

# Миграция, этническая принадлежность и психозы: доказательства, модели и направления исследований

Craig Morgan<sup>1</sup>, Gemma Knowles<sup>1</sup>, Gerard Hutchinson<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Economic and Social Research Council (ESRC) Centre for Society and Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology, and Neuroscience King's College London London UK

<sup>2</sup>University of the West Indies St. Augustine Trinidad and Tobago

Перевод: Пикиреня В.И. (Минск)

Редактура: к.м.н. Потанин С.С. (Москва)

Morgan C, Knowles G, Hutchinson G. Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry*. 2019;18(3): 247-258.

## Абстракт

Существует большое количество исследований, сообщающих о высоких показателях психотических расстройств среди мигрантов и этнических меньшинств, особенно в Северной Европе. В связи с растущей миграцией и, как следствие, культурного разнообразия во многих частях мира, эти результаты представляют собой важную социальную проблему и проблему общественного здравоохранения. В этой статье мы оценили текущее состояние дел, проанализировали данные об изменении частоты психозов и предложили объяснения, включая соответствующие теории и модели. Мы обсудили, в частности: а) значительные отличия распространенности психотических расстройств в этнических группах, и б) доказательства, указывающие на социальные риски, объясняющие такую вариативность, на экологическом и индивидуальном уровнях. Далее мы изложили предлагаемую нами модель социального развития, которая подразумевает более высокий уровень системных и социальных рисков в течение всей жизни, в частности, угрозы, враждебность и насилие, и, таким образом, объясняет более высокий уровень психозов у некоторых мигрантов и этнических меньшинств. Основываясь на этом анализе, вопрос решения существующей социальной проблемы и общественного здравоохранения должен решаться на нескольких уровнях, включая социальную политику, общественные инициативы и реформы служб охраны психического здоровья.

Отличительной чертой современного мира является широкая миграция как внутри, так и между странами, и одним из следствий этого явления является увеличение этнического разнообразия во многих регионах. В связи с этим особенно тревожат повторяющиеся сообщения о том, что у некоторых мигрантов и этнических меньшинств наблюдается высокий уровень психотических расстройств.

В этой статье мы подводим итоги существующих доказательств и противоречий в отношении различий в заболеваемости психозами и связанными с этим состояний. Мы делаем некоторые выводы, которые, как мы надеемся, заставляют задуматься о социальном развитии и, в конечном счете, структурных корнях этнического неравенства и том, как оно связано с другими сообщениями о неблагоприятных клиничко-социальных исходах и более активном взаимодействии со службами охраны психического здоровья в этих группах.

Неотложная задача состоит в том, чтобы использовать знания об этническом неравенстве для разработки социальной политики, общественных инициатив и служб психического здоровья для решения этой серьезной проблемы общественного здравоохранения.

## РАЗЛИЧИЯ ПО ЭТНИЧЕСКИМ ГРУППАМ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

За последние шестьдесят лет накопились обширные литературные данные о высоких показателях психотических расстройств в некоторых этнических меньшинствах в странах с высоким уровнем дохода. Несколько перекрывающихся систематических обзоров и метаанализов обобщили эти результаты<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9</sup> (см. Таблицу 1). В целом, эти обзоры предполагают, что частота психотических расстройств во всех этнических меньшинствах в совокупности примерно в 1,5-3,0 раза выше, чем в основной популяции.

Однако, эти общие оценки могут приводить к заблуждениям. Степень повышения частоты относительно основ-

ной популяции существенно различаться. Например, самые высокие показатели зарегистрированы среди чернокожих групп меньшинств (в 4-6 раз выше, чем в основных группах)<sup>6</sup>. Этот вывод частично обусловлен исследованиями из Великобритании, в которых сообщалось о высокой частоте расстройств у черного населения Карибского бассейна и черной Африки<sup>8</sup>. Доказательства для других этнических меньшинств в Великобритании либо отсутствовали, либо были лишь немного выше (приблизительно в 1,5 раза, максимумально для европеоидов небританцев или азиатов)<sup>9, 10, 11</sup>.

Отличия существуют также и в других странах. Например, в Нидерландах показатели особенно высоки для марокканского и суринамского населения, но гораздо меньше у турецкого<sup>12, 13</sup>.

Эти отличия не должны удивлять. Люди из этих популяций имеют разную миграционную историю и культурное наследие, живут в различных социальных контекстах и занимают различные социальные позиции. Также может иметь значение и место миграции. Например, в самом последнем обзоре не было убедительных доказательств того, что уровень психотических расстройств был повышен у мигрантов в Канаде или Израиле<sup>6</sup>.

Кроме того, могут наблюдаться и половые различия. В исследовании в Восточном Лондоне<sup>11</sup>, было установлено, что частота психотических расстройств значительно повышена у женщин из Пакистана (соотношение заболеваемости, IRR 3,1) и Бангладеша (IRR 2,3). В Нидерландах имеются убедительные данные из нескольких исследований о том, что частота психозов значительно выше среди мужчин из этнических меньшинств по сравнению с женщинами, особенно среди выходцев из Магриба (Марокко, Алжир, Ливия, Тунис), с соотношением 5:1<sup>7</sup>.

Наиболее свежие исследования увеличили сложность моделей риска. Например, анализ данных нашего исследования психозов в условиях города или сельской местности в пяти европейских странах<sup>14</sup> позволил найти заметные отличия в степени повышенного риска в зависимости от этих условий. Более того, исследование, использовавшее

Таблица 1. Результаты метаанализов, показывающие общий уровень или отношение рисков (RR) для всех психотических расстройств (если не указано иначе) в группах меньшинств по сравнению с большинством										
	Общий		Первое поколение		Второе поколение		Мужчины		Женщины	
	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI
<b>Область применения: международная</b>										
McGrath et al <sup>1</sup> (шизофрения)										
Мигранты, меньшинства (vs. большинство)	4,6	1,0-12,9								
Cantor-Graae & Selton <sup>2</sup> (шизофрения)										
Мигранты, меньшинства (vs. большинство)	2,9	2,5-3,4	2,7	2,3-3,2	4,5	1,5-13,1	2,5	2,0-3,2	2,4	1,8-3,1
Из развитых стран	2,3	1,7-3,1								
Из развивающихся стран	3,3	2,8-3,9								
Из районов, где большинство населения белые	2,3	1,8-3,0								
Из районов, где большинство населения черные	4,8	3,7-6,2								
Из районов без преобладания большинства	2,2	1,6-3,0								
Bourque et al <sup>3</sup>										
Мигранты, меньшинства (vs. большинство)			2,3	2,0-2,7	2,1	1,8-2,5				
Мужчины			2,1	1,7-2,6	2,5	1,8-3,4				
Женщины			2,4	1,9-2,9	3,0	2,1-4,2				
Белые			1,8	1,6-2,1	2,3	2,1-2,7				
Чернокожие карибцы			3,9	3,4-4,6	5,8					
Чернокожие африканцы			4,3	2,8-6,8	3,7	2,2-6,3				
Азиаты			1,7	1,3-2,3	1,3	0,8-2,1				
Средний Восток			2,3	1,4-4,0	2,3	1,4-4,0				
Castillejos et al <sup>4</sup>										
Мигранты, меньшинства (vs. большинство)	3,1	2,7-3,5								
Шизофрения	2,7	2,0-3,7								
Не аффективные психозы	3,1	2,6-3,6								
Аффективные психозы	1,3	1,2-1,3								
Jongsma et al <sup>5</sup>										
Мигранты, меньшинства (vs. большинство)	1,8	1,5-2,0								
Шизофрения	1,4	1,2-1,7								
Не аффективные психозы	1,7	1,4-2,1								
Selten et al <sup>6</sup>										
Мигранты, меньшинства (vs. большинство)	2,1	2,0-2,3								
Из развитых стран	1,7	1,5-1,8								
Из развивающихся стран	2,5	2,3-2,9								
Белые	1,7	1,5-1,9								
Чернокожие	4,2	3,4-5,1								
В Великобритании	2,7	2,2-3,3								
В Скандинавии	1,9	1,8-2,0								
В Нидерландах	3,0	2,4-3,7								
В Южной Европе	2,8	1,9-4,0								
В Канаде	1,2	0,9-1,7								
В Израиле	1,2	1,0-1,5								
В Австралии	2,1	1,2-3,8								
Беженцы	1,9	1,6-2,2								
Не беженцы	1,8	1,6-2,9								

Таблица 1. Результаты метаанализов, показывающие общий уровень или отношение рисков (RR) для всех психотических расстройств (если не указано иначе) в группах меньшинств по сравнению с большинством (продолжение)										
	Общий		Первое поколение		Второе поколение		Мужчины		Женщины	
	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI	RR	95% CI
<b>Область: Нидерланды, Бельгия, Франция, Италия</b>										
van der Ven et al <sup>7</sup> (не аффективные психозы)										
Мигранты, меньшинства (vs. большинство)							2.9	2.7-3.2	2.6	2.2-3.1
Из Магриба							2.9	2.0-4.1	1.4	0.7-2.6
Из Азии							1.1	0.7-1.6	0.9	0.3-2.8
Из Центральной и Южной Америки							3.0	1.7-5.3	3.2	2.1-4.8
Из Западных стран							1.3	0.9-1.9	1.4	0.9-2.3
Из стран Африки к югу от Сахары							4.9	2.4-10.1	4.8	1.6-14.3
Из Марокко							3.2	2.0-5.0	1.6	0.8-3.1
<b>Область: Великобритания</b>										
Tortelli et al <sup>8</sup> (шизофрения)										
Чернокожие карибцы в сравнении с большинством (белые)	4.7	3.9-5.7								
Kirkbride et al <sup>9</sup> (шизофрения)										
Чернокожие карибцы в сравнении с большинством (белые)	5.6	3.4-9.2								
Чернокожие Африканцы в сравнении с большинством (белые)	4.7	3.3-6.8								
Азиаты в сравнении с большинством (белые)	2.4	1.3-4.5								

данные из шведского регистра, свидетельствуют, что частота психотических расстройств может быть особенно высока среди беженцев по сравнению с другими мигрантами (IRR 2,9 для беженцев, по сравнению с 1,7 для других мигрантов), причем эта разница более выражена у мужчин<sup>15</sup>.

Более того, показатели заболеваемости могут изменяться с течением времени. В нашем последнем исследовании<sup>16</sup>, в котором мы сравнивали показатели заболеваемости в Южном Лондоне в 1997-1999 и 2010-2012 годах, мы нашли заметные изменения в заболеваемости по этническим группам. Например, показатели для белого британского населения увеличилась с 20 на 100000 в 1997-1999 до 30 на 100000 в 2010-2012 годах. В то время как частота у черной карибской популяции снизилась с 141 на 100000 в 1997-1999 до 94 на 100000 в 2010-2012 годах. Как следствие, относительный риск для черной карибской популяции значительно снизился (с 6,7 до 2,8).

Эти отличия, появившиеся с течением времени, конечно, могут быть связаны с методологическими расхождениями, например, в диагностике. Однако, главная мысль заключается в том, что мы не должны считать, что частота и коэффициенты являются постоянными во времени. Не существует единого, универсального и не зависящего от времени миграционного эффекта, как это часто подразумевается. Вариации – это норма. Это, в свою очередь, означает, что вряд ли найдется один простой фактор, объясняющий такие закономерности. Требуется многосторонний анализ.

И последнее примечание к существующим эпидемиологическим данным. Большинство исследований были выполнены в Северной Европе, фактически – в Великобритании и Нидерландах, и небольшое количество в Южной Европе, США, Канаде и Израиле. Мы не знаем, в какой степени эти результаты могут быть распространены на другие страны и контексты, в частности, на Юг, где происходит основная часть миграционных процессов. Недав-

няя работа по урбанизации и психозам является современным напоминанием о том, что мы находимся в условиях высокого уровня дохода, и эти условия не обязательно могут быть распространены на другие ситуации<sup>17</sup>.

Более того, мы очень мало знаем о влиянии внутренней миграции, которая часто связана с перемещением на значительные расстояния и в сильно отличающуюся социальную и культурную среду. В исследовании в Северной Италии<sup>18</sup>, показатели заболеваемости психотическими расстройствами также были повышены и для внутренних мигрантов (IRR=1,93, 95% CI: 1,19-3,13), преимущественно для выходцев из Южной Италии, и для внешних мигрантов (IRR=1,79, 95% CI: 1,06-3,02).

### Методологические артефакты

Начиная с первых исследований, обоснованность сообщений о высокой частоте психотических расстройств, особенно среди черных меньшинств, была предметом многочисленных споров. Существует несколько потенциальных искажений, которые могут приводить к появлению ложных отличий. Они касаются, например, выборочной миграции, выявления случаев и недоучета данных в знаменателе.

Однако, даже если исключить эти потенциальные искажения, не похоже, что они могут полностью объяснить наблюдаемые закономерности. Например, различные линии рассуждения предполагают, что селективная миграция маловероятна. В интригующем мысленном эксперименте, Selten и др.<sup>19</sup> пересчитали показатели заболеваемости суринамского населения в Нидерландах, предполагая, что все население Суринама мигрировало. После этого, риск все равно оказывался выше по сравнению с коренным голландским населением.

Кроме того, в более поздних исследованиях методы выявления случаев стали более разнообразными и всесторонними (например, использование регистров, нескольких

источников), а знаменатель данных меньшинств более точным, особенно в Великобритании. Однако, различия в заболеваемости сохраняются и продолжают выявляться в исследованиях.

### Ошибочная диагностика

Более сложным является предположение, что высокая частота психозов в группах этнических меньшинств связана с систематическими ошибками в диагностике<sup>20, 21</sup>. Такая возможность заслуживает тщательного рассмотрения. При решении этой проблемы стоит сделать шаг назад, чтобы понять, почему эти находки были спорными изначально.

Самые ранние сообщения в Великобритании, где и было проведено большинство исследований, были ориентированы на шизофрению. В то время (конец 1970-х и начало 1980-х годов) в психиатрии преобладало мнение, что шизофрения представляет собой генетически обусловленное заболевание головного мозга. Связь этнического или расового повышенного риска с тяжелым стигматизирующим расстройством, которое, как уже говорилось, было генетически обусловлено, естественно, вызывала ответную реакцию. Оно было слишком близко к расистской идее о генетической неполноценности темнокожих людей<sup>20</sup>. С этой точки зрения, гипердиагностика шизофрении среди темнокожего населения связана со стереотипами, которые, преломляясь сквозь призму психиатрии, вели к патологизации культурально обусловленных верований, поведения и реагирования на дистресс, и регистрировались как психоз.

Например, Littlewood и Lipsedge<sup>21</sup> утверждали, что острый дистресс, возникающий от сложных условий и жизненного опыта у темнокожей карибской популяции в Великобритании систематически неверно диагностировался как шизофрения. Отголоски этой истории можно услышать и сегодня, особенно за пределами научного сообщества, при обсуждении ложной или гипердиагностики.

Надо отметить, что, как вновь подчеркивают последние данные и тенденции (см. ниже), природа психозов такова, что диагностика часто сопряжена с трудностями, особенно в разных культурных группах. Кроме того, учитывая, что аттенуированный психотический опыт встречается часто, в том числе сопровождая симптомы депрессии, тревоги и посттравматического стрессового расстройства<sup>22, 23</sup>, то вполне вероятно, что преимущественно аффективные расстройства могут быть ошибочно диагностированы как психотические. Есть даже прямые доказательства того, что у некоторых меньшинств действительно наблюдается ошибочная диагностика (например, в США)<sup>24</sup>. Это, безусловно, важная клиническая проблема, имеющая значение для ведения и лечения пациентов.

Теме не менее, есть ряд заключений и доказательств того, что найденные отличия в заболеваемости у разных этнических групп – не просто артефакт или ложная(гипер)диагностика. Например, было предпринято несколько попыток оценки того, как часто проявляются стереотипы и ошибочная диагностика и как они могут влиять на частоту заболеваемости. В двух исследованиях для выявления расовых стереотипов в диагностике использовались виньетки. Ни одно не нашло убедительных доказательств того, что психиатры чаще диагностируют шизофрению, если в виньетке указана черная раса<sup>25, 26</sup>.

Аналогично, Hickling et al<sup>26</sup>, в исследовании, в котором сравнивались диагнозы, поставленные британскими и ямайскими психиатрами у одних и тех же пациентов, не нашли отличий в процентах диагностированной шизофрении у чернокожих. Кроме того, последние исследования включали все психотические расстройства, а не только шизофрению, и в них была тенденция к выявлению повышенной частоты всех расстройств. Т.е. это не специфичная

проблема, касающаяся только проблемы ошибочной или гипердиагностики шизофрении.

Наконец, за последние 20 лет наше понимание природы и этиологии психозов значительно изменилось. Сейчас известно, что шизофрения и другие психотические расстройства формируются из сложного набора факторов, включающих социальные условия и опыт, которые могут с течением времени суммироваться и повышать риск. Таким образом, высокий уровень психозов в некоторых этнических группах мигрантов и меньшинств не означает, что у них более высокий генетический или биологический уровень заболеваний мозга.

### ОТЛИЧИЯ В ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОТИЧЕСКОГО ОПЫТА

Параллельно с исследованиями психотических расстройств у мигрантов и этнических меньшинств в последние годы появились существенные доказательства того, что субпсихотический (или аномальный и необычный) опыт, такой как мимолетные и не вызывающие беспокойства галлюцинации, подозрительность и магическое мышление – довольно распространены среди всего населения<sup>27, 28</sup>.

Это повышает вероятность того, что психотический опыт постоянно существует, отличаясь по частоте, тяжести и интенсивности, а в экстремальном случае проявляется как расстройство. Если это так, то в популяциях с высокой частотой расстройств мы можем ожидать более частое проявление низкоинтенсивного психотического опыта (см. рисунок 1). Есть несколько исследований, подтверждающих, что это действительно так<sup>30, 31, 32</sup>.

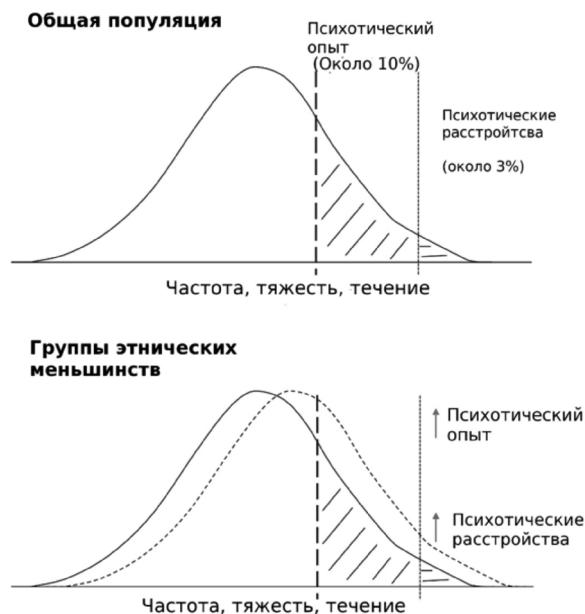
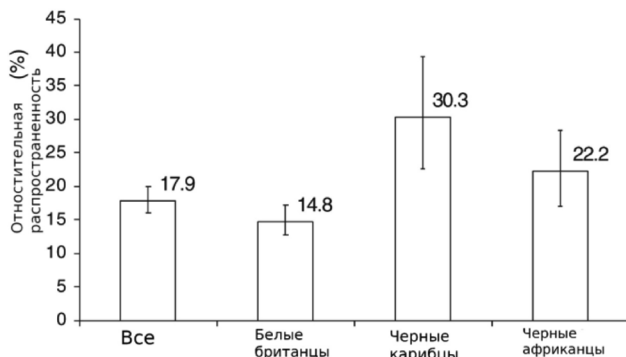


Рисунок 1. Предполагаемый сдвиг вправо в континууме психоза в некоторых этнических меньшинствах

В недавнем систематическом обзоре и метаанализе, Tortelli et al<sup>33</sup> было выявлено 19 исследований на взрослых (16 лет и старше), где сообщалось о психотическом опыте в группах этнических меньшинств среди мигрантов. Наиболее часто встречающейся находкой было то, что люди из чернокожих групп более часто в сравнении с основными группами сообщали о психотическом опыте как на момент исследований (из 7 исследований с 26 размерами эффекта: отношение шансов, OR=1,8, 95% CI: 1,4-2,3), так и в течение жизни (из 4 исследований с 9 размерами эффекта: объединенный OR=1,3, 95% CI: 1,1-1,6).

В соответствии с этим, в ходе опроса, который мы провели в том же районе Южного Лондона, где было проведено много исследований этнической принадлежности и психотических расстройств<sup>34</sup>, мы обнаружили, что, по сравнению с белыми британцами, чернокожие из Карибского региона и чернокожие из Африки чаще сообщали о психотических переживаниях (см. рисунок 2).



**Рисунок 2. Распространенность психотических переживаний по этническим группам в исследовании людей, живущих в Южном Лондоне**

## ПРОЯСНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

При рассмотрении вопроса, почему существуют различия в возникновении психотических расстройств в этнических группах, полезно иметь в виду предпосылки к развитию психотических расстройств в целом.

Психозы – это очень неоднородная группа по своей симптоматике, течению и исходу, и наши действующие диагностические категории, в лучшем случае, включают синдромы, которые могут быть частью множества расстройств<sup>35</sup>. Более того, эти расстройства, как отмечалось выше, могут быть экстремально выраженными и вызывающими дистресс явлениями в спектре убеждений и опыта восприятия, которые сами по себе довольно распространены в общей популяции.

Как уже отмечалось, этиологическая архитектура психозов по всему спектру связанных с ними расстройств, сложная. Существует множество факторов, которые не являются ни необходимыми, ни достаточными для того, чтобы вызвать расстройства, и при этом связаны с повышенным риском, к ним относятся генетические, нейробиологические, употребление психоактивных веществ, психологические и социальная сфера<sup>36</sup>. Например, несколько социальных факторов относились к уровням окружения (урбанизация, социальное расслоение, этническая плотность) и индивидуальным (буллинг, издевательства, жизненные события, дискриминация)<sup>37</sup>. То, что ни один из них не является достаточным или необходимым означает, что для развития психоза несколько факторов должны совместно участвовать на протяжении некоторого времени (без сомнения, в различных комбинациях).

Это также может объяснить неоднородность проявлений и исходов психотических расстройств. Определенные группы причин могут лежать в основе различных групп симптомов и дальнейших появлений. Есть некоторые доказательства, которые подтверждают эту идею. Например, трудности в детстве в большей степени связаны с позитивными симптомами<sup>38</sup>, в то время как маркеры развития нервной системы – с негативными симптомами<sup>39</sup>. Кроме того, появляются данные о взаимосвязанных психологических и биологических механизмах, посредством которых совокупность факторов увеличивает риск, в частности, через воздействие на аффективные и когнитивные процессы, а также через физиологическую реакцию на стресс и дофаминовую систему<sup>40, 41, 42, 43</sup>.

Эти доказательства были обобщены Howes и Murray<sup>44</sup>, они опирались на нашу социально-неврологически-когнитивную модель<sup>45</sup>, которая может применяться для всех психозов. В основе этой модели лежит идея, что психозы возникают и меняются в течение жизни под воздействием провоцирующих и протективных факторов, действующих на разных уровнях, от молекулярного до социального. Из этого следует, что различия между популяциями будут возникать там, где имеются отличия в распределении и/или взаимодействии групп провоцирующих и протективных факторов.

## ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ

В нескольких предыдущих обзорах, в том числе наших, были рассмотрены доказательства ряда предполагаемых причинных факторов, которые могут приводить к этническим отличиям<sup>45, 46, 47</sup>.

Популяционные отличия в генетическом риске, акушерские осложнения или вирусные инфекции были предложены в качестве ранних факторов психоза в меньшинствах<sup>48</sup>, играющих роль начальных особенностей, связанных с расой, этнической принадлежностью, биологическим дефицитом и шизофренией. Тем не менее, судя по всему, нет доказательств подтверждающих то, что генетические отличия или маркеры, связанные с развитием нервной системы, могут объяснить высокий уровень психотических расстройств в некоторых группах населения. Скорее на данный момент общепринятым является мнение о том, что различия в заболеваемости у мигрантов и групп меньшинств в большей степени связаны с внешними, средовыми, факторами, в частности, социальными условиями, положением и жизненным опытом.

## Употребление веществ

Существуют убедительные доказательства того, что употребление определенных веществ, в частности каннабиса, связано с повышенным риском развития психоза. Это особенно характерно для высокопотентных форм с высокой концентрацией тетрагидроканнабинола (например, Skunk)<sup>49, 50</sup>. Эта находка особенно важна здесь, потому что употребление каннабиса было одним из первых и наиболее противоречивых объяснений высокой частоты психозов среди чернокожего карибского населения в Великобритании.

Однако, в предыдущей работе не было представлено убедительных доказательств в поддержку этой идеи<sup>45, 51</sup>. И новые работы не спешат появляться. Тем не менее, вполне вероятно, что нынешний интерес к каннабису породит достаточно разных групп, чтобы более полно ответить на вопрос этнического разнообразия и связи с употреблением.

## Миграция и аккультурация

Миграция – это тревожный и стрессовый опыт, который влечет за собой серьезные последствия во многих аспектах жизни людей. Она неизбежно сопровождается продолжительным периодом адаптации и аккультурации, процессов, которые могут быть более или менее сложными в зависимости от причин миграции (например, экономическая или вынужденная), доступных экономических и социальных ресурсов, культуральных отличий от нового общества (особенно в плане языка), а также уровня дискриминации и враждебности, с которыми сталкиваются мигранты.

Последние данные говорят о том, что распространенность психотических расстройств выше среди беженцев,<sup>15</sup> и это может обозначать важность этих процессов и опыта. Люди, ищущие убежище, беженцы от стихийных бедствий, войн, насилия и преследования уже являясь травмированными, обладают меньшими ресурсами и кругом общения, и сталкиваются с большими проблемами в интег-

рации в принимающее общество. Однако, на данный момент удивительно мало исследований о влиянии опыта миграции и переселения на риск психоза.

При анализе данных небольшого исследования «случай-контроль», проведенного в середине 1990-х годов, мы нашли некоторые доказательства того, что культурная маргинализация (т.е. отличия в культуре по сравнению с большинством общества) отличались у чернокожих выходцев карибского бассейна с первым эпизодом психоза по сравнению с группой контроля<sup>52</sup>.

Совсем недавно в анализах данных исследования EU-GEI, касающегося 1088 случаев первого психоза и 1495 случаев группы контроля из 6 стран, мы выявили, что поправка на лингвистическое отличие ослабляет связь между мигрантами или меньшинством<sup>53</sup>. Вероятно, наиболее важным является то, что стрессовый фактор- языковой барьер- был сильнее у первого поколения мигрантов, в то время как социальное неблагополучие было более важным для второго и последующего поколений. Это говорит о возможности того, что основной социо-культурный опыт отличается для мигрантов и уже переселившихся меньшинств.

Тем не менее, миграция и начальный опыт аккультурации могут частично объяснить высокие показатели заболеваемости психотическими расстройствами в некоторых группах. Время между миграцией и наступлением психоза составляет, как правило, несколько лет. Hollander et al<sup>15</sup>, например, обнаружили, что время от миграции до первой диагностики составило около 3-х лет для мигрантов-беженцев, что соответствует более ранним сообщениям. Для беженцев это время было меньше, но также довольно большим – около 2-х лет<sup>14</sup>.

Veling et al<sup>54</sup>, в исследовании заболеваемости в Нидерландах обнаружили, что более ранний возраст миграции был связан с более высоким риском. Вполне возможно, что миграция в раннем возрасте имеет особенно выраженное влияние на риск психоза, но более ранняя миграция также означает и более длительную жизнь в раннем детстве и подростковом возрасте в принимающем обществе. Социальные условия и опыт в принимающих обществах, вероятно, могут быть важны, а может даже и наиболее важны.

### **Социальный контекст и опыт: экология риска**

Представители этнических меньшинств чаще живут в густонаселенных и относительно неблагополучных и социально фрагментированных городских районах. Жизнь в таких местах связана, в основном, с повышением риска развития психоза, по крайней мере, в Северной Европе. Однако, похоже, что эти контекстуальные характеристики отдельных районов не учитывают вариабельность частоты психотических расстройств по этническим группам.

В раннем исследовании Harrison et al<sup>55</sup> не нашли никаких доказательств того, что в районе проживания можно было наблюдать видимые различия в частоте серьезных психических расстройств между белыми британцами и чернокожими карибскими популяциями в Ноттингеме, Великобритании, и наше последующее исследование в трех британских центрах (AESOP) показало аналогично повышенные показатели по этническим группам во всех центрах, несмотря на разную степень урбанизации (плотность населения)<sup>56</sup>. Кроме того, в более новом исследовании, проведенном в Великобритании, Kirkbride et al<sup>57</sup> обнаружили, что аналогичные этнические различия были и в сельских, и в городских районах региона на востоке Англии (т.е. уровень психотических расстройств среди чернокожего населения Карибского бассейна, черного африканского и пакистанского населения, по сравнению с белыми британцами в 2–4 раза выше).

Это не значит, что контекст не имеет значения. Одной из наиболее ярких и последовательных находок в литературе

является повышенная частота психозов среди этнических групп, где они составляют меньшую долю местного населения<sup>58, 59, 60</sup>. Об эффекте этнической плотности сообщалось еще в 1930-х годах в США в основополагающем исследовании Faris и Dunham<sup>61</sup>, этот эффект был воспроизведен во многих исследованиях, в том числе в нескольких недавних отчетах<sup>60, 62, 63, 64, 65</sup>.

Однако интерпретировать эти результаты сложно. Если сопоставить данные индивидуального уровня, свидетельствующие о важности повторяющегося воздействия дискриминации (см. ниже), возможно, что проживание в районах с низкой этнической плотностью может увеличить риск из-за подверженности большей по времени дискриминации и враждебности. И наоборот, районы высокой этнической плотности может снизить риски и повысить устойчивость, возможно, через доступ к дополнительной социальной поддержке.

Das Munshi et al<sup>66</sup>, в анализе данных из национального опроса Великобритании нашли некоторые доказательства, что люди, живущие в районах с низкой плотностью собственной этнической группы больше сообщают об опыте расизма и дискриминации и слабой социальной поддержке. Однако, нет исследований, которые бы напрямую исследовали эти возможные связи с психотическими расстройствами.

Кроме того, последствия психоза могут быть неодинаковыми. Schofield et al<sup>67</sup>, в исследовании с использованием данных регистра Дании, нашел подтверждение того, что этническая плотность влияет на второе, но не на первое поколение мигрантов, что вновь дает возможность предположить, что в основе высокого уровня психотических расстройств у мигрантов по сравнению с оседлым населением могут лежать различные группы причин.

### **Социальный контекст и опыт: неблагоприятное положение, дискриминация и враждебность**

На уровне индивидуального опыта есть некоторые доказательства того, что более частое воздействие социальных трудностей на протяжении жизни, особенно дискриминации, может вносить важный вклад. Например, распад семьи в детстве (индексированное как отделение от родителей) связано с повышением шанса развития психозов и одновременно чаще наблюдается в некоторых меньшинствах (например, чернокожее население из Карибского бассейна в Британии)<sup>68</sup>. Неблагоприятные ситуации, разделенные по видам (например, семейные ссоры, нестабильность жилья и финансовые сложности), которые чаще всего переносят люди из этнических меньшинств, могут также способствовать более частому появлению психозов.

Имеются схожие данные о показателях социально-экономического неблагополучия и изоляции во взрослом возрасте<sup>69</sup>. Однако показатели, используемые в этих исследованиях, общие и не говорят нам о каких-либо более специфичных рисках или механизмах, через которые они могут работать. Кроме того, в экологических исследованиях, социально-экономическое состояние не объясняет преимущественную часть различий в частоте психотических расстройств по этническим группам.

В нескольких исследованиях была изучена потенциальная роль дискриминации и ощущения неполноценности. Особо следует отметить, что Karlsen и Nazroo<sup>70</sup>, проанализировав данные Четвертого национального опроса этнических меньшинств в Великобритании, обнаружили связь между предполагаемой ежегодной распространенностью психоза и сообщениями о пережитом расизме (OR=1,6), словесных оскорблениях (OR=2,9) и нападениях на расовой почве (OR=4,8). Примечательно, что наиболее сильный эффект был в случаях с опытом физических угроз и насилия (расовые нападения).

Ограниченные релевантные данные из выборок с первым эпизодом психоза в значительной мере подтверждают эти выводы, хотя подходы и способы выявления дискриминации отличаются. В AESOP (Aetiology and Ethnicity in Schizophrenia and Other Psychoses) мы обнаружили, что восприятие неблагоприятного положения частично объясняет высокий уровень психозов в чернокожих группах<sup>71</sup>. Veling et al<sup>72</sup>, в Нидерландах сообщили, что наиболее высокая заболеваемость была в группах, о которых известно, что они могут подвергаться сильной дискриминации (т.е. марокканцы: IRR = 4,8).

В других анализах данных на родственниках по «незападным» мигрантам Veling et al<sup>73</sup> обнаружили, что эти случаи с большей вероятностью имеют отрицательную этническую идентичность по сравнению с соответствующими им контрольными группами. Эти данные подтверждены недавним обзором 24 исследований перенесенной дискриминации, в котором была выявлена связь дискриминации с психозами<sup>74</sup>. Вместе эти выводы указывают на то, что дискриминация и чувство неполноценных возможностей могут быть важными факторами среди этнических меньшинств.

### **ВАРИАТИВНОСТЬ В ПРОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ**

В нескольких исследованиях изучалось, существуют ли этнические различия в характере и проявлении психозов. Вполне возможно, что если высокую частоту психозов вызывает широкий набор социальных факторов, то и спектр позитивных и негативных симптомов у этнических меньшинств будет большим. Другими словами, если существуют различные этиологические пути к психозу, то мы можем ожидать и различий в их проявлениях.

В нескольких исследованиях было обнаружено, что у чернокожих пациентов в большей степени наблюдаются позитивные (например, бред преследования и галлюцинации) и аффективные симптомы и в меньшей степени негативные. Например, в недавнем анализе данных исследования общеевропейской заболеваемости, мы нашли, что у пациентов из числа мигрантов и меньшинств представлены в большей степени позитивные (искажение реальности) симптомамы<sup>75</sup>. Veling et al<sup>76</sup>, в исследовании в Нидерландах также нашел подтверждения подобных этнических отличий у марокканских пациентов, которые чаще сообщали об общих симптомах и бреде преследования, а также у марокканских и турецких пациентов чаще обнаруживали критерии депрессивного расстройства.

Эти находки также согласуются с гипотезой, что у пациентов из меньшинств будут больше проявляться позитивные и аффективные симптомы. Однако, насколько нам известно, нет исследований, которые непосредственно связали бы эти отличия с предполагаемыми социальными факторами, так что связь остается теоретической. Недавнее исследование в Канаде не нашло каких-либо этнических отличий в симптомах при первом психозе<sup>77</sup>. Это еще раз указывает на возможность закономерности и связи отличий в разных ситуациях и этнических группах.

### **МЕХАНИЗМЫ**

Существует небольшое количество исследований, в которых пытались изучались предполагаемые механизмы, связывающие опыт и психоз в группах меньшинств. Например, Gevonden et al<sup>78</sup> исследовали ответ на ежедневный стресс в выборке марокканских и голландских мужчин, используя в выборках опыт и экспериментальные вмешательства с оценкой социального взаимодействия. Они не нашли доказательств того, что ответ на стрессоры среди марокканских мужчин был бы более выражен. Это интересно тем, что соответствует эпидемиологическим данным. Нельзя сказать, что социальные факторы оказывают

на группы меньшинств более сильный эффект (в том смысле, что реакция на стресс более сильная), но указывает на то, стресс более распространен в этих группах.

Akdeniz et al<sup>79</sup>, в выборке из 124 молодых мужчин сравнили с помощью структурной МРТ как влияет статус мигранта на структуры мозга (немцы по сравнению с мигрантами второго поколения). Они определили, что у мигрантов мужчин был снижен объем серого вещества. Данная находка может указывать на воздействие среднего стресса (связанного со статусом мигранта) на развитие мозга, обеспечивая возможную прямую связь между социальными стрессорами у представителей этнических меньшинств и психозами.

### **СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

Selten et al<sup>80, 81, 82</sup> выдвинули гипотезу, что опыт социального поражения является общей платформой для высокой частоты психозов в некоторых группах этнических меньшинств. Эта модель предполагает, что опыт длительного исключения из групп большинства (т.е. социального поражения) увеличивает риск, который действует на мезолимбическую дофаминовую систему. Эта идея возникла из аналогии с исследованиями на животных, показавших, что грызуны, ставшие объектом угроз и запугивания со стороны других грызунов становятся более пассивными и подчиняемыми (т.е. побежденными) и это связано с сенсibilизацией мезолимбической дофаминовой системы<sup>83</sup>, которая у людей лежит в основе биологии психозов<sup>43</sup>. Эта гипотеза обладает некоторой притягательностью и потому заслуживает внимательного рассмотрения.

На первый взгляд, гипотеза вполне правдоподобна и выделяется заподаминающей терминологией, которая подчеркивает роль социальных факторов в появлении изменчивости в заболеваемости психозами у мигрантов и этнических меньшинств. Однако, при дальнейшем рассмотрении, появляются некоторые проблемы (которые нужно разрешить, чтобы гипотеза имела силу), требующие классификации и разработки. Во-первых, гипотеза в значительной степени тавтологическая – она постулирует статус меньшинств (т.е. нахождение вне группы большинства), объясняя этим высокую частоту расстройств среди людей, входящих в меньшинство. Во-вторых, только статус меньшинства не может объяснить наблюдающиеся явления, т.к. психозы слишком редкие для такого объяснения. Должны быть, по крайней мере, быть задействованы и другие факторы. В-третьих, в исследованиях на животных, которые служили основой для начальной формулировки, социальная изоляция являлась исходом, а не действующим фактором. Длительное запугивание и угрожающее поведение (а не статус аутсайдера) приводило к наблюдаемому исходу, а не пассивность и подчинение (социальное поражение)<sup>82</sup>. Другими словами, к сенсibilизации дофаминовой системы, в этой модели, приводят чрезмерные и повторяющиеся угрозы. Кроме того, исход поражения (угнетения), описанный у грызунов, напоминает состояние беспомощности. Именно по описанным причинам парадигма социального поражения обычно используется в модели депрессии<sup>83</sup>.

Вкратце, гипотеза социального поражения предлагает одно и простое объяснение – характеристика, соответствующая бритве Окама. Однако, высокий уровень психозов в некоторых группах меньшинств не может быть объяснен настолько просто<sup>81</sup>. Диапазон вовлеченных влияний и механизмов, через которые они вносят вклад и риск в группах меньшинств, вероятно, более сложный, а мы должны принять и стремиться понять эту сложность. Как говорил Эйнштейн, «вещи стоит делать как можно проще, но не проще этого»<sup>85</sup>. В связи с проблемами психического здоровья, Kendler недавно сформулировал необходимость выйти за рамки подхода, опирающегося на одну причину<sup>86</sup>.

## ПУТЬ К ПСИХОЗУ ЧЕРЕЗ СОЦИУМ И РАЗВИТИЕ

Объединяя доказательства приблизительно десяти лет исследований, мы предложили подход к объяснению высоких показателей психозов у многих мигрантов и меньшинств, основанный на социо-развитии<sup>45</sup>. То есть мы представили путь развития, в котором стрессы и травмы (особенно в детстве и/или до и во время миграции), при отсутствии защитных факторов, взаимодействуют с имеющимся генетическим риском и вносят вклад в нейробиологическое развитие (в частности стресс-ответ и дофаминовые системы), создают при этом устойчивую склонность к психозу, которая отражается, например, в субпсихотических переживаниях. Эта склонность проявляется (в первую очередь позитивными и аффективными симптомами) при дальнейшем накоплении стрессов и/или длительном употреблении психоактивных веществ, в особенности, высокопотентного каннабиса. Как отмечалось, данное предложение было включено в более широкие модели психоза.

Нашей целью является освещение обусловленного влиянием социума варианта развития психоза для привлечения внимания к тому, что у некоторых людей, для которых неблагоприятные социальные условия и опыт являются ведущими факторами в развитии психозов, при отсутствии этих рисков психотические расстройства не развились бы. Из этого также следует, что в группах населения, где неблагоприятные социальные условия и опыт встречаются более часто, частота психозов будет также более высокой. Таким образом, наша гипотеза объясняет более высокую частоту у многих мигрантов и меньшинств.

Доказательства, накопленные в последние годы, несмотря на фрагментарность и спорадичность, соответствуют этой модели и предлагают уточнения. Особого внимания заслуживают два направления исследований, описанные ниже.

### Психотические переживания в детстве и подростковом возрасте

В нескольких исследованиях сравнивалась распространенность субпсихотических симптомов или необычного опыта у молодых людей из различных этнических групп. Например, Laurens et al<sup>32</sup>, в исследовании 595 детей в возрасте 9-12 лет в Лондоне обнаружили, что чернокожие дети черного карибского бассейна приблизительно в два раза чаще сообщали в самоотчетах о психотическом опыте по сравнению с белыми британцами (OR=1,92). При этом не было отличий между черными африканскими и белыми британскими детьми (OR=0,96).

В исследовании 1545 детей в среднем 13 летнего возраста в Нидерландах Adriaanse et al<sup>30</sup> выявили, что дети марокканского-голландского (OR=3,0) и турецкого-голландского (OR=2,2) происхождения с большей вероятностью сообщали о необычном опыте по сравнению с голландскими детьми. В другой голландской выборке, на этот раз у молодежи, Vanheusden et al<sup>87</sup> обнаружил, что галлюцинации по самоотчетам были более распространены среди большинства этнических меньшинств, по сравнению с голландскими участниками (OR варьировалось от 1,6 до 5,8). Кроме того, они обнаружили интересные гендерные закономерности, например, по сравнению с голландскими участниками, самоотчеты о галлюцинациях были особенно распространены у турецких женщин (OR=13,5) и среди марокканских мужчин (OR=8,4).

Это поднимает вопрос, могут ли эти паттерны аттенуированных психотических переживаний в детстве, подростковом и юношеском возрасте предвещать развитие психотических расстройств в более позднем возрасте, предоставляя возможность для понимания истоков их развития в

будущем и, что более важно, для предотвращения прогрессирования в более тяжелые и трудноизлечимые психические расстройства.

Некоторые исследования были направлены на изучение предполагаемых факторов риска психотического опыта в этнических группах молодых людей, однако это направление исследований находится в зачаточном состоянии. Adriaanse et al<sup>88</sup> расширили свою работу над психотическим опытом у детей, чтобы рассмотреть другие проблемы и факторы риска. Они обнаружили, что дети из этнических меньшинств сообщали о меньшем количестве внутренних и большем количестве внешних проблем, по сравнению с голландскими детьми, что отчасти объяснилось показателями социального неблагополучия. При дальнейшем анализе выборки они выявили несколько факторов риска и протективных факторов в отношении психического здоровья в целом, которые были доказаны для детей из этнических меньшинств и включали в себя травму, конфликты с родителями и подверженность дискриминации. Эти результаты перекликаются с более ранним исследованием 3426 детей и подростков в Великобритании, в котором выявили, что история миграции и семейная дисфункция были связаны с приблизительно четырьмякратным возрастанием риска психотического опыта<sup>89</sup>.

