

облако, имеют преимущество, так как исходные данные остаются локальными и частными. Есть и другие подходы, которые позволяют пользователям контролировать свои собственные данные, например выключение Google. Возможно, они помогут справиться с ощущением «надзора».

Некоторые утверждают, что смартфон является скорее источником психических расстройств⁷. Поскольку телефоны захватывают наше внимание и устраняют нас от взаимодействия с реальным миром, это беспокойство становится все более актуальным, особенно в отношении молодых людей, которые являются наиболее интенсивными пользователями смартфонов. С другой стороны, смартфон может стать беспрецедентной возможностью измерить реальное функционирование и потенциально предлагать вмешательство «точно в срок».

Все новые технологии сталкиваются с этой дилеммой, есть две стороны медали – риски и выгоды. У цифрового фенотипирования сейчас наступает время, когда пациенты, их семьи, врачи и исследователи будут искать баланс между клинической ценностью и доверием общественности.

Телементальное здоровье: почему революция не наступила

Психическое заболевание часто недооценивается и поэтому не лечится. Эта проблема общественного здравоохранения возникает в том числе из-за нехватки специалистов, затрудненного доступа к лечению, стоимости, стигмы и различных проблем, связанных с диагностикой. Телементальное здоровье рекламируют как решение этой проблемы¹, обещая расширить доступ, повысить эффективность, снизить издержки и устранить стигму.

Тем не менее, несмотря на три десятилетия, во время которых продвигались исследования на нескольких технологических платформах (компьютеризированная терапия, интернет-передача видео или чата, мобильная терапия, «серьезные игры» и терапия виртуальной реальностью), широкое внедрение медико-санитарных вмешательств все еще ограничено. Происходит это из-за целого ряда проблем: современного состояния исследований; роста «коучинга»; темпов истощения; проблем безопасности; юридической неопределенности; недостаточного руководства со стороны профессиональных организаций; сравнений с играми и все еще сохраняющихся препятствий и стоимости инфраструктуры и технических ноу-хау.

Большинство телепсихиатрических исследований слишком малы и нерепрезентативны, и в них не проводился контроль лечения. Соответственно, широкие рекомендации в пользу внедрения ограничены. Расхождение между медленными темпами исследований (процесс финансирования закупок, разработка протокола, утверждение институционального совета, набор, тестирование, анализ данных, экспертная оценка и публикация), а также бесперебойные темпы технологии также ограничивают ценность существующих исследований. К тому моменту, когда хорошо спроектированное исследование предоставляет данные, платформа может быть уже устаревшей или ставшей менее привлекательной, если появились более сложные альтернативы. Это может означать, что рекомендации, основанные на исследованиях, часто задерживают доступные предложения. Также это может означать, что рекламные обещания хорошо финансируемых компаний в области технологий здравоохранения могут существенно расходиться с фактическими данными, что приводит к серьезным последствиям².

Thomas R. Insel

Mindstrong Health, Palo Alto, CA, USA

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2018;17(3):276-277)

Библиография

1. Ericsson. <https://www.ericsson.com/en/news/2018/2/5.2-billion-mobile-broadband-subscriptions>
2. International Telecommunication Union. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/treemap.aspx>
3. Insel TR. JAMA 2017;318:1215-6.
4. Dagum P. npj Digital Medicine 2018;1:10.
5. Reinertsen E, Clifford GD. Physiol Meas 2018;39:05TR01.
6. Pennybaker JW, Mehl MR, Niederhoffer KG. Annu Rev Psychol 2003;54:547-77.
7. Twenge JM, Martin GN, Campbell WK. Emotion (in press).

DOI:10.1002/wps.20550

Как это ни парадоксально, рост «коучинга», возможно, также ограничил применение телементального здоровья. Многие исследования показали, что адекватная психотерапия может быть эффективна даже при небольшой поддержке подготовленного специалиста или вовсе без него³. Это отражает переход от интерпретирующего терапевта к следующему виду – стандартизированной модели когнитивно-поведенческой терапии (cognitive-behavioral therapy – СВТ).

Уменьшение зависимости от терапевтов радовало бы, если бы это демократизировало систему помощи. Однако одним из следствий может быть зависимость от «тренеров», которые не нуждаются в какой-либо специальной подготовке или лицензировании и которые оказывают поддержку при проведении прямого «лечения». В результате, можно обойтись без медиков: многие пациенты уже самодиагностируются через сервис «Доктор Google», и теперь они смогут самостоятельно лечиться с помощью телепсихиатрических средств, с помощью или без помощи «тренера». Это может привести к тому, что те, кто оказывает психиатрические услуги, будут рассматривать телепсихиатрию как потенциального конкурента, который стремится вытеснить их за счет менее подготовленных людей (или автономных платформ). Следовательно, они будут неохотно рекомендовать телепсихиатрические услуги.

Приверженность лечению представляет собой еще одну проблему, и исследования предполагают, что у телепсихиатрии будет более высокий уровень истощения по сравнению с традиционным лечением⁴. Так как отношения пациент–терапевт больше не будут являться краеугольным камнем лечения, отсутствие таких отношений (например, автономная компьютеризированная СВТ) или их ограниченность (например, онлайн-модули СВТ с минимальным контактом терапевта) может редуцировать «терапевтический альянс», снижая мотивацию к лечению. Сила онлайн-привычки, где «прекращение» отношений так же просто, как щелчок кнопки (например, «расфренживание» или «бан»), также может способствовать низкой приверженности услугам телепсихиатра и телепсихиатрии в целом.

Частые сообщения о взломах в якобы безопасных сетях ставят вопрос о возможности защиты цифровых платформ,

и это еще одна проблема для практики телепсихиатрии. В исследованиях в области телементального здравоохранения не были установлены приоритеты тестирования, ожидания и взгляды на безопасность. Тем не менее это ключевой детерминант внедрения практики как для пациентов, так и для специалистов. Простое шифрование платформы неэффективно, и сейчас обеспечение безопасности платформы – приоритетная задача, дизайн и научная привлекательность решения которой могут помочь убедить скептически настроенных пользователей.

Другой проблемой является запутанное правовое поле, в котором находится телепсихиатрическая практика. В зависимости от страны это может быть связано со сложной сетью федерального и регионального законодательства. Например, в США лечение должно соответствовать федеральным законам, которые предшествуют современным инструментам в области телемедицины (например, Закон о переносимости и подотчетности медицинского страхования от 1996 г.). В результате важные вопросы в практике телепсихиатрии остаются без ответа, например, позволяют ли такие распространенные инструменты, как FaceTime и Skype, соответствовать требованиям законодательства о технологиях здравоохранения. Кроме того, в США, где законы о лицензировании являются региональными, и считается, что они действуют в штате, в котором находится пациент, лечение, при котором взаимодействие происходит между людьми из разных штатов, сильно ограничено, что сводит на нет ключевое предложение телемедицины – обеспечить равный доступ к медицинской помощи.

Недостаток руководства ведущих профессиональных организаций также ограничил внедрение телепсихиатрии. Например, первые крупные инициативы в области телемедицины, разработанные Американской психиатрической ассоциацией и Американской психологической ассоциацией, относятся только к 2015 и 2011 гг. соответственно. Это способствовало разногласиям среди специалистов в вопросах «лучших практик», дистанционного управления чрезвычайными ситуациями, возмещения расходов, страхового покрытия, защиты от злоупотребления служебным положением, документации, проверки продукта и безопасности. Необходимо больше прямых указаний и гайдлайнов, если специалисты должны использовать перспективные новые методы лечения, которые влекут за собой повышенные риски.

Кроме того, некоторые инструменты для телемедицины не избегают автоматических сравнений с видеоиграми или другими онлайн-технологиями. Это особенно справедливо в области «серьезных игр», определяемых как видеоигры с

учебными или терапевтическими целями⁴ и терапия виртуальной реальности. Когда инвестиции в инфраструктуру могут быть велики, интервенциям, которые воспринимаются как развлекательные, но не обязательно терапевтические, необходимо будет доказывать свою эффективность.

В действительности, несмотря на то что инфраструктура значительно дешевле, например, цены на оборудование виртуальной реальности снижаются⁵, еще рано говорить о том, что она станет общедоступной. Сейчас это основное препятствие для широкого внедрения новых технологий; еще одно препятствие – знакомство с техническими новинками – уже не является основным из-за повышения технологической грамотности и все большего распространения моделей «подключи и играй», но все еще представляет собой проблему для определенных групп населения.

Неудовлетворенные потребности в заботе о психическом здоровье слишком велики, чтобы их можно было решать без использования технологических инноваций. Психиатрические службы могут сильно выиграть с помощью телемедицины, но некоторые препятствия приводят к тому, что революция в области телепсихиатрии с ее обещанными решениями еще не наступила. Необходимы согласованные усилия финансирующих агентств, исследователей, инженеров, органов общественного здравоохранения, профессиональных организаций и законодательных органов, если мы надеемся на реальное улучшение.

Elias Aboujaoude

Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)
(World Psychiatry 2018;17(3):277-278)

Библиография

1. Aboujaoude E, Salame W, Naim L. World Psychiatry 2015;14:223-30.
2. Federal Trade Commission Bureau of Consumer Protection. Lumosity to pay \$2 million to settle FTC deceptive advertising charges for its “brain training” program. <https://www.ftc.gov/news-events/press-releases>
3. Aboujaoude E. J Obsessive Compuls Relat Disord 2017;14:65-70.
4. Djaouti D, Alvarez J, Jessel JP. In: Felicia P (ed). Handbook of research on improving learning and motivation through educational games: multidisciplinary approaches. Hershey: IGI Global, 2011:118-36.
5. Fink C. Behind those high end VR price cuts. www.forbes.com.

DOI:10.1002/wps.20551

Центр гравитации в мозге: как сеть пассивного режима работы мозга помогает понять самость

Самость (self) – неуловимое понятие. У нас есть интуитивное понимание того, к чему оно относится, но самость не поддается простому определению. Некоторое согласие есть в отношении того, что самость может быть в общих чертах разделена на то, что У. Джеймс называл «I» и «me»: «I» – личность, которая переживает опыт, и «me» – самость, расширенную в пространстве и во времени и воспринимаемую как объект¹. В это понятие входит самость как физический объект (тело) и как абстрактный объект с убеждениями и взглядами. Разделение самости, как у Джеймса, было предложено Дамасио (основное и автобиографическое «я»)² и Галлахером (минимальная и нарративная самость)³.

Философ Д. Деннетт определяет самость как «центр нарративной гравитации»⁴. Это определение включает в себя идею самости как центра переживания опыта и самости, которая обретается в непрерывном нарративе. Используя центр гравитации как метафору для самости, Деннетт хотел подчеркнуть, что это – как и самость – абстракция с нефизическими свойствами. Центр гравитации – это лишь концепция, полезная для предсказания характеристик объекта (в какой момент он опрокинется?). Так же надо смотреть и на самость: как на полезную абстракцию, с существованием которой мы все можем согласиться, но которая не может быть с точностью определена в физических терминах.