольного сокращения или подсчета симптомов, оказался весьма полезным в клинической практике⁹.

Oye Gureje

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Neurosciences and Alcohol and Drug Abuse, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург

Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>.
2. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. World Psychiatry 2022;21:393-414.
3. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Am Psychol 2016;71:3-16.
4. First MB, Pincus HA, Levine JB et al. Am J Psychiatry 2004;161:946-54.
5. Gureje O, Stein DJ. Int Rev Psychiatry 2012;24:606-12.
6. Gureje O, Lewis-Fernandez R, Hall BJ et al. BMC Med 2020;18:25.
7. International Advisory Group for the Revision of ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
8. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. World Psychiatry 2018;17:174-86.

DOI:10.1002/wps.21250

Внедрение «Клинических описаний и диагностических требований» МКБ-11 в Китае

Jiang Long, Na Zhong, Jingjing Huang, Geoffrey M. Reed, Zhen Wang, Yifeng Xu, Min Zhao. Implementation of the ICD-11 CDDR in China. *World Psychiatry*. 2024;23(3):448-449

С 2007 года Китай активно сотрудничает со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и иностранными коллегами в области пересмотра, полевых испытаний, обучения применению и внедрения главы МКБ-11, посвященной психическим, поведенческим расстройствам и нарушениям нейropsychического развития, а также соответствующих ей «Клинических описаний и диагностических требований» (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements, CDDR)¹. В 2018 году Национальная комиссия по здравоохранению ясно подчеркнула важность МКБ-11 и потребовала от всех медицинских работников в Китае использовать МКБ-11 в своей клинической практике². CDDR МКБ-11 особенно важны для достижения этой цели в системах охраны психического здоровья Китая – огромной страны с более чем 30 административными районами провинциального уровня и населением более 1,4 миллиарда человек.

Шанхайский центр психического здоровья (Shanghai Mental Health Center, SMHC), являющийся Сотрудничающим центром ВОЗ по исследованиям и обучению в области

психического здоровья и Национальным центром изучения психических расстройств, возглавил полевые испытания и внедрение CDDR МКБ-11 в Китае³. Вместе с другими Сотрудничающими центрами ВОЗ в Китае, Национальными центрами изучения психических расстройств и другими ведущими учреждениями по всей стране SMHC образовал основу команды по внедрению CDDR МКБ-11, в которую вошли более 60 национальных лидеров в области психического здоровья, включая руководителей ведущих психиатрических учреждений и президентов научных и профессиональных ассоциаций. Внедрение CDDR в Китае включает в себя взаимосвязанный и масштабный комплекс мероприятий, в том числе перевод, тестирование на местах, исследования, распространение и обучение использованию.

Перевод являлся краеугольным камнем внедрения CDDR МКБ-11 в Китае. Процесс перевода начался в 2016 году и представлял собой коллективную работу экспертов из Шанхая, Пекина и Чанши, координируемую SMHC. Это был многоэтапный процесс, включавший восемь раундов проверки и пересмотра в течение восьми лет, в котором приняли участие

24 переводчика и 12 рецензентов. Окончательная версия CDDR МКБ-11 на китайском языке теперь доступна для всех специалистов в области психического здоровья в Китае.

Одновременно с процессом перевода Китай проводил полевые испытания CDDR МКБ-11 с 2016 по 2021 год, следуя протоколам, предоставленным ВОЗ. SMHC был назначен ВОЗ Международным центром полевых исследований, а президент SMHC Min Zhao была выбрана председателем Международной консультативной группы по обучению и внедрению МКБ-11. В работе по полевым испытаниям в Китае приняли участие 2224 пациента, 59 клинических экспертов, 59 направляющих врачей и 23 научных ассистента из 10 центров по всей стране. Испытания проводились на основе тщательного междисциплинарного подхода с привлечением всех заинтересованных сторон, а его результаты были представлены в ВОЗ в 2021 году для обеспечения валидации и окончательной доработки CDDR МКБ-11.

В июне 2018 года, после того как адаптация большей части CDDR была завершена, SMHC объединил усилия с различными государственными и профессиональными учреждениями для обсуждения национального плана обучения. В ноябре 2018 года SMHC запустил официальную учебную программу, стратегически разработанную для поэтапного внедрения с привлечением группы психиатров, представляющих различные регионы Китая. Эти специалисты прошли обучение, а затем инструктаж, чтобы стать наставниками в своих учреждениях.

Эта программа обучения продолжает работать с минимальными затратами и направлена на создание сети наставников и системы распространения информации среди клиницистов по всему Китаю – огромной и густонаселенной стране. Эксперты продолжают проводить более специализированные тренинги на научных конференциях и образовательных мероприятиях. Используя различные методы и каналы, а также сотрудничая с национальными ассоциациями, обществами и другими специализированными учреждениями, SMHC на сегодняшний день обучил более 5000 психиатров.

В дополнение к вышеупомянутой работе в Китае был организован ряд исследовательских и просветительских мероприятий, посвященных CDDR для МКБ-11, чтобы способствовать лучшему ее распространению и внедрению. SMHC организовал и опубликовал серию статей по CDDR в *Chinese Journal of Psychiatry*, наиболее авторитетном китайском психиатрическом журнале. Серия состоит из двух статей, в которых рассказывается о самих CDDR, ходе их разработки и актуальной информации об их внедрении в Китае^{4,5}, и десяти статей, в которых представлены значительные изменения в диагностике основных расстройств по CDDR МКБ-11, включая тревожные расстройства, аффективные расстройства, расстройства личности, шизофрению и другие первичные психотические расстройства, нарушения нейropsychического развития и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Примечательно, что в серию также вошла одна статья, в которой обсуждаются ход исследований и горячие дискуссии, связанные с появлением диагноза игрового расстройства в МКБ-11. Кроме того, поскольку в Китае в настоящее время не хватает знаний и опыта в области игровых расстройств, SMHC возглавил исследования и разработал скрининг-инструмент на китайском языке, предоставил рекомендации для организаторов общественного здравоохранения⁷, внес вклад в совместный проект с ВОЗ по разработке новых международных инструментов скрининга и диагностики этого расстройства⁸, а также организовал вебинары для расширения возможностей оценки и лечения этого расстройства в сотрудничестве с ВОЗ и другими важными партнерами.

За более чем 15 лет работы успешному внедрению CDDR МКБ-11 в Китае способствовало несколько факторов. Во-первых, правительство Китая играет решающую роль в установлении и продвижении международных стандартов в области национального здравоохранения. Значительная поддержка МКБ-11 правительством создает отличные условия для внедрения и распространения CDDR. Во-вторых, назначение

и наделение полномочиями руководителя направления по внедрению CDDR в Китае очень важно для обеспечения управления, общей координации, мобилизации ресурсов, обучения, обеспечения качества, переходного менеджмента и устойчивости. SMHC, по поручению ВОЗ, возглавил работы по внедрению и сыграл жизненно важную роль в решении огромных проблем, связанных с переходом на новую классификацию. В-третьих, кампании по информированию общественности и инициативы по привлечению заинтересованных сторон позволили повысить осведомленность о преимуществах использования CDDR МКБ-11. Привлечение таких заинтересованных сторон, как ВОЗ, Национальная комиссия по здравоохранению, профессиональные ассоциации, ведущие исследовательские центры, медицинские работники и общества защиты интересов пациентов, могут помочь создать устойчивый импульс и заручиться существенной поддержкой на пути внедрения, способствуя его успеху.

В будущем мы намерены продолжать содействовать использованию и распространению CDDR МКБ-11 в Китае, стремясь в конечном итоге к масштабированию психиатрической помощи в стране⁹. Во-первых, мы продолжим проводить общенациональные тренинги по CDDR для МКБ-11 для специалистов в области психического здоровья, включая психиатров, психологов, врачей общей практики, медсестер, социальных работников, а также руководителей здравоохранения и политиков. Во-вторых, будет создана интерактивная сеть по внедрению CDDR МКБ-11 для продвижения исследований, обучения и клинических инициатив, что позволит повысить качество охраны психического здоровья в стране. В-третьих, будут проводиться дальнейшие мероприятия, такие как разработка новых вспомогательных диагностических, скрининговых инструментов и учебных программ на основе МКБ-11, для облегчения адаптации и применения CDDR МКБ-11 в практике. Наконец, Китай продолжит укреплять сотрудничество с международными экспертами и организациями в области психиатрии для улучшения психического здоровья во всем мире.

Jiang Long^{1,2}, Na Zhong^{1,2}, Jingjing Huang^{1,2}, Geoffrey M. Reed^{3,4}, Zhen Wang^{1,2}, Yifeng Xu^{1,2}, Min Zhao^{1,2}

¹ Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China;

² WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health, Shanghai, China;

³ Department of Psychiatry, Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA;

⁴ WHO Collaborating Center for Capacity Building and Training in Global Mental Health.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск

Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>.
2. National Health Commission of the People's Republic of China. Notice on Issuing the Chinese Version of the Eleventh Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). Beijing: National Health Commission of the People's Republic of China, 2018.
3. GCP Network. Network perspectives: ICD-11 implementation in China: interview with Dr. Min Zhao and Dr. Jiang Long. <https://gcp.network>.
4. Dai Y, Xiao Z, Zhao M et al. Chinese J Psychiatry 2015;48:126-7.
5. Huang J, Zhao M, Xiao Z et al. Chinese J Psychiatry 2017;50:340-4.
6. Zhong N, Du J, Poznyak V et al. Chinese J Psychiatry 2018;51:149-52.
7. Zhao M, Hao W. Gen Psychiatr 2019;32:e100086.
8. Carragher N, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Addiction 2022;117:2119-21.
9. Long J, Chen J, Xie B et al. Lancet 2022;400:732.

DOI:10.1002/wps.21251

Как клинические описания и диагностические требования МКБ-11 отражают аспекты общественного здравоохранения, связанные с употреблением психоактивных веществ

María Elena Medina-Mora, Rebeca Robles. How the ICD-11 and the CDDR address the public health dimensions of substance use. *World Psychiatry*. 2024;23(3):449-451

Злоупотребление психоактивными веществами является распространенной проблемой, которая существенно влияет на рискованное поведение, уровень заболеваемости и смертности. Согласно данным Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности¹, опубликованным во Всемирном докладе о наркотиках в 2021 году, каждый 17-й человек в возрасте от 15 до 64 лет употреблял запрещенные вещества в течение предыдущего года. Число потребителей возросло с 240 миллионов в 2011 году до 296 миллионов в 2021 году, что значительно превышает темпы роста населения.

Каннабис по-прежнему остается наиболее употребляемым запрещенным веществом (219 миллионов человек – 4,3% взрослого населения мира); 36 миллионов употребляли амфетамины, 22 миллиона – кокаин, и 20 миллионов – метилendioксиметамфетамин (МДМА или «экстази») либо родственные препараты. По оценкам, 60 миллионов человек употребляют опиоиды в немедицинских целях, из них 31,5 миллиона – опиаты (то есть несинтетические опиоиды, главным образом героин)^{3,4}.

Во всем мире эффективные стратегии профилактики употребления психоактивных веществ² внедряются крайне редко, а в лечении расстройств, вызванных таким употреблением³, наблюдается значительный пробел. Глобальные данные подчеркивают необходимость новой, всеобъемлющей концепции расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, охватывающей весь спектр состояний – от рискованного потребления до психических расстройств, вызванных пагубным употреблением⁴.

В ответ на эти вызовы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) применила подход общественного здравоохранения при разработке классификации расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Подход общественного здравоохранения подразумевает более широкий взгляд, объединяющий медицинские и социальные аспекты, направленный на благо пострадавших людей и их сообществ, с акцентом на благополучие населения⁵.

С точки зрения общественного здравоохранения, важно выявлять лиц, употребляющих психоактивные вещества в опасных количествах, что увеличивает риск вредных психологических или медицинских последствий, но не соответствует критериям диагноза расстройства, связанного с употреблением. Таким людям могут быть полезны образовательные, профилактические и общественные программы. Лица с диагностированными расстройствами нуждаются в помощи, направленной на снижение вреда, и в лечении различной интенсивности – в зависимости от характера состояния и типа вещества. Также необходимо выявлять тех, кто страдает от физического или психологического вреда, вызванного употреблением психоактивных веществ другими людьми⁶.

В соответствии с этим подходом перечень психоактивных веществ, включенных в раздел МКБ-11 о расстройствах, связанных с их употреблением, был расширен, что отражает изменения в составе веществ, оказывающих влияние на общественное здоровье в разных регионах мира. Расширение перечня позволяет точнее отслеживать тенденции и формулировать соответствующие клинические и социальные меры на национальном и глобальном уровнях. Например, добавлены новые категории расстройств, связанных с употреблением синтетических каннабиноидов. Эти вещества распыляют на смеси натуральных трав для

имитации эйфорического эффекта каннабиса, однако они могут вызывать серьезные осложнения, включая угнетение дыхания⁷. Их использование чаще фиксируется в странах с высоким уровнем дохода, тогда как данные по странам с низким и средним уровнем дохода ограничены¹.

Как указано в клинических описаниях и диагностических требованиях Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements CDDR)⁸ для психических и поведенческих расстройств и нарушений нейроразвития МКБ-11, для каждого класса психоактивных веществ выделяются четыре основных состояния, которые иерархически взаимно исключают друг друга: а) употребление опасных веществ – тип употребления, частота или количество которого повышает риск негативных физических или психических последствий для самого человека или окружающих. Поскольку вред еще не проявился, это состояние не рассматривается как психическое расстройство и включено в главу МКБ-11 «Факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение в медицинские организации», что способствует раннему выявлению и консультированию; б) эпизод вредного употребления – употребление, которое уже вызвало вред физическому или психическому здоровью человека либо привело к поведению, наносящему вред другим, при отсутствии устойчивого паттерна употребления; в) пагубный паттерн употребления – диагноз субзависимости, характеризующийся устойчивым и повторяющимся употреблением, непосредственно причиняющим вред самому человеку или другим; г) зависимость от психоактивных веществ – нарушение регуляции употребления вследствие повторного или постоянного приема, обычно сопровождающееся сильным внутренним побуждением к употреблению.

В МКБ-11 диагностика зависимости упрощена по сравнению с МКБ-10 и основывается на наличии как минимум двух из трех признаков: а) утрата контроля над употреблением, б) приоритет употребления перед другими видами деятельности, в) физиологические проявления толерантности или синдрома отмены. Физический и психический вред часто сопутствуют зависимости, но не являются обязательным критерием.

В CDDR отмечается, что в дополнение к четырем основным диагнозам врач может поставить другие, в зависимости от клинической ситуации: интоксикацию, абстинентный синдром, а также ряд психических расстройств, вызванных употреблением веществ (делирий, психотические, аффективные, тревожные, обсессивно-компульсивные и расстройства контроля импульсов). При необходимости можно добавить медицинские диагнозы для описания последствий употребления. Клиницисты также могут использовать спецификаторы, уточняющие диагноз по степени тяжести, течению или иным особенностям.

Классификация состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ, в МКБ-11 четко соотносится с разными уровнями потребности в помощи, что соответствует пирамиде услуг ВОЗ, определяющей оптимальное сочетание сервисов психиатрической помощи⁹. Опасное употребление является целью кратковременных вмешательств и программ профилактики, а вредное употребление может корректироваться в рамках общей медицинской помощи – от минимальных до более интенсивных мер в зависимости от характера проблемы и вещества. Тяжелые случаи зависимости требуют специализированного лечения, но составляют лишь небольшую часть общего бремени заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Таким образом, МКБ-11 и CDDR помогают клиницистам лучше понимать и выбирать оптимальные формы помощи для конкретных случаев, а также способствуют внедрению программ общественного здравоохранения, направленных на более распространенные, но менее тяжелые проявления.

В целом МКБ-11 и CDDR являются ценными инструментами, сокращающими разрыв между потребностью в лечении и его доступностью. Они способствуют совершенствованию наркополитики и системы здравоохранения, позволяя точнее классифицировать группы людей, страдающих от употребления психоактивных веществ, и определять их потребности. Это, в свою очередь, открывает возможности для развития более эффективных альтернатив лечения тяжелой алкогольной и наркотической зависимости.

Внедрение новых диагностических требований может также улучшить систему маршрутизации пациентов, сделать ее более гибкой и соответствующей потребностям разных групп. Это позволит получать более качественные эпидемиологические данные для стран – членов ВОЗ благодаря уточненным диагностическим категориям, лучше отражающим последствия употребления. Наконец, новая классификация способствует переходу к модели общественного здравоохранения, смещая акцент с наказания и изоляции на профилактику, лечение и реабилитацию.

María Elena Medina-Mora^{1,2}, Rebeca Robles¹

¹National Institute of Psychiatry “Ramon de la Fuente Muñiz”, Mexico City, Mexico.

²School of Psychology, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico.

Перевод: Лукьянова Алена Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. UN Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. www.unodc.org.
2. UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization. International standards on drug use prevention, 2nd ed. Vienna: UN Office on Drugs and Crime and World Health Organization, 2018.
3. Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;27:212-8.
4. Reed GM, First MB, Kogan CS et al. *World Psychiatry* 2019;18:3-19.
5. Crépault JF, Russell C, Watson TM et al. *Int J Drug Policy* 2023;112:103958.
6. Lund IO, Bukten A. *Subst Abuse* 2015;9(Suppl. 2):33-8.
7. Alves VL, Gonçalves JL, Aguiar J et al. *Crit Rev Toxicol* 2020;50:359-82.
8. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263>.
9. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Geneva: World Health Organization, 2009.

DOI:10.1002/wps.21252

Влияние каннабидиола на симптомы у людей с клинически высоким риском развития психоза

Sagnik Bhattacharyya, Elizabeth Appiah-Kusi, Robin Wilson. Effects of cannabidiol on symptoms in people at clinical high risk for psychosis. *World Psychiatry*. 2024;23(3):451-452

Существует необходимость в разработке методов лечения для людей с состоянием клинического высокого риска (Clinical High Risk, CHR) развития психоза¹. Поскольку лишь небольшая часть из них впоследствии сталкивается с психотическим расстройством, любые вмешательства должны быть особенно безопасными и хорошо переносимыми.

Каннабидиол (cannabidiol, CBD) является нетоксичным компонентом каннабиса, обладающим потенциальными анксиолитическими и антипсихотическими свойствами². Кроме того, он имеет благоприятный профиль безопасности. В двух из трех клинических исследований, проведенных у пациентов с установленным психозом, была подтверждена антипсихотическая эффективность CBD³⁻⁵. Однако до сих пор не проводились исследования продолжительного применения CBD у людей с состоянием клинического высокого риска развития психоза.

В нашем исследовании мы оценили клинические эффекты курса лечения CBD у пациентов с CHR в соответствии с протоколом, одобренным Национальным комитетом службы этики исследований в Лондоне (National Research Ethics Service Committee, NRES; Камберуэлл, Сент-Джайлс) (ISRCTN46322781).

В исследовании приняли участие пациенты, не получавшие ранее антипсихотические препараты и проходившие обследование в службах раннего выявления психозов в Великобритании. Все участники соответствовали одному или нескольким критериям состояния CHR: а) ослабленные психотические симптомы; б) кратковременный ограниченный интермиттирующий психоз (эпизод психоза продолжительностью менее одной недели, который проходит без лечения); в) недавнее функциональное снижение и наличие либо шизотипического расстройства личности, либо родственника первой степени родства с психозом. Критериями исключения являлись наличие в анамнезе психотического расстройства или маниакального эпизода, неврологических

заболеваний, а также текущий диагноз зависимости от психоактивных веществ согласно DSM-IV.

Тридцать три участника были включены в исследование после подписания информированного согласия. Им было рекомендовано воздерживаться от употребления каннабиса в течение 96 часов, алкоголя – не менее 24 часов, никотина – 6 часов, а также любых других рекреационных наркотических веществ – в течение двух недель до начала исследования и на протяжении всего его курса. На исходном этапе проводились следующие оценки: Комплексная оценка состояния повышенного риска психоза (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States, CAARMS)⁶; Опросник тревожности по Спилбергеру, подшкала текущего состояния (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, State Subscale, STAI-S)⁷; и Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)⁸.

Это параллельное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование предусматривало случайное распределение участников на две группы: получавших CBD (n=16) и плацебо (n=17). Каждый участник принимал либо капсулу с CBD, либо идентичную по внешнему виду капсулу с плацебо один раз в день перорально на протяжении 21 дня. Доза CBD составляла 600 мг в день (чистота 99,9%), что ранее было признано эффективным и хорошо переносимым^{4,9}. Все клинические оценки проводились повторно на 7-й и 21-й день лечения, за исключением CAARMS, который оценивался только в начале и в конце терапии. Образцы крови собирались до и после приема исследуемого препарата в 1-й и 21-й дни для определения уровня CBD в плазме крови. Влияние лечения на симптомы анализировалось с использованием дисперсионного анализа с фактором «тип лечения» (CBD или плацебо) после контроля исходных значений.

На исходном этапе группы не различались по демографическим и клиническим характеристикам (см. дополнитель-

ную информацию). Ни один участник не получал других психотропных препаратов, кроме CBD или плацебо. Два участника выбыли из группы плацебо. По итогам 21-дневного лечения (анализ по принципу намерения лечить, с применением метода последнего наблюдения) участники, получавшие CBD, имели более низкий общий балл по шкале CAARMS ($F_{1,30}=7,168$, $p=0,012$), чем участники, принимавшие плацебо, после учета исходных показателей. Различий между группами по частоте побочных эффектов не наблюдалось (см. также дополнительную информацию).

Группа CBD также показала меньшую выраженность дистресса, связанного с психотическими симптомами ($F_{1,30}=4,66$, $p=0,039$), и более низкий общий балл по шкале PANSS ($p=0,042$) после контроля исходных значений. У пациентов, получавших CBD, наблюдалось значительное снижение негативных симптомов по шкале CAARMS ($p=0,045$), но не позитивных ($p=0,144$). Уровень тревожности по шкале STAI-S после лечения не различался между группами ($p=0,862$).

При анализе данных только участников с полными наборами показателей группа CBD вновь продемонстрировала более низкий общий балл по шкале CAARMS ($p=0,033$), тенденцию к меньшему дистрессу, связанному с психотическими симптомами ($p=0,072$), и более низкий общий балл по шкале PANSS ($p=0,056$). Различий между группами по количеству пропущенных доз препарата не выявлено ($p=0,85$), как и по доле участников, пропустивших хотя бы одну дозу ($p=1,00$). Уровень CBD в плазме был обнаружен у всех, кроме одного из 15 участников, принимавших CBD (см. дополнительную информацию).

Полученные данные представляют собой первые доказательства того, что CBD может снижать выраженность симптомов у людей с состоянием клинического высокого риска развития психоза. Трехнедельное лечение CBD сопровождалось уменьшением выраженности симптомов CHR и дистресса, связанного с психотическими переживаниями. Так как не было обнаружено влияния CBD на показатель тревожности по шкале STAI-S, эти эффекты вряд ли обусловлены снижением тревожности.

Недавние метаанализы показывают, что существующие фармакологические и психологические методы мало влияют на выраженность симптомов и частоту психозов у пациентов с CHR¹. В настоящее время не существует официально одобренных методов лечения для этой группы. Согласно предыдущим данным³⁻⁵, частота побочных эффектов в группе CBD не отличалась от группы плацебо, что делает CBD перспективным кандидатом для лечения пациентов с CHR. Ни один участник не выбыл из группы CBD.

Ограничением исследования является небольшой размер выборки, что подчеркивает предварительный характер полученных данных. Поскольку курс лечения длился всего 21 день, нельзя оценить влияние терапии на риск последующего развития психоза. Из-за отсутствия некоторых клинических данных для анализа клинических исходов был применен метод последнего наблюдения. Однако при повторном анализе с участием только тех, у кого были полные данные, основные результаты сохранились.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что кратковременное лечение CBD может снижать выражен-

ность симптомов состояния клинического высокого риска развития психоза и хорошо переносится пациентами. Эти данные подчеркивают потенциал CBD как нового направления терапии психозов и необходимость проведения масштабных исследований для дальнейшей оценки его клинической эффективности.

Sagnik Bhattacharyya^{1,2}, Elizabeth Appiah-Kusi¹, Robin Wilson¹, Aisling O'Neill¹, Michael Brammer³, Steven Williams³, Jesus Perez⁴, Matthijs G. Bossong⁵, Philip McGuire⁶

¹Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ²National Institute for Health Research (NIHR) Maudsley Biomedical Research Centre, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ³Department of Neuroimaging, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ⁴CAMEO Early Intervention Service, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, Cambridge, UK; ⁵Department of Psychiatry, UMC Utrecht Brain Center, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands; ⁶Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK.

Это исследование было поддержано UK Medical Research Council (grant no. MR/J012149/1). S. Bhattacharyya также был удостоен премии NIHR для ученых-клиницистов (№ CS-11-001). M.G. Bossong получил поддержку от гранта Rubicon, предоставленного Нидерландской организацией научных исследований. Спонсоры не участвовали в разработке и проведении исследования, подготовке, рецензировании или утверждении рукописи, а также в принятии решения о публикации. Дополнительная информация об исследовании доступна по адресу <https://sites.google.com/view/supp-inf/bhattacharyya-24-wpsy/home>.

Перевод: Лукьянова Алена Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA et al. World Psychiatry 2018;17:196-209.
2. Davies C, Bhattacharyya S. Ther Adv Psychopharmacol 2019;9:204512531988-1916.
3. Boggs DL, Surti T, Gupta A et al. Psychopharmacology 2018;235:1923-32.
4. Leweke FM, Piomelli D, Pahlisch F et al. Transl Psychiatry 2012;2:e94.
5. McGuire P, Robson P, Cubala WJ et al. Am J Psychiatry 2018;175:225-31.
6. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.
7. Spielberger C. Manual of the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1983.
8. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. Schizophr Bull 1987;13:261-76.
9. Bhattacharyya S, Morrison PD, Fusar-Poli P et al. Neuropsychopharmacology 2010;35:764-74.

DOI:10.1002/wps.21253

Влияние рекреационного приема психоактивных веществ, предшествующего психотравмирующему событию, на показатели психического здоровья у выживших после террористической атаки на фестивале «Nova» в Израиле

Nitsa Nacasch, Tal Malka, Joseph Zohar, Yarden V. Dejorno, Gal Levi, Raz Gross, Mark Weiser, Hagit Cohen.
Impact of pre-trauma recreational drug use on mental health outcomes among survivors of the Israeli Nova Festival terrorist attack. *World Psychiatry*. 2024;23(3):452-454

7 октября 2023 года около 4000 мирных жителей, посетивших музыкальный опен-эйр фестиваль «Nova» на юге Израиля, стали жертвами внезапной террористической атаки. Им пришлось действовать очень быстро, бежать и скрываться в течение продолжительного времени, чтобы спасти свою жизнь.

В момент нападения значительная часть этих людей находилась под воздействием различных рекреационных психоактивных веществ (ПАВ). Мы предположили, что употребление психостимуляторов или галлюциногенов, предшествующее травматическому событию, будет связано с выраженностью перитравматической диссоциации, тревоги, депрессии и симптомов острого стрессового расстройства (ОСР) у людей, переживших атаку.

Двести тридцать два пострадавших обратились за помощью в Медицинский центр имени Хаима Шебы и прошли клиническое обследование. В исследование включали тех, у кого не было тяжелых физических повреждений, кто не потерял родственника первой степени родства в результате теракта и кто не имел в анамнезе психических расстройств, в том числе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Из 232 выживших, отобранных для участия, 126 соответствовали этим критериям и дали информированное согласие. Однако двое участников, сообщивших об употреблении галлюциногенных грибов, и один, сообщивший об употреблении кетамина перед травматическим событием, были исключены из анализа из-за слишком малой численности этих подгрупп. В итоге в анализ была включена выборка из 123 человек. Средний возраст ($\pm$ стандартное отклонение) составил $28,4 \pm 0,7$ года; 75 человек (60,9%) были мужчинами; 68,9% никогда не состояли в браке, 68,2% имели среднее образование или его эквивалент.

Семьдесят один человек (57,7%) сообщили, что употребляли ПАВ на фестивале: 12 – только алкоголь, 9 – только лизергиновую кислоту (lysergic acid, LSD), 7 – только 3,4-метилendioксиметамфетамин (3,4-methylenedioxyamphetamine, MDMA), 6 – только каннабис, 3 – только метилметкатинон (methylmethcathinone, MMC), 15 – различные комбинации ПАВ, включая алкоголь, и 19 – различные комбинации ПАВ, но без алкоголя.

Все участники заполнили ряд опросников: Опросник перитравматической диссоциативных переживаний (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, PDEQ), Опросник генерализованного тревожного расстройства – 7 (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), Визуально-аналоговую шкалу тревоги (Visual Analog Scale for Anxiety, VAS-A), Опросник состояния здоровья пациента – 9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), а также Диагностическую шкалу посттравматического стресса – 5 (Posttraumatic Diagnostic Scale-5, PDS-5).

Баллы по GAD-7 и по подшкале гиперактивности PDS-5 были значимо выше в группе употреблявших ПАВ, чем в группе не употреблявших ПАВ ($p < 0,05$ и $p < 0,008$ соответственно). У большинства участников показатели превышали клинические пороги по этим инструментам (> 10 баллов по GAD-7 у 70,4%, > 28 баллов по PDS-5 у 81,3%), что говорит об очень высокой выраженности симптомов, связанных с тревогой и гиперактивностью, в обеих группах.

Баллы по PDEQ и PHQ-9 также были выше у употреблявших ПАВ, но различия не достигали статистической значимости. Различий между группами по VAS-A, по общему баллу PDS-5 и по подшкалам PDS-5 не выявлено. При этом у 51,9% участников баллы по VAS-A были выше 6, что считается клиническим порогом для этой шкалы.

Множественный регрессионный анализ проводился для баллов PDEQ, PHQ-9, GAD-7, общего и подшкал PDS-5 и VAS-A с использованием девяти наборов независимых переменных, связанных с употреблением ПАВ, полом и возрастом (см. дополнительную информацию).

Модель множественной регрессии для PDEQ оказалась статистически значимой ($p = 0,018$). Выраженность перитравматической диссоциации статистически значимо коррелировала с употреблением алкоголя до травматического события ($\beta = 0,25$, $p < 0,008$), но не с употреблением других ПАВ. Употребление алкоголя перед травмой по сравнению с употреблением других ПАВ значимо повышало вероятность перитравматической диссоциации ($PDEQ = 24,8 \pm 2,0$ против $19,3 \pm 1,0$; $p < 0,015$).

Модель для PHQ-9 также была статистически значимой ($p = 0,02$). Выраженность депрессивных симптомов значимо коррелировала с употреблением алкоголя до события ($\beta = 0,32$, $p < 0,001$), но не с употреблением других ПАВ. Алкоголь перед событием, по сравнению с другими ПАВ, значимо увеличивал вероятность более выраженной депрессивной симптоматики ($PHQ-9 = 18,7 \pm 1,8$ против $13,8 \pm 0,6$; $p < 0,0015$).

Модель для GAD-7 была статистически значимой ($p = 0,04$). Выраженность тревожных симптомов значимо коррелировала с употреблением алкоголя до события ($\beta = 0,29$, $p < 0,002$). Употребление алкоголя, по сравнению с употреблением других ПАВ, значимо повышало вероятность выраженной тревоги ($GAD-7 = 16,3 \pm 1,0$ против $12,7 \pm 0,6$; $p < 0,004$). Ни одно из других ПАВ, употребленных до события, значимого влияния на тревожные симптомы не показало.

Модель для подшкалы возбудимости/гиперактивности PDS-5 была статистически значимой ($p = 0,03$). Выраженность этих симптомов значимо коррелировала с употреблением алкоголя ($\beta = 0,24$, $p < 0,011$) и MMC ($\beta = 0,24$, $p < 0,011$) до травматического события. И алкоголь, и MMC значимо повышали вероятность развития симптомов возбудимости и гиперактивности по сравнению с употреблением других ПАВ.

Множественный регрессионный анализ баллов PDEQ с одновременным включением VAS-A, GAD-7, PHQ-9, подшкал PDS-5, а также пола и возраста был статистически значимым ($p = 0,0001$). Перитравматическая диссоциация значимо коррелировала с баллом по VAS-A ($\beta = 0,31$, $p < 0,02$) и с подшкалой настроения PDS-5 ($\beta = 0,28$, $p < 0,045$).

Анализ медиации показал, что употребление алкоголя до травмы положительно предсказывало баллы по подшкале настроения PDS-5 ($\beta = 0,15$, $p = 0,03$), по подшкале возбудимости PDS-5 ($\beta = 0,16$, $p = 0,015$), по подшкале интрузий PDS-5 ($\beta = 0,23$, $p = 0,001$), по шкале тревоги GAD-7 ($\beta = 0,20$, $p = 0,0015$), по шкале депрессии PHQ-9 ($\beta = 0,24$, $p = 0,00025$), а также по шкале перитравматической диссоциации PDEQ ($\beta = 0,20$, $p = 0,01$). При включении перитравматической дис-

социации в модель как потенциального медиатора связь между употреблением алкоголя и показателями настроения и интрузий по PDS-5, тревожности по GAD-7 и депрессии по PHQ-9 ослабевала ($p < 0,04$, $p < 0,015$, $p < 0,015$ и $p < 0,02$ соответственно). Это указывает на то, что перитравматическая диссоциация частично опосредует связь между употреблением алкоголя и настроением, интрузиями, тревогой и депрессивными симптомами.

Таким образом, вопреки нашим исходным ожиданиям, оказалось, что именно употребление алкоголя до травмы – как в сочетании с другими ПАВ, так и без них – значительно повышало риск перитравматической диссоциации, тревоги, депрессии и симптомов ОСТ.

Алкоголь оказывает широкий спектр влияний на функции мозга и поведение – от анксиолитического и легкого дезингибирующего эффекта до седации, моторной некоординированности, изменения памяти и эмоциональной переработки информации^{1,2}. Поэтому употребление алкоголя перед травмой могло нарушить когнитивные, эмоциональные и физиологические процессы, необходимые для того, чтобы справиться с травматической ситуацией. Более ранние данные о влиянии употребления алкоголя до травмы на развитие посттравматической симптоматики были противоречивыми³⁻⁷.

Важно и то, что само травматическое событие было длительным (пострадавшим приходилось бежать и прятаться на протяжении 8–20 часов, пока не пришла помощь), поэтому выжившие могли испытывать похмельный синдром, что могло усиливать тревогу и травматический стресс⁸.

Мы также установили, что перитравматическая диссоциация значительно повышала вероятность последующего развития тревожных и аффективных симптомов у участников, употреблявших алкоголь. Перитравматическая диссоциация способна нарушать обработку и интеграцию травматических воспоминаний, что затрудняет восстановление и повышает вероятность формирования посттравматических расстройств, поскольку травматические воспоминания остаются фрагментарными и переработанными⁹.

Теракт на фестивале «Nova» предоставляет уникальную возможность изучить, каким образом употребление ПАВ до травмы влияет на психическое состояние после травмы. В то же время исследование имеет ограничения. Во-первых, как и во всех натуралистических работах, размер выборки ограничен. Во-вторых, мы опирались на самоотчеты об употреблении ПАВ, а не на данные о концентрации веществ в крови и об их фактическом количестве, что не позволяет более тонко описать взаимосвязь между употреблением ПАВ и полученными психическими исходами.

Тем не менее результаты исследования дают новое представление о связи между употреблением алкоголя до травмы и повышенной уязвимостью к перитравматической дис-

социации, тревоге, депрессии и симптомам ОСТ. С учетом широкой распространенности употребления алкоголя в местах массового досуга и роста числа случаев сексуального и физического насилия, а также дорожно-транспортных происшествий, эти данные представляют и социальный, и клинический интерес. Кроме того, поскольку алкоголь – вещество с хорошо изученной фармакологией и механизмом действия, эти результаты могут быть полезны для дальнейшего понимания биологических основ реакций на травматический опыт.

Nitsa Nacasch^{1,2}, Tal Malka³, Joseph Zohar³, Yarden V. DeJorno⁴, Gal Levi⁵, Raz Gross¹, Mark Weiser^{1,2}, Hagit Cohen^{4,5}

¹ Pinchas and Drora Division of Psychiatry, Sheba Medical Center, Tel HaShomer, Israel.

² Department of Psychiatry, Tel Aviv University School of Medicine, Ramat Aviv, Israel.

³ Post-Trauma Center, Sheba Medical Center, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.

⁴ Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of Negev, Beer-Sheva Mental Health Center, Beer-Sheva, Israel.

⁵ Department of Psychology, Ben-Gurion University of Negev, BeerSheva, Israel.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск

Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Исследование было одобрено экспертным советом Медицинского центра Хаима Шибы (SMC-0787-23). Дополнительная информация об исследовании доступна на сайте <https://zenodo.org/records/10685035>.

Библиография

1. Fairbairn CE, Kang D, Federmeier KD. Biol Psychiatry 2021;89:990-1000.
2. Harrison NL, Skelly MJ, Grosserode EK et al. Neuropharmacology 2017;122: 36-45.
3. Maes M, Delmeire L, Mylle J et al. J Affect Disord 2001;63:113-21.
4. Mellman TA, Ramos J, David D et al. Depress Anxiety 1998;7:145.
5. Blanchard RJ, Magee L, Veniegas R et al. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1993;17:171-82.
6. Zatzick DF, Kang SM, Müller HG et al. Am J Psychiatry 2002;159:941-6.
7. Richmond TS, Kauder D. J Trauma Stress 2000;13:681-92.
8. Verster JC, Scholey A, van de Loo A et al. J Clin Med 2020;9:823.
9. Thompson-Hollands J, Jun JJ, Sloan DM. J Trauma Stress 2017;30:190-4.

DOI:10.1002/wps.21254

Профилактика, лечение и помощь при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, среди подростков. Заявление Неформальной научной сети УНП ООН-ВОЗ, 2024 г.

Nora D. Volkow, Michael P. Schaub, Anja Busse et al. Prevention, treatment and care of substance use disorders among adolescents. Statement by the UNODC-WHO Informal Scientific Network, 2024. *World Psychiatry*. 2024;23(3):454-455

С 2014 года Неформальная научная сеть Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Informal Scientific Network, ISN) представляет голос науки в международных обсуждениях политики в области контроля над наркотиками на заседаниях Комиссии ООН по

наркотическим средствам – органа, ответственного за формирование международной антинаркотической политики. Вопросы общественного здравоохранения, связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактику и лечение расстройств, вызванных их употреблением, заняли важное место в политических дискуссиях в системе ООН.

Подростковый возраст, на котором фокусируется настоящее заявление ISN, определяется как период от 10 до 19 лет¹. Хотя глобальные данные об употреблении психоактивных веществ во всей этой возрастной группе отсутствуют, имеются сведения по отдельным подгруппам. Алкоголь является наиболее распространенным психоактивным веществом среди лиц старше 15 лет²: 155 миллионов человек, то есть более четверти (26,5%) всех подростков в возрасте 15–19 лет, употребляют алкоголь в настоящее время. Кроме того, в этой возрастной группе наблюдаются более высокие показатели эпизодического чрезмерного употребления алкоголя по сравнению с общей популяцией потребителей. Среди подростков наиболее распространенным веществом, находящимся под международным контролем, является каннабис³. Частота его употребления среди 15–16-летних варьирует по регионам: от менее 3% годовой распространенности в Азии до более 17% в Океании. В большинстве регионов доля подростков, употребляющих каннабис, выше, чем среди общей популяции в возрасте 15–64 лет³.

В соответствии с Целями устойчивого развития⁴ и другими международными обязательствами⁵ государства – члены ООН призвали к комплексной, основанной на доказательствах профилактике употребления психоактивных веществ, включая раннюю профилактику⁶, а также к обеспечению доступного, разнообразного и научно обоснованного лечения и помощи детям и молодым людям с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ⁷. Политики, исследователи, медицинские работники и сообщества несут совместную ответственность за внедрение эффективных стратегий снижения спроса и за реализацию мер, направленных на профилактику, лечение, поддержку выздоровления, а также на уменьшение негативных медицинских и социальных последствий расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, среди подростков.

Неформальная научная сеть УНП ООН – ВОЗ выдвигает следующие рекомендации:

Расширить доступность и применение основанных на доказательствах стратегий и вмешательств в области профилактики, лечения и помощи подросткам, обеспечив устойчивое финансирование их реализации.

Сделать доступными научно обоснованные программы профилактики в общественном секторе с механизмами возмещения затрат, что позволит проводить профилактические мероприятия инклюзивно и учитывать потребности социально и экономически уязвимых групп, включая маргинализированные сообщества, коренные народы и представителей сексуальных и гендерных меньшинств.

Продвигать популяционные и средовые меры профилактики, включая ограничения на коммерческую или общественную доступность легальных психоактивных веществ, запрет их рекламы, спонсорства и продвижения, а также учитывать влияние социальных и коммерческих детерминант здоровья на употребление психоактивных веществ.

Усилить вовлечение приоритетных групп в профилактические инициативы и устранить барьеры для участия, такие как стигматизация. В качестве важной стратегии расширения прав и возможностей молодежи вовлекать подростков не только как получателей помощи, но и как подготовленных участников и лидеров профилактических программ.

Стимулировать внедрение эффективных, научно обоснованных профилактических вмешательств в различных сферах – здравоохранении, образовательных учреждениях, местных сообществах и системе ювенальной юстиции.

Широко применять скрининг психических состояний среди подростков, чтобы предотвратить и лечить сопутствующие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, и улучшить общее состояние здоровья. Реализовывать научно обоснованные методы лечения, включающие скрининг, краткие вмешательства, а также такие подходы, как семейная терапия, метод управляемого вознаграждения и когнитивно-поведенческая терапия. При необходимости вмешательства могут включать фармакотерапию.

Гарантировать, что подростки, обращающиеся за лечением, будут уверены в получении качественной медицинской помощи и безопасной поддержки без страха перед дискриминацией или негативными последствиями.

Признавать, что подростки с историей употребления психоактивных веществ или с расстройствами, связанными с их употреблением, подвергаются повышенному риску контакта с уголовно-правовой системой и могут быть более уязвимы к эксплуатации со стороны организованных преступных группировок. Следует усилить меры, направленные на создание безопасной среды, защищающей от вовлечения в организованную преступность.

Внедрять научно и этически обоснованные цифровые вмешательства с постоянным мониторингом результатов и возможных негативных последствий, принимая во внимание цифровое неравенство и разрыв в доступе к технологиям.

Включать в планы готовности к гуманитарным чрезвычайным ситуациям меры по профилактике и лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, включая подростков, чтобы укрепить устойчивость систем поддержки в условиях кризисов – конфликтов, военных действий, стихийных бедствий, вынужденной миграции и других форм перемещения.

Расширять кадровый потенциал для обеспечения квалифицированной и разнообразной рабочей силы, способной предоставлять медицинскую помощь подросткам с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Развивать онлайн- и дистанционные формы обучения для повышения квалификации специалистов.

Обеспечить достаточное финансирование для создания и поддержания систем сбора данных, дифференцированных по возрасту и полу, для анализа тенденций употребления психоактивных веществ среди подростков и оценки эффективности профилактических и лечебных программ.

Инвестировать в научно обоснованные методы профилактики и лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ среди подростков, а также в исследования, направленные на лучшее понимание этих расстройств, включая биопсихосоциальные факторы риска и защиты, с целью разработки более эффективных стратегий вмешательства.

Дети и молодежь, включая подростков, являются ценнейшим ресурсом для всех стран и должны быть защищены от медицинских и социальных последствий употребления психоактивных веществ. Ученые, политики, практики и сообщества должны совместно внедрять наиболее эффективные стратегии, политики и вмешательства, включая Международные стандарты ООН по профилактике употребления наркотиков и Международные стандарты ООН по лечению наркозависимости. ISN призывает политиков внедрять научно обоснованные и этически оправданные меры по профилактике и лечению употребления психоактивных веществ среди подростков с соответствующим выделением ресурсов, чтобы каждый подросток мог достичь наивысшего уровня здоровья.

Nora D. Volkow¹, Michael P. Schaub², Anja Busse³, Vladimir Poznyak⁴, Dzmitry Krupchanka, Giovanna Campello³, the UNODC/WHO Informal Scientific Network

¹National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA.

²Swiss Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich, Switzerland.

³Prevention, Treatment and Rehabilitation Section, UNODC, Vienna, Austria.

⁴Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

В UNODC-WHO ISN участвуют E. Adjei-Acquah, M. al'Absi, S. Al Emadi, O.A. Alibrahim, P. Arwidson, S. Ben-Ezra, J.G. Bramness, M. Branting, E. Bryun, M. Chakali, C. Damin, G. Fischer, E. Krupitsky, R. Lal, C. Leonardi, Z. Liu, M.A. Mahfouz, I. Maremmanni, M.T. Matar, S. Maua, M.E. Medina-Mora, E. Neumeier, I. Obot, S. Onen, K.M. Ostaszewski, T.M. Ronzani, P. Roska, M.P. Schaub, O. Scoppetta, V. Skryabin, M. Tor-

rens, J. Toufiq, G. Vilar, J.A. Villatoro- Velazquez, N. Volkow, K. Vyshinsky, M. Zhao and S.T. Zhenkova. Авторы благодарят Т. Clarke, E. Einstein, C. Gamboa-Riano, J. Hobin, A. Lee, W. Wagner and E.M. Wargo за редакторскую работу. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в этом письме, и они необязательно отражают взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны.

Перевод: Северцев Всеволод Владиславович, г. Москва
Редактура: Леонова Алена Владимировна, г. Тюмень

Библиография

1. United Nations Children's Fund. Investing in a safe, healthy and productive transition from childhood to adulthood is critical. <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview>.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization, 2018.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2023.
4. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Sustainable development: the 17 goals. <https://sdgs.un.org/goals>.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2016.
6. United Nations Office on Drugs and Crime. Promoting comprehensive and scientific evidence-based early prevention. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2021.
7. United Nations Office on Drugs and Crime. Supporting the availability, accessibility and diversity of scientific evidence-based treatment and care for children and young people with substance use disorders. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2015.

DOI:10.1002/wps.21260

Новости Секции ВПА по тревожным и обсессивно-компульсивным расстройствам

Naomi A. Fineberg, Dan J. Stein, Katharina Domschke et al. An update from the WPA Section on Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders. *World Psychiatry*. 2024;23(3):456-457

Секция Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по тревожным и обсессивно-компульсивным расстройствам занимается широким спектром распространенных и обременительных психических расстройств: тревожными и связанными со страхом расстройствами, обсессивно-компульсивными и родственными им расстройствами, а также расстройствами, связанными с поведенческими аддикциями, включая проблемное использование интернета. Это динамично развивающаяся область клинической практики, поскольку тревожные и обсессивно-компульсивные симптомы все чаще проявляются в цифровой среде.

Секция служит площадкой для обмена опытом и научными результатами между клиницистами-исследователями и представителями академической среды. Она проводит мероприятия в рамках конгрессов ВПА, публикует научные материалы и разрабатывает рекомендации по актуальным темам в сотрудничестве с ключевыми партнерами, такими как Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO), Международный колледж расстройств обсессивно-компульсивного спектра (International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders, ICOCs, www.icocs.org), исследовательские сети по тревожным и обсессивно-компульсивным расстройствам Европейского колледжа нейropsychopharmacology (European College of Neuropsychopharmacology, ECNP, www.ecnp.eu), а также Европейская сеть по проблемному использованию интернета (European Network for Problematic Usage of the Internet, www.internetandme.eu). Ниже кратко представлены некоторые недавние инициативы секции и ее планы на ближайшие пять лет.

МКБ-11 уточнила и расширила классификацию тревожных расстройств и ввела две новые группировки: для обсессивно-компульсивных и родственных расстройств и для расстройств, вызванных аддиктивным поведением, куда вошел ряд новых диагнозов. Группировка «Тревожные или связанные со страхом расстройства» в МКБ-11 разводит расстройства, связанные со страхом (то есть фобии, возникающие в отношении отдельных ситуаций или стимулов), и тревожные расстройства, при которых доминирует устойчивое ожидание вероятных, но не вполне определенных неблагоприятных событий. Расстройство сепарационной тревоги и селективный мутизм также были переведены в эту группу.

Обсессивно-компульсивные и родственные расстройства часто попадают в поле зрения специалистов поздно, что ухудшает клинические исходы. Чтобы повысить узнаваемость и точность диагностики, члены нашей секции совместно с ВОЗ добились переклассификации разрозненных диагнозов в единую группировку «Обсессивно-компульсивные и родственные расстройства». Полевое исследование показало, что специалисты здравоохранения ставят эти диагнозы точнее, используя МКБ-11, чем МКБ-10¹. Кроме того, новая классификация задала исследовательскую рамку, в которой компульсивность рассматривается как трансдиагностический нейropsychологический домен.

В МКБ-11 также выделена новая группировка «Расстройства, вызванные аддиктивным поведением». В нее вошли два новых расстройства – игровое расстройство и расстройство, связанное с азартными играми (онлайн или офлайн), а также остаточная категория для диагностики других форм проблемного поведения с аддиктивными, импульсивными и(или) компульсивными характеристиками, включая чрезмерные покупки, использование порнографии, социальных сетей, киберхондрию, цифровое накопительство и онлайн-стриминг.

Наличие перекрывающихся компульсивных и аддиктивных механизмов и расстройств привело к созданию Европейской сети по проблемному использованию интернета,

которая объединяет экспертов в области компульсивности, импульсивности и зависимостей. В рамках этой работы были опубликованы ключевые консенсусные материалы по диагностике, базовым механизмам и оценке проблемного использования интернета², что завершилось научно-просветительским фестивалем, серией обучающих вебинаров, выпуском учебника в серии Всемирной психиатрической ассоциации «Глобальное психическое здоровье на практике»³ и появлением популярной электронной книги «Учимся справляться с проблемным использованием интернета», переведенной на пять языков и доступной для свободного скачивания (www.icocs.org).

Пандемия COVID-19 и ее последствия дополнительно обострили интерес к тревожным и обсессивно-компульсивным расстройствам, а также к проблемному использованию интернета. Для людей с такими расстройствами сама по себе угроза инфицирования напрямую повлияла на оказание помощи: усилила социальную изоляцию и затруднила участие в ключевых терапевтических активностях. Ригидность мышления и навязчивые опасения за здоровье привели к проблемам общественного здравоохранения, таким как вакцинная нерешительность и трудности, связанные с локдауном. Рост цифровых коммуникаций в пандемию дал много преимуществ, но одновременно создал новые риски – от трудностей с балансом онлайн и офлайн до распространения оскорбительного контента и дезинформации, а также усиления социальной изоляции и затруднила использование интернета – собирательная категория для разных форм неадаптивного онлайн поведения с утратой контроля или рискованными паттернами – оказывает значимое негативное влияние на здоровье и благополучие отдельных людей и общества^{2,4}. Подростки, у которых механизмы когнитивного контроля еще не сформированы полностью, и лица с уязвимостями в сфере психического здоровья особенно подвержены этому состоянию, которое можно рассматривать как маркер нарушенного самоуправления. Во время пандемии распространенность проблемного использования интернета выросла: по данным метаанализа, она составила 7,9%, а в ряде стран с низким и средним уровнем дохода превышала 30%⁵.

В ответ на эти вызовы члены нашей секции подготовили и опубликовали в открытом доступе согласованные рекомендации по лечению тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств, а также по профилактике проблемного использования интернета во время и после пандемии⁶⁻⁷.

Столкнувшись со «скрытой пандемией» проблемного использования интернета, члены секции расширили соответствующую европейскую сеть до пятилетней исследовательской программы «Укрепление адаптации общества и психического здоровья в быстро цифровизирующейся постпандемической Европе» (Boosting Societal Adaptation and Mental Health in a Rapidly Digitalizing, Post-Pandemic Europe, BootStRaP). В нее вошли партнеры более чем из 20 стран и международная консультативная группа. Цель программы – уменьшить негативные эффекты цифровизации для психического здоровья, разработать и проверить комплекс основанных на доказательствах цифровых поведенческих вмешательств, нацеленных на уязвимость молодых людей к проблемному использованию интернета. Эффективность этих вмешательств будет протестирована в серии рандомизированных контролируемых исследований. Дополнительно проект предусматривает создание набора инструментов для здравоохранения и социальной политики, а также стандартов, направленных на защиту цифровых прав человека и уязвимых групп от эксплуатации.

Прогресс в нейробиологии и лечении тревожных / связанных со страхом расстройств и обсессивно-компульсив-

ных и родственных расстройств привел к расширению терапевтического арсенала за пределы традиционных моделей – до методов нейромодуляции, иммунотерапии и даже нейрохирургии. Члены секции участвовали в пересмотре руководств по лечению Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP)⁸⁻⁹. В сотрудничестве с Канадской сетью по лечению депрессии и тревожных расстройств (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, CANMAT) и ICOCS готовится удобный для практиков международный свод рекомендаций по обсессивно-компульсивному расстройству, публикация которого запланирована на 2024 год.

Для закрытия значимого пробела в знаниях члены секции вошли в экспертную группу, применившую метод консенсуса Delphi для разработки международно согласованных, последовательных и клинически полезных критериев тревожных расстройств, устойчивых к лечению. Эти критерии должны поддержать дизайн будущих исследований и развитие алгоритмов поэтапной терапии на основе доказательств¹⁰. Далее, совместно с Сетью исследований обсессивно-компульсивных расстройств ECNP и ICOCS, планируется аналогичным образом разработать клинически применимые критерии для обсессивно-компульсивных и родственных расстройств, устойчивых к лечению.

Учитывая глобальное бремя проблемного использования интернета, его влияние на молодежь и необходимость широких мер общественного здравоохранения, члены секции инициировали Комиссию по психиатрии журнала Lancet с широким международным участием. Ее задача – сфокусироваться на наиболее уязвимых группах и выработать глобально релевантные рекомендации по изменению политики в сфере здравоохранения и социальной защиты.

Современные вызовы в области психического здоровья требуют решений, основанных на интегративных и трансдиагностических концепциях, а также практических инициатив, которые будут инклюзивными и применимыми в разных культурах. Секция ВПА по тревожным и обсессивно-компульсивным расстройствам приняла на себя ответственность участвовать в разработке таких подходов, уделяя особое внимание расстройствам, которые в совокупности затрагивают значительную часть населения. При их высокой распространенности и при ограниченности ресурсов остается острый запрос на новые технологии профилактики, диагностики и лечения.

Секция обладает серьезным потенциалом для того, чтобы поддержать клиницистов, специалистов по охране психического здоровья и исследователей в продвижении этой области. Коллеги, разделяющие эти цели и интересы, приглашаются присоединиться к работе секции и внести свой вклад в достижение общих задач.

Naomi A. Fineberg¹⁻³, Dan J. Stein⁴, Katharina Domschke⁵, Eric Hollander⁶, Susanne Walitza⁷, Michael Van Ameringen⁸, Bernardo Dell’Osso⁹, Joseph Zohar¹⁰

¹ School of Life and Medical Sciences, University of Hertfordshire, Hatfield, UK.

² Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust, Welwyn Garden City, UK.

³ University of Cambridge School of Clinical Medicine, Cambridge, UK.

⁴ South 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.

⁵ Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Center – University of Freiburg, Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany.

⁶ Department of Psychiatry, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY, USA.

⁷ Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Psychiatric University Hospital, University of Zürich, Zürich, Switzerland.

⁸ Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, ON, Canada.

⁹ Department of Mental Health and Addictions, University of Milan, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milan, Italy.

¹⁰ Post-Trauma Center, Sheba Medical Center, Tel Aviv, Israel.

Перевод: Викторов Алексей Александрович, г. Санкт-Петербург
Редактура: Москвитина Ульяна Сергеевна, г. Белгород

Библиография

1. Kogan CS, Stein DJ, Rebello TJ et al. *J Affect Disord* 2020;273:328-40.
2. Fineberg NA, Menchón JM, Hall N et al. *Compr Psychiatry* 2022;118:152346.
3. Stein DJ, Fineberg NA, Chamberlain SR (eds). *Mental health in a digital world*. London: Academic Press, 2022.
4. Reed GM, First MB, Billieux J et al. *World Psychiatry* 2022;21:189-213.
5. Burkauskas J, Pellegrini L, Mozuraityte K et al. *Neuropsychopharmacol Hung* 2023;25:131-41.
6. Fineberg NA, Van Ameringen M, Drummond L et al. *Compr Psychiatry* 2020;100:152174.
7. Király O, Potenza MN, Stein DJ et al. *Compr Psychiatry* 2020;100:152180.
8. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS et al. *World J Biol Psychiatry* 2022;24:118-34.
9. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS et al. *World J Biol Psychiatry* 2022;24:79-117.
10. Domschke K, Seuling PD, Schiele MA et al. *World Psychiatry* 2024;23:113-23.

DOI:10.1002/wps.21255

Отчет рабочей группы Всемирной психиатрической ассоциации по обеспечению охраны психического здоровья мигрантов и беженцев

Meryam Schouler-Ocak, Marianne C. Kastrup, Levent Küey, Harry Minas, Solomon Rataemane, Hans Rohlf, Roberto Lewis-Fernández. A report from the WPA Working Group on Providing Mental Health Care for Migrants and Refugees. *World Psychiatry*. 2024;23(3):457-459

К сожалению, международная миграция не является единственным «событием». Во многих случаях она представляет собой добровольное решение, обусловленное социальным, экономическим и политическим контекстом в родной стране или ожидаемыми возможностями в стране назначения. Почти миллиард человек (12,5% населения мира) сегодня живут в стране, отличной от той, в которой они родились. В ряде других случаев миграция носит недобровольный или вынужденный характер, то есть направлена на то, чтобы

избежать преследований, притеснений или опасности, а также в результате принудительного переселения или изгнания. К середине 2023 года насчитывалось 110 миллионов беженцев, лиц, ищущих убежища, и вынужденных переселенцев. До 80% этих беженцев проживают в странах с низким и средним уровнем дохода, которые имеют ограниченные возможности по предоставлению жилья, образования, а также услуг в области общественного здравоохранения и психического здоровья¹.

Некоторые мигранты и большая часть беженцев, пересекающих международные границы, оказываются в тяжелых условиях на всех этапах этого процесса². Самой же миграции часто предшествуют многочисленные лишения, преследования, насилие, тюремное заключение и иные нарушения прав человека, такие как сексуальные домогательства и пытки². Вынужденный характер миграции, значительное влияние перенесенного ранее травматического опыта и сам этап дороги связаны с депрессией, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и тревогой среди мигрантов и беженцев².

Постмиграционные факторы стресса могут оказывать еще большее влияние на психическое здоровье, чем факторы, предшествующие миграции, например, в отношении риска развития психоза и депрессии³. Они включают в себя разлуку с семьей, языковой барьер, ограниченные возможности получения образования, затруднения в социальной интеграции и стресс адаптации к чужой культуре, социальную изоляцию, безработицу, стигматизацию и дискриминацию. Многие из этих факторов продолжают вносить свой вклад в риск развития психических расстройств у следующих поколений мигрантов. Таким образом, постмиграционная окружающая обстановка, трудности культурной адаптации и отсутствие социальной поддержки могут способствовать ухудшению психического здоровья^{3,4}. С другой стороны, участие в группах социальной поддержки имеет решающее значение для укрепления психического здоровья этнических меньшинств и мигрантов^{3,4}.

Распространенность психических расстройств среди беженцев может быть вдвое выше, чем среди экономических мигрантов⁵. Среди мигрантов из развивающихся стран отмечается повышенная частота неаффективных психотических расстройств^{3,4}. Когда как риск развития аффективных или неаффективных психозов в течение жизни у европейцев составляет около 1–2%, то у мигрантов из-за пределов Европы этот риск может достигать 3–6%. Распространенность ПТСР (31%) и депрессии (31,5%) в течение жизни среди беженцев и лиц, ищущих убежища, значительно выше, чем в общей популяции (соответственно 3,9% и 12%)⁶, и эта повышенная частота встречаемости сохраняется в течение многих лет после переселения⁷.

Для решения проблемы высокой распространенности психических расстройств у беженцев и вынужденных переселенцев срочно необходимы масштабные мероприятия⁷. Культурная компетентность, являющаяся ключевым компонентом хорошей клинической практики, подчеркивает акцент тренинга навыков клинициста в понимании культурных ценностей, установок и поведения пациентов, уважении и преодолении различий, и способности убедиться в том, что эти различия не оказывают негативного влияния на диагностический и терапевтический процессы⁸. Также предлагаются тренинги по борьбе с расизмом и этнокультурному разнообразию.

Внимание к культуральным представлениям пациентов о дистрессе может уточнить для клинической практики социальную конструкцию психопатологии, снизить чрезмерную медикализацию, поможет проследить путь от дистресса к жизнестойкости, задать новое направление исследованиям механизмов и маркеров заболеваемости, направить культуральную эпидемиологию на выявление людей, подверженных наибольшему риску, и прояснить культурные конфликты, питающие социальное неравенство⁹.

Большинство психиатрических препаратов было разработано на Западе. Несмотря на их глобальное применение, существует ограниченное количество исследований фармакодинамических и фармакокинетических профилей этих лекарств среди различных этнических групп. Помимо этнобиологических детерминант реакции на лекарства, существуют значительные культурные факторы, включая сочетание использования плуралистических систем здравоохранения, альтернативных методов лечения и народных средств, которые могут поддерживать, препятствовать или осложнять эффективность фармакотерапии и приверженность к ней.

Перед рабочей группой Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по оказанию психиатрической помощи

мигрантам и беженцам были поставлены следующие задачи: а) определить вопросы, связанные с оказанием помощи в области психического здоровья вынужденных переселенцев, беженцев и мигрантов во всем мире, и разработать рекомендации по участию ВПА в исследованиях, образовании и развитии систем психического здравоохранения для данного контингента; б) выявлять общественные организации, учреждения и отдельных лиц, заинтересованных и желающих участвовать в программах ВПА по исследованию, образованию и развитию систем психического здравоохранения вынужденных переселенцев, беженцев и мигрантов; г) взаимодействовать с другими рабочими группами в рамках плана действий ВПА⁹⁻¹¹, чтобы способствовать включению вопросов психического здоровья вынужденных переселенцев, беженцев и мигрантов в работу этих групп.

Для достижения этих целей Рабочая группа провела несколько научных и учебных мероприятий международного уровня. В их числе симпозиумы на тему «Расизм и психическое здоровье» в рамках Всемирного психиатрического конгресса в 2021 году и на тему «Расизм и психическое здоровье уязвимых групп населения и роль специалистов в области психического здоровья» на Всемирном психиатрическом конгрессе в 2022 году. Мы также организовали вебинар на тему «Расизм и дискриминация в психиатрической помощи мигрантам, беженцам и вынужденным переселенцам» с участием экспертов в этой области. Другие симпозиумы были посвящены «Транскультуральным аспектам психического здоровья» и «Транскультуральной психиатрии и психическому здоровью мигрантов, беженцев и вынужденных переселенцев». Кроме того, нас пригласили принять участие в панельной дискуссии на тему «Миграция, беженцы и психическое здоровье».

На Всемирном конгрессе по психиатрии в 2023 году мы провели курс на тему «Вынужденное переселение, беженцы и психическое здоровье». Мы также подготовили учебные материалы на шести языках по теме «Транскультуральная психиатрия и психическое здоровье мигрантов, беженцев и насильственно перемещенных лиц».

Еще один вебинар, организованный Рабочей группой, назывался «Работа с мигрантами и беженцами – почему необходима культуральная компетентность?». В ходе этого мероприятия эксперты подчеркнули важность культуральной компетентности в предоставлении надлежащей помощи мигрантам и беженцам, преодоления социокультурных различий и других системных вызовов для снижения неравенства в области охраны психического здоровья.

В центре внимания Рабочей группы оказался тот факт, что пандемия COVID-19 оказала более сильное воздействие на психическое здоровье уязвимых групп мигрантов, беженцев и лиц, ищущих убежища, чем на многие другие группы населения. На Всемирном психиатрическом конгрессе в 2021 году был проведен симпозиум «Понимание вариативности и сложности суицидального процесса в период пандемии COVID-19». На Всемирном психиатрическом конгрессе в 2022 году мы представили симпозиум «COVID-19 и его влияние на психическое здоровье мигрантов, беженцев и лиц, ищущих убежища» и присоединились к президентскому симпозиуму на ту же тему. Для решения проблемы пандемии Рабочая группа разработала программное заявление: «Пандемия COVID-19 и психическое здоровье мигрантов и беженцев».

Обращаясь к актуальной теме, Рабочая группа пригласила экспертов на вебинар: «Война в Европе и психическое здоровье беженцев и вынужденных переселенцев из Украины». Европа вновь столкнулась с драматической чрезвычайной ситуацией, которая уже привела к многочисленным жертвам среди гражданского населения и массовым переселениям, а также усугубила экономический и энергетический кризис. Наконец, в настоящее время проводится работа над метаанализом и систематическим обзором по теме «Психотерапевтические вмешательства в отношении мигрантов и беженцев».

Образование и вмешательства в области психического здоровья, адаптированные к языковым, культурным и социальным условиям маргинализированных групп, являются критически важными. Способность специалистов в обла-

сти психического здоровья предоставлять качественные услуги пациентам-мигрантам и общинам беженцев должна быть существенно улучшена. Необходимо обеспечить эффективную и справедливую профессиональную помощь и гуманитарную поддержку мигрантам и беженцам, которые составляют все большую часть населения мира.

**Meryam Schouler-Ocak¹, Marianne C. Kastrup²,
Levent Küey³, Harry Minas⁴, Solomon Rataemane⁵,
Hans Rohlf⁶, Roberto Lewis-Fernández⁷**

¹Psychiatric University Clinic of Charité at St. Hedwig Hospital, Berlin, Germany.

²Specialist in Psychiatry, Copenhagen, Denmark.

³Istanbul Bilgi University, Istanbul, Turkey.

⁴Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia.

⁵Department of Psychiatry, Sefako Makgatho Health Sciences University, Ga-Rankuwa, South Africa.

⁶World Association of Cultural Psychiatry.

⁷Center of Excellence for Cultural Competence, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск

Редактура: Москвитина Ульяна Сергеевна, г. Белгород

Библиография

1. United Nations High Commissioner for Refugees. Refugee data finder. www.unhcr.org.
2. Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I et al. BMC Med 2018;16:15. Henssler J, Brandt L, Müller M et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2020;270:325-35.
3. Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Psychol Med 2020;50:303-13.
4. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S et al. Soc Sci Med 2009;69:246-57.
5. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L et al. Psychol Med 2017;47:2260-74.
6. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M et al. PLoS Med 2020;17:e1003337.
7. Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I et al. Eur Psychiatry 2015;30:431-40.
8. Javed A. World Psychiatry 2022;21:325-6.
9. Javed A. World Psychiatry 2023;22:165-6.
10. Javed A. World Psychiatry 2023;22:341-2.

DOI:10.1002/wps.21218

Точка зрения Секции наркологической психиатрии ВПА на аддиктивные расстройства

Hussien Elkholy, Roshan Bhad, Hamed Ekhtiari, Alexander M. Baldacchino. Addictive disorders through the lens of the WPA Section on Addiction Psychiatry. World Psychiatry. 2024;23(3):459-460

Практика наркологической психиатрии и соответствующее обучение различаются в зависимости от региона и страны. Несмотря на сложности, с которыми сталкивается эта область, за последнее десятилетие были достигнуты новые успехи и сделаны значимые открытия. Быстрое развитие технологий способствовало более глубокому пониманию механизмов зависимости и разработке новых терапевтических подходов, но одновременно привело к появлению новых форм поведенческой зависимости, а также к росту доступности и распространенности различных психоактивных веществ.

Секция наркологической психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) была создана для предоставления глобальной платформы, на которой можно обсуждать национальные, региональные и международные проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ и другими формами аддиктивных расстройств. Секция объединяет психиатров и специалистов смежных дисциплин для обмена опытом и совместного поиска решений.

Во время Всемирного конгресса психиатров, состоявшегося в Вене в 2023 году, была официально представлена обновленная секция. Ее председатель, А. Baldacchino, изложил видение работы, основанное на принципах коллегиальности, демократии, прозрачности, инклюзивности, разнообразия и глобального представительства. Основная цель секции – развитие сотрудничества с другими подразделениями ВПА, а также с научными обществами и профессиональными организациями. В этих целях секция намерена поддерживать проведение международных опросов, дискуссионных панелей, просветительских инициатив, а также разработку междисциплинарных руководств, согласованных заявлений, стандартов передовой практики и программных документов, способствующих реализации этого подхода. В настоящее время активно идет привлечение новых участников.

Секция определила ключевые направления работы на ближайшие три года. Были отмечены различные актуальные области – региональные особенности употребления наркотиков, поведенческие зависимости, проблемы вынужденного перемещения в условиях современных геополитических конфликтов, а также влияние пандемии COVID-19^{1,2}. Чтобы охватить как достижения, так и существующие вызовы, со-

временные тенденции и потребности в обучении, выделены четыре основных направления.

Во-первых, продолжается развитие основанных на патогенетических механизмах терапевтических вмешательств и профилактических средств для расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ³. Одобрение Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) нейромодуляционных вмешательств – таких как стимуляция аурикулярного блуждающего нерва для снижения симптомов отмены опиоидов и глубокая транскраниальная магнитная стимуляция префронтальной коры при отказе от курения – открыло новые возможности для изучения нейронных контуров, связанных с зависимостью, и разработки инновационных методов лечения. Перепрофилирование лекарственных средств с учетом механистических данных также демонстрирует потенциал для повышения эффективности терапии зависимости, воздействия на N-метил-D-аспартатные (NMDA), орексиновые, капса-опиоидные и другие рецепторы.

Следующее поколение терапии расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также их коморбидных состояний, будет основываться на механистическом подходе. Оно будет включать индивидуальную нейромодуляцию, основанную на нейровизуализации; цифровую терапию, ориентированную на биомаркеры; фармакотерапию, разработанную с учетом нейробиологических механизмов; нейронаучно обоснованные поведенческие вмешательства и индивидуальные профилактические стратегии. Секция стремится поддерживать глобальное сотрудничество в этой сфере и обеспечить равный доступ пациентов и специалистов-психиатров к современным достижениям. Для этого формируются международные рабочие группы и консорциумы⁴.

Во-вторых, бурное развитие телемедицины, особенно во время пандемии COVID-19, распространилось и на сферу наркологической психиатрии. Секция уделяет особое внимание разработке и внедрению инновационных цифровых решений, предназначенных для оказания помощи людям, сталкивающимся с зависимостью. Планируется создание сети обмена знаниями и философии проектирования, основанной на человекоцентрированном подходе и инклюзив-

ной коммуникации. Цель этих усилий – повысить ценность возможностей цифровых платформ и обеспечить их доступность для уязвимых групп населения. Этот процесс направлен не только на расширение вовлеченности, но и на учет сложности проблемы и содействие системным изменениям⁵.

В-третьих, все больше внимания уделяется феномену нейроразнообразия. В области наркологической психиатрии появляются новые данные, указывающие на взаимосвязь между расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и различными нарушениями нейроразвития. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) и аутизм связаны с повышенным риском злоупотребления психоактивными веществами⁶, а также с поведенческими зависимостями, такими как игровое расстройство⁷.

Четвертым приоритетом является подготовка специалистов в области наркологической психиатрии. В настоящее время наблюдается острая нехватка таких специалистов, что представляет собой серьезную проблему в решении глобальной задачи общественного здравоохранения, связанной с зависимостями. Ряд стран уже реализует инициативы в этой сфере, однако отсутствие стандартизации и кадрового потенциала препятствует масштабированию учебных программ. Эти проблемы были выявлены в ходе недавнего глобального опроса, проведенного Международным обществом наркологии (International Society of Addiction Medicine, ISAM) среди начинающих специалистов. ISAM также разработало инструмент для оценки потребностей в обучении и провело соответствующий опрос. Тесное сотрудничество между ISAM и ВПА будет способствовать дальнейшему развитию этой области.

ВПА разработала обучающие модули для терапии различных психических расстройств, включая зависимости, что может способствовать сокращению этого разрыва⁸⁻¹¹. Рабочая группа совместно с партнерами реализует сотрудничество секции с заинтересованными организациями для формирования глобальной стратегии в этой области¹².

Кроме того, продолжаются обсуждения с другими секциями ВПА, национальными и международными ассоциациями и научными обществами с целью определения новых направлений возможного сотрудничества. Секция с оптимизмом смотрит в будущее и рассчитывает на плодотворный трехлетний период, направленный на совершенствова-

ние практики, сокращение разрывов и создание инклюзивной, многообразной образовательной среды для всех поколений специалистов.

Hussien Elkholy¹⁻³, Roshan Bhad^{3,4}, Hamed Ekhtiari^{3,5}, Alexander M. Baldacchino^{3,6}

¹ Department of Neurology and Psychiatry, Faculty of Medicine, Ain Shams University, Cairo, Egypt.

² Clinical Neuroscience Department, Brighton and Sussex Medical School, Falmer, UK.

³ WPA Section on Addiction Psychiatry.

⁴ National Drug Dependence Treatment Centre, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India.

⁵ Department of Psychiatry, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA.

⁶ Population and Behaviour Science Division, Medical School, University of St. Andrews, St. Andrews, Scotland, UK.

Перевод: Лукьянова Алена Владиславовна, г. Санкт-Петербург

Редактура: Москвитина Ульяна Сергеевна, г. Белгород

Библиография

1. Elkholy H. BJPsych Int 2022;19:57-8.
2. Elkholy H, Tay Wee Teck J, Arunogiri S et al. Curr Addict Rep 2023;10:341-2.
3. Ekhtiari H, Zare-Bidoky M, Verdejo-Garcia A. In: el-Guebaly N, Carra G, Galanter M et al (eds). Textbook of addiction treatment. Cham: Springer, 2021:1159-76.
4. Ekhtiari H, Verdejo-Garcia A, Moeller SJ et al. Front Psychiatry 2020;11:590030.
5. Tay Wee Teck J, Gittins R, Zlatkute G et al. JMIR Ment Health 2023;10:e47186.
6. French B, Daley D, Groom M et al. J Atten Disord 2023;27:1393-410.
7. Koncz P, Demetrovics Z, Takacs ZK et al. Clin Psychol Rev 2023;106:102343.
8. Javed A. World Psychiatry 2023;22:165-6.
9. Javed A. World Psychiatry 2023;22:341-2.
10. Ng RMK. World Psychiatry 2022;21:478-9.
11. Ng RMK. World Psychiatry 2023;22:346-7.
12. Bhad R, Achab S, Rafei P et al. Glob Ment Health 2023;10:e44.

DOI:10.1002/wps.21256

Успехи, вызовы и перспективы персонализированной психиатрии

Giampaolo Perna, Daniela Caldirola, Alan F. Schatzberg, Charles B. Nemeroff. Advancements, challenges and future horizons in personalized psychiatry. World Psychiatry. 2024;23(3):460-461

В последнее время персонализированная психиатрия стала неотъемлемой частью общего процесса перехода к персонализированной медицине, цель которой – удовлетворить нереализованные потребности в сфере психического здоровья.

Психические расстройства, особенно депрессия и тревожные состояния, представляют собой серьезную проблему для здравоохранения во всем мире. Несмотря на широкий спектр доступных методов лечения, их результаты часто оказываются неудовлетворительными. Основная трудность заключается в том, что подобрать оптимальное лечение для каждого пациента чрезвычайно сложно. Хотя существуют научно обоснованные рекомендации по клинической практике, они, как правило, основываются на средних показателях эффективности, наблюдаемых в группах пациентов, участвовавших в рандомизированных клинических исследованиях, и не учитывают индивидуальные особенности человека.

Осознание того, что люди с одинаковым диагнозом могут существенно различаться по параметрам, влияющим на эффективность лечения, привело к отказу от универсального подхода в клинической практике. Персонализированная

психиатрия стремится интегрировать разнообразные характеристики пациента – симптомы, клинические особенности, нейробиологические маркеры, генетические и эпигенетические факторы, данные нейровизуализации, особенности среды и образ жизни – с целью прогнозирования уязвимости, совершенствования диагностики и оптимизации лечения для достижения максимальной эффективности при минимальном риске побочных эффектов.

Современные технологические достижения открывают широкие перспективы для развития персонализированной психиатрии. Применение электронных медицинских карт позволяет формировать обширные базы данных. Сбор информации в режиме реального времени с помощью носимых интеллектуальных устройств обеспечивает регистрацию психических состояний, поведенческих и физиологических показателей, что получило название цифрового фенотипирования. Кроме того, развитие инструментов искусственного интеллекта, включая методы машинного обучения, делает возможным анализ сложных массивов данных и получение прогнозов, выходящих за рамки человеческих возможностей¹.

Тем не менее, несмотря на высокий потенциал, развитие персонализированного подхода в психиатрии идет медленно. Это связано с рядом объективных трудностей. Психические расстройства характеризуются сложностью клинических проявлений и высокой гетерогенностью. До сих пор не установлены четкие патофизиологические механизмы их возникновения. Эти расстройства имеют многоуровневую структуру, включающую биологические, психологические, поведенческие, социальные и культурные компоненты. За последние два десятилетия² были предложены многочисленные прогностические модели, потенциально полезные для клинической практики психиатрии, однако их внедрение в реальную медицинскую практику остается ограниченным. Это подчеркивает необходимость проведения дальнейших исследований и масштабных усилий в данной области.

В 2014 году Всемирная психиатрическая ассоциация (World Psychiatric Association, WPA) создала научную секцию по персонализированной психиатрии под руководством G. Perna, C.B. Nemeroff и A.F. Schatzberg. Эта инициатива привлекла ведущих международных специалистов, активно участвующих в работе секции как члены комитетов, исследователи и докладчики. Основная цель секции – использование достижений нейронаук, нейровизуализации, генетики и современных технологий для внедрения персонализированных подходов во все сферы психиатрической помощи.

Развивая междисциплинарные связи и совместные исследования, секция стремится раскрыть сложные взаимосвязи между генетическими, нейробиологическими и средовыми факторами, лежащими в основе психических расстройств. Ее главная цель – предоставить клиницистам инструменты для проведения целенаправленных психиатрических вмешательств, приносящих пользу как специалистам, так и пациентам.

Члены секции проводят значимые исследования, приближающие к достижению этой цели. Среди них – выявление потенциальных биотипов, основанных на структуре мозговых сетей, что позволяет разрабатывать индивидуальные подходы к лечению аффективных расстройств; перевод данных о функционировании мозговых контуров на индивидуальном уровне в прогностические клинические маркеры³; а также демонстрация того, что, несмотря на перспективность, фармакогеномика пока не обладает клинической ценностью при выборе терапии для пациентов с тяжелыми депрессивными расстройствами⁴.

Иммунная система также рассматривается как перспективная терапевтическая цель для отдельных групп пациентов с тяжелой депрессией. Ведутся исследования, направленные на изучение иммунометаболических особенностей депрессии как возможных предикторов эффективности антидепрессивной терапии⁵. Кроме того, предлагаются периферические воспалительные биомаркеры для выделения биотипов униполярной и биполярной депрессии.

Разработано предложение по созданию персонализированной, научно обоснованной терапии панического расстройства, учитывающей индивидуальные феноменологические особенности и физиологические реакции каждого пациента⁶. В настоящее время активно проводятся клинические исследования в этом направлении.

Искусственный интеллект, стремительно развивающаяся область, активно внедряется во все направления медицины. Он позволяет учитывать множество факторов, влияющих на эффективность лечения распространенных психических расстройств, что способствует созданию надежных прогностических моделей. Недавно экспертные группы опубликовали согласованные рекомендации по определению устойчивости к лечению тревожных расстройств⁷ и тяжелых депрессивных состояний⁸. Однако их практическая эффективность для клинического принятия решений и улучшения

исходов лечения остается ограниченной, что указывает на необходимость дальнейшего совершенствования терапевтических подходов⁹.

Проводя международные конференции, семинары и публикации, секция способствует обмену знаниями и развитию сотрудничества между специалистами по всему миру. Она также занимается сбором и распространением научных данных в области персонализированной психиатрической помощи. Результатом этой работы стали многочисленные публикации в ведущих научных изданиях, включая *Anxiety Disorders. Rethinking and Understanding Recent Discoveries* (ред. Y.-K. Kim), *Precision Psychiatry. Using Neuroscience Insights to Inform Personally Tailored, Measurement-Based Care* (ред. L.M. Williams и L.M. Hack), *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology, 6th edition* (ред. A.F. Schatzberg и C.B. Nemeroff), а также *Personalized Integrative Treatment for Depression* (ред. Y.-K. Kim).

С 2017 года C.B. Nemeroff и G. Perna являются сопредседателями научного журнала «Personalized Medicine in Psychiatry». Издание было создано с целью обеспечить площадку для обмена опытом и обсуждения достижений в области персонализированной психиатрической помощи.

Таким образом, признавая сложность и неоднородность психических заболеваний, секция формирует основу для будущего, в котором каждый человек сможет получать лечение, соответствующее его индивидуальным особенностям.

Вместе с тем очевидно, что для реализации этой цели требуется значительная дополнительная работа. Секция продолжит выполнять свою миссию, повышая осведомленность о важности персонализированного подхода среди специалистов и способствуя внедрению этих принципов в клиническую практику, формируя тем самым будущее психиатрической помощи.

Giampaolo Perna^{1,3}, Daniela Caldirola^{1,3}, Alan F. Schatzberg⁴, Charles B. Nemeroff⁵

¹ Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele, Italy.

² Personalized Medicine Center for Anxiety and Panic Disorders, Humanitas San Pio X, Milan, Italy.

³ Department of Clinical Neurosciences, Villa S. Benedetto Menni Hospital, Albese con Cassano, Italy.

⁴ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA.

⁵ Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Texas-Austin, Dell Medical School, Austin, TX, USA.

Перевод: Лукьянова Алена Владиславовна, г. Санкт-Петербург
Редактура: Москвитина Ульяна Сергеевна, г. Белгород

Библиография

1. Perna G, Grassi M, Caldirola D et al. *Psychol Med* 2018;48:705-13.
2. Meehan AJ, Lewis SJ, Fazel S et al. *Mol Psychiatry* 2022;27:2700-8.
3. Song EJ, Tozzi L, Williams LM. *Biol Psychiatry* 2024; doi: 10.1016/j.biopsych.2024.03.016.
4. Baum ML, Widge AS, Carpenter LL et al. *Am J Psychiatry* (in press).
5. Vreijling SR, Chin Fatt CR, Williams LM et al. *Br J Psychiatry* 2024;224:89-97.
6. Caldirola D, Perna G. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019;15:1957-70.
7. Domschke K, Seuling PD, Schiele MA et al. *World Psychiatry* 2024;23:113-23.
8. Sforzini L, Worrell C, Kose M et al. *Mol Psychiatry* 2022;27:1286-99.
9. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT et al. *World Psychiatry* 2023;22:394-412.

DOI:10.1002/wps.21257

Совершенствование образования в области психиатрии в условиях меняющегося сценария: деятельность секции ВПА по образованию в области психиатрии

Gaia Sampogna, Hasanen Al-Taiar, Franziska Baessler, Bulent Coskun, Hussien Elkholy, Mariana Pinto da Costa, Rodrigo Ramalho, Andrea Fiorillo. Improving education in psychiatry in an evolving scenario: the activities of the WPA Section on Education in Psychiatry. *World Psychiatry*. 2024;23(3):461-462

Образование специалистов в области психического здоровья должно отражать изменения, происходящие на научном, клиническом и социокультурном уровнях, а значит, постоянно обновляться. Однако во многих странах психиатрическое образование по-прежнему основывается на знаниях, сформированных в прошлом веке, и не учитывает современные данные о структуре и функционировании мозга, человеческом поведении и социальных взаимоотношениях.

Кроме того, миссия психиатров со временем изменилась: от диагностики и лечения выраженных психических расстройств к выявлению широкого спектра проблем психического здоровья, связанных с высоким уровнем личного и общественного бремени. Привлечение людей с личным опытом психических расстройств к участию в политической, клинической и исследовательской деятельности сегодня признается приоритетным направлением^{1,2}. Также все шире признается необходимость клинической характеристики пациентов, выходящей за рамки постановки диагноза, с целью персонализации лечения^{3,4}. Эти изменения должны быть отражены в действующих образовательных программах, однако это происходит не всегда.

Секция Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) по образованию в области психиатрии стремится улучшить подготовку специалистов и качество образования во всем мире, уделяя особое внимание странам с низким и средним уровнем дохода (СНСД), поскольку будущее психиатрии как научной дисциплины во многом зависит от качества подготовки новых поколений профессионалов.

Секция занимается обновлением образовательных материалов, предназначенных для специалистов в области психического здоровья, и стремится обеспечивать их глобальное распространение⁵. В течение последних трех лет она содействовала реализации ряда образовательных инициатив, включая разработку информационных материалов для широкой аудитории с целью уменьшения предвзятости в отношении людей с психическими расстройствами, обновление учебных программ для студентов-медиков, а также организацию обучающих семинаров и встреч для психиатров и других специалистов в сфере психического здоровья.

В трехлетний период 2020–2023 годов, после пандемии COVID-19, которая стала беспрецедентным травматическим событием и оказала серьезное воздействие на образование, профессиональную подготовку и клиническую практику во всем мире, секция особенно активно занималась разработкой и внедрением новых инструментов для повышения качества образования в области психического здоровья⁶⁻⁸.

Председатель секции совместно с вице-президентом ВПА провел опрос среди зональных представителей Ассоциации с целью выявления образовательных потребностей и интересов специалистов, сотрудничающих с ВПА⁹. Основным выводом стало то, что большинство респондентов сосредоточены на деятельности в области общественного психического здоровья и первичной профилактики психических расстройств. При этом одной из наиболее выраженных неудовлетворенных потребностей является разработка и распространение образовательных программ на языках, отличных от английского, для расширения их доступности.

Кроме того, секция собрала данные об образовательных практиках и профессиональной подготовке исследователей и преподавателей из разных регионов мира, уделяя особое внимание качеству обучения в СНСД. Эти материалы были

опубликованы в специальном выпуске журнала «Asia-Pacific Psychiatry»¹⁰. В выпуск вошли статьи, посвященные опыту начинающих психиатров, описывающие трудности и преимущества обучения психиатрии в СНСД, недостаток внимания к обучению в области психиатрии зависимостей, влияние пандемии COVID-19 на профессиональную подготовку и значимость использования цифровых ресурсов и онлайн-платформ для облегчения и расширения доступа к образовательным программам и инициативам по всему миру.

Председатель секции также совместно с вице-президентом ВПА уделил особое внимание вопросам физического здоровья пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, принимая участие в Рабочей группе по физической активности и коморбидным заболеваниям¹¹, а также в ряде образовательных инициатив, организованных в рамках конгрессов ВПА и других международных конференций.

На основе проведенных мероприятий под редакцией профессоров N. Sartorius и A. Javed совместно с председателем секции готовится к публикации в 2024 году новое учебное руководство «Коморбидность психических и физических расстройств: выявление, менеджмент и лечение».

В этом контексте секция принимала участие в подготовке Плана действий ВПА на 2023–2026 годы, разработанного действующим президентом Ассоциации, и внесла вклад в создание образовательных материалов для Центра здоровья образа жизни – специального веб-ресурса, на котором размещены видеоматериалы и информационные пакеты по вопросам питания и физической активности. Цель этой работы – содействовать формированию библиотеки образовательных ресурсов, доступных коллегам во всем мире, которые можно использовать как источник вдохновения и применять в повседневной психиатрической практике¹²⁻¹⁴.

В марте 2021 года секция организовала успешный виртуальный семинар Train the Trainers («Обучение тренеров»), в котором приняли участие около 130 специалистов – психиатров, ординаторов и других работников сферы психического здоровья из 45 стран. Интерактивный формат семинара позволил участникам обмениваться профессиональным опытом, задавать вопросы и получать консультации от экспертов. Среди основных докладчиков были профессоры A. Javed и N. Sartorius, которые поделились своими подходами к поиску инновационных решений для совершенствования подготовки и образования в психиатрии, уделив особое внимание развитию лидерских и коммуникативных компетенций. Успех этого семинара подтвердил, что интерактивные онлайн-мероприятия могут служить эффективным инструментом для оптимизации образовательных процессов и снижения организационных затрат.

Секция продолжает укреплять сотрудничество с международными организациями, работающими над совершенствованием системы образования и профессиональной подготовки в психиатрии, такими как Комитет по образованию Европейской психиатрической ассоциации (European Psychiatric Association, EPA) и Европейский союз медицинских специалистов (European Union of Medical Specialists, UEMS). Кроме того, председатель секции принимал активное участие во встречах, проходивших в Европейском парламенте в Брюсселе, где совместно с представителями UEMS и Всемирной организации здравоохранения обсуждались перспективы развития образовательных программ в области психического здоровья.

Число членов секции неуклонно растет: в нее входят как молодые психиатры, так и опытные специалисты из разных стран. Секция с энтузиазмом рассматривает новые возможности для взаимодействия с коллегами и партнерами, заинтересованными в повышении качества психиатрического образования во всем мире.

Gaia Sampogna¹, Hasanen Al-Taiar², Franziska Baessler^{3,4}, Bulent Coskun⁵, Hussien Elkholy⁶, Mariana Pinto da Costa⁷, Rodrigo Ramalho⁸, Andrea Fiorillo¹

¹ Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples, Italy.

² Oxford Clinic, Littlemore Mental Health Centre, Oxford, UK.

³ Department of General Internal and Psychosomatic Medicine, Heidelberg University Hospital, Heidelberg, Germany.

⁴ Heidelberg Academy of Sciences and Humanities, Heidelberg, Germany.

⁵ Kocaeli University Medical School, Kocaeli, Turkey.

⁶ Department of Neurology and Psychiatry, Faculty of Medicine, Ain Shams University, Cairo, Egypt.

⁷ Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK.

⁸ Department of Social and Community Health, University of Auckland, Auckland, New Zealand.

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск

Редактура: Москвитина Ульяна Сергеевна, г. Белгород

Библиография

1. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. World Psychiatry 2022;21:168-8.
2. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. World Psychiatry 2022;22:352-65.
3. Stein DJ, Shoptaw DV, Vigo DV et al. World Psychiatry 2022;21:393-414.
4. McIntyre RS, Alda M, Baldessarini RJ et al. World Psychiatry 2022;21:364-87.
5. Fiorillo A, Sampogna G, Elkholy H et al. World Psychiatry 2021;20:149-50.
6. Ng RMK. World Psychiatry 2022;21:478-9.
7. Ng RMK. World Psychiatry 2023;22:346-7.
8. Thomson S, Chumakov E, Van Hoof J et al. World Psychiatry 2022;21:161-2.
9. Sampogna G, Fiorillo A, Wasserman D. Asia Pac Psychiatry 2021;13:e12497.
10. Fiorillo A, Javed A. Asia Pac Psychiatry 2021;13:e12500.
11. Fiorillo A, de Girolamo G, Simunovic IF et al. World Psychiatry 2023;22:169-70.
12. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:170-1.
13. Wasserman D, Arango C, Fiorillo A et al. World Psychiatry 2023;22:488-9.
14. Wasserman D. World Psychiatry 2023;22:343-4.

DOI:10.1002/wps.21258

Вклад ВПА в разработку клинических описаний и диагностических требований для психических, поведенческих расстройств и расстройств нейроразвития МКБ-11

Bianca Della Rocca. The contribution of the WPA to the development of the ICD-11 CDDR. World Psychiatry. 2024;23(3):463-464

Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) активно поддерживает Всемирную организацию здравоохранения (World Health Organization, WHO) в разработке и научной валидации Клинических описаний и диагностических требований для психических, поведенческих расстройств и расстройств нейроразвития МКБ-11 (Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders, CDDR).

Ряд сотрудников и экспертов WPA занимали должности председателей или членов Рабочих групп МКБ-11, подготовивших проекты различных разделов CDDR. Среди председателей были W. Gaebel (Рабочая группа по психотическим расстройствам), M. Maj (Рабочая группа по расстройствам настроения и тревожности), P. Tyrer (Рабочая группа по расстройствам личности), L. Salvador-Carulla (Рабочая группа по интеллектуальным расстройствам), O. Gureje (Рабочая группа по соматическим и диссоциативным расстройствам) и D. Stein (Рабочая группа по обсессивно-компульсивным и связанным с ними расстройствам). Профессор M. Maj представлял ВПА в Международном консультативном совете МКБ-11.

Общества – члены ВПА приняли участие в глобальном опросе ВПА/ВОЗ об отношении психиатров к классификации психических расстройств. Его результаты оказали существенное влияние на процесс разработки ICD-11 CDDR. В исследовании участвовали 4887 психиатров из 44 стран, что сделало его крупнейшим и наиболее широким международным опросом отношения специалистов к классификации психических расстройств. Психиатры выразили четкую поддержку ориентации на клиническую полезность, которая и являлась основной целью создания CDDR. Более

двух третей участников отметили, что предпочли бы системе гибких рекомендаций, допускающих культурные вариации и использование клинического суждения, а не систему, основанную на строгих операциональных критериях. Это предпочтение было отражено в структуре CDDR.

Некоторые общества – члены ВПА и эксперты принимали участие в полевых испытаниях CDDR, включая формативные полевые исследования (направленные на определение базовой структуры и содержания МКБ-11 через анализ концептуализации клиницистами взаимосвязей между категориями психических расстройств), интернет-исследования (в которых применялась методология виньеток для изучения клинического принятия решений в отношении предложенного CDDR) и клинические полевые исследования (проводившиеся для оценки надежности и клинической полезности CDDR при работе с реальными пациентами).

Результаты крупнейшего полевого клинического исследования CDDR, проведенного среди 1806 пациентов в 13 странах и посвященного шизофрении, другим первичным психотическим расстройствам, аффективным, тревожным, фобическим и стресс-ассоциированным расстройствам, были опубликованы в журнале «World Psychiatry», официальном издании ВПА.

Журнал «World Psychiatry» также стал одним из ключевых каналов информирования обществ-членов ВПА и международного психиатрического сообщества о ходе разработки CDDR МКБ-11. В нем были опубликованы ключевые статьи, освещающие философию процесса и структуру диагностической системы, многочисленные публикации, посвященные отдельным разделам классификации, а также форумы и аналитические обзоры по вопросам классифика-

ции в психиатрии. Примеры таких публикаций представлены в последних выпусках журнала¹⁻¹³. Все материалы доступны для свободного скачивания на сайте ВПА (www.wpanet.org).

Образовательные курсы, посвященные различным разделам главы ICD-11 о психических, поведенческих расстройствах и расстройствах нейроразвития, проводились в рамках мероприятий ВПА, включая 18-й, 19-й и 20-й Всемирные конгрессы по психиатрии (Мехико, Мексика, 27–30 сентября 2018 года; Лиссабон, Португалия, 21–24 августа 2019 года; Бангкок, Таиланд, 10–13 марта 2021 года), а также региональные конгрессы «Interdisciplinary Understanding of Comorbidity in Psychiatry: from Science to Integrated Care» (Санкт-Петербург, Россия, 16–18 мая 2021 года) и «Psychopathology in Periods of Transition» (Киев, Украина, 7–9 июля 2021 года). Эти курсы предоставили психиатрам из разных стран уникальную возможность ознакомиться с CDDR и освоить их практическое применение.

С 9 по 30 апреля 2021 года Неапольский Сотрудничающий центр ВОЗ по исследованиям и обучению в психиатрии (Naples WHO Collaborating Centre on Research and Training in Mental Health) совместно с Европейской психиатрической ассоциацией провели комплексный 20-часовой онлайн-курс по применению CDDR. Курс был организован G.M. Reed и M. Maj и охватывал все основные разделы CDDR. В состав преподавательского состава входили W. Gaebel, M. Cloitre, M. Maj, C.S. Kogan, P. Monteleone, M. Swales, J.B. Saunders и N.A. Fineberg. В реальном времени в курсе участвовали 120 психиатров, отобранных из почти 500 претендентов из 78 стран. Еще 250 специалистов получили доступ к записи курса.

С 8 по 29 ноября 2021 года прошел аналогичный онлайн-курс, организованный ВПА совместно с Академией глобального психического здоровья (Global Mental Health Academy). Его структура была схожа с курсом Неапольского сотрудничающего центра ВОЗ и Европейской психиатрической ассоциации, но программа была также открыта для психологов и врачей первичного звена.

На ряде Всемирных конгрессов по психиатрии были проведены лекции и симпозиумы, посвященные вопросам CDDR МКБ-11. В частности, на 19-м Всемирном конгрессе по психиатрии, прошедшем в Лиссабоне в августе 2019 года, одно из пленарных заседаний было посвящено внедрению МКБ-11. G. Reed и M. Maj, председательствовавшие на сессии, обобщили уроки, извлеченные из внедрения ранее разработанных классификационных систем.

Международная консультативная группа ВОЗ по обучению и внедрению CDDR МКБ-11 была создана для разработки и оценки образовательных, учебных и внедренческих процессов, связанных с CDDR, в различных странах. Среди членов группы – представители ВПА, внесшие вклад в разработку CDDR, включая M. Maj, W. Gaebel и D. Stein.

Ожидается, что тесное сотрудничество между ВОЗ и различными структурами ВПА, проявившееся на всех этапах разработки и тестирования CDDR МКБ-11, будет продолжено и на этапе внедрения этой диагностической системы на международном уровне.

Bianca Della Rocca

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Naples, Italy

Перевод: Гасенко Ксения Александровна, г. Омск

Редактура: Москвитина Ульяна Сергеевна, г. Белгород

Библиография

1. Reed GM, First MB, Billieux J et al. World Psychiatry 2022;21:189-213.
2. Watson D, Levin-Aspenson HF, Waszczuk MA et al. World Psychiatry 2022;21:26-54.
3. McIntyre RS, Alda M, Baldessarini RJ et al. World Psychiatry 2022;21:364-87.
4. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. World Psychiatry 2022;21:393-414.
5. Borsboom D, Haslbeck JMB, Robinaugh DJ. World Psychiatry 2022;21:420-2.
6. Epskamp S, Isvoranu A-M. World Psychiatry 2022;463-4.
7. Parker G, Tavella G. World Psychiatry 2022;21:467-8.
8. Zachar P. World Psychiatry 2023;22:154-5.
9. Volkow ND, Blanco C. World Psychiatry 2023;22:203-29.
10. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT et al. World Psychiatry 2023;22:394-412.
11. Karatzias T, Bohus M, Shevlin M et al. World Psychiatry 2023;22:484-6.
12. Fabrazzo M. World Psychiatry 2022;21:163-4.
13. Di Vincenzo M. World Psychiatry 2023;22:171-2.

DOI:10.1002/wps.21259

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.