Вместе эти результаты особенно интригуют, потому что они указывают на вариативность в психическом здоровье в детстве, совпадающую со зрелым возрастом, т.е. схожий или более низкий уровень интернализации, эмоциональных или общих психических расстройств при более высоком уровне психозов. Вполне возможно, что подобный опыт проблем, связанных с семейным конфликтом и разводом, а также переживание дискриминации по-разному протекают и манифестируют в разных этнических группах. Это также объясняет, почему большие социальные трудности в течение жизни не отражаются на повышении уровней депрессии и тревоги во взрослом возрасте, при расстройствах чаще связанных со сложными социальными условиями и опытом.

В настоящее время мы исследуем эти гипотезы в недавно начавшемся когортном исследовании приблизительно 4000 детей в возрасте 11-16 лет, с выборками из различных этносов и экономически неблагополучных кварталов Южного Лондона (исследование REACH <https://www.the-reachstudy.com/>).

### Угрозы, вражда и насилие

Все больше доказательств того, что контекст и опыт, связанный с высоким уровнем межличностных угроз, враждебности и насилия особенно увеличивает риск психозов. Например, используя данные из исследования E-Risk, Arseneault et al<sup>90</sup> установил, что буллинг и жестокое обращение, но не несчастные случаи, в детстве были связаны с появлением позже в 12-ти летнем возрасте психотического (необычного) опыта. Кроме того, в анализе данных из нашего исследования случай-контроль по жизненным сложностям и психозам, мы выявили, что наиболее сильный эффект был при воздействии серьезных угроз, враждебности и насилия в детстве и взрослой жизни<sup>91</sup>.

В отношении мигрантов и групп меньшинств, эти выводы согласуются с данными об особенно высокой частоте психозов среди беженцев (подверженных, по определению, экстремальным угрозам) и испытывающим дискриминацию, особенно, связанную с насилием, как было описано выше. Это указывает на более конкретную формулировку соответствующих социальных воздействий, т.е. воздействие (в течение всей жизни) угроз, враждебности, включая дискриминацию и насилие, особенно в условиях бедности, неблагоприятного положения и изоляции, например, в районах с низкой этнической плотностью.



## ИСХОДЫ

В некоторых ранних сообщениях предполагалось, что течение и исход психозов среди мигрантов и этнических меньшинств будут более благоприятным и легким<sup>92</sup>. Эти ожидания основывались на двух возможных причинах. Во-первых, если фактором является ошибочная диагностика, то это должно отражаться на количестве людей, продолжающих испытывать симптомы, которые чаще всего бывают при шизофрении. Во-вторых, если высокая частота является следствием социальных условий, т.е. в большей степени социально, а не обусловлено развитием нервной системы с преобладанием позитивных и аффективных симптомов, то это, в свою очередь, должно приводить к уменьшению с течением времени количества людей, испытывающих негативные и постоянные симптомы.

Было проведено гораздо меньше исследований по течению и исходу, чем по заболеваемости психозами в этнических меньшинствах и результаты противоречивые, вероятно из-за методических различий<sup>93</sup>. Если вкратце, то некоторые показали лучшие исходы, некоторые отсутствие отличий и некоторые более плохие исходы.

Примечательно, что наш недавний отчет о долгосрочном течении и исходах в этнических группах в AESOP выборке поднимает интригующие и непростые возможности<sup>94</sup>. Мы нашли убедительные доказательства того, что исходы (клинически, социально и по использованию услуг) были существенно хуже у пациентов из черного карибского происхождения, и хуже или без отличий у пациентов черной африканской национальности по сравнению с белыми британцами. Похоже, что отличия распространяются и на исходы.

Возможно, более интригующим и актуальным для этого обсуждения является то, что отличия в клинических исходах объяснялись, по крайней мере частично, разницей в социальном неблагополучии на исходном уровне. То есть плохие клинические исходы среди чернокожих карибских пациентов, по нашим данным, были частично обусловлены изначально низким уровнем социального благополучия. Это актуализирует вероятность того, что эффект социального неблагополучия будет сохраняться и в дальнейшем влиять на течение расстройства. Кроме того, было ясно, что эти недостатки сохраняются на протяжении исследования. Например, из тех, кто был безработным изначально, только трое (из 54, 6%) чернокожих карибского региона и один (из 21, 5%) чернокожих африканцев трудоустроились за время исследования.

## СТРУКТУРНОЕ НАСИЛИЕ

Важным, но редко упоминаемым фактом является то, что социальные условия и опыт, рассматриваемые в этой статье распределены в популяции не случайным образом, они социально структурированы. Более высокий уровень бедности, дискриминации и угрозы среди меньшинств обусловлены долгосрочными историческими процессами, которые, преимущественно в белых сообществах, систематически маргинализировали и исключали представителей меньшинств, создавая системные барьеры в образовании, экономических возможностях для достижения богатства, повышения мобильности, возможности жить в более престижных районах и занятия руководящих должностей. Другими словами, устоявшиеся социальные структуры и традиции лежат в основе различий в воздействии на разные этнические группы социальных рисков и нарушений развития, которые, по нашему убеждению, лежат в основе высоких показателей психотических расстройств и соответствующих плохих исходов, о которых регулярно сообщалось в последние 60 лет.

Как пример этого Galtung<sup>95</sup> ввел термин «структурное насилие», т.е. социальные структуры и институты, нанося-

щие вред здоровью населения путем создания барьеров для ресурсов, которые позволяют людям удовлетворять свои базовые потребности в развитии. С этой точки зрения, высокий уровень психозов в некоторых этнических меньшинствах, по сути, является политической проблемой. Таким образом, наш анализ еще раз подчеркивает важность политики и общественных стратегий по уменьшению этнического неравенства во всех сферах, например, образовании, занятости, дохода, физического здоровья, смертности, а также борьбы с дискриминацией и расизмом во всех их проявлениях.

## ПОСЛЕДСТВИЯ

Необходимость политических действий и общественных инициатив важна, как важны и последствия для возможных изменений в структуре и предоставлении услуг по охране психического здоровья. Наряду с исследованиями уровня распространенности психотических расстройств у мигрантов и в группах этнических меньшинств, существует значительный объем исследований, показывающих, что люди с психическими расстройствами из популяций с высоким уровнем заболеваемости сталкиваются с более негативными и принудительными методами оказания помощи в службах психического здоровья<sup>96, 97, 98</sup>. Например, мы обнаружили, что более высокие показатели принудительной госпитализации среди чернокожих пациентов в Великобритании, сохраняются в течение 10-летнего периода после первого эпизода<sup>94</sup>. Это очень тревожная картина: высокий уровень психозов, худшие исходы и большее число принудительных госпитализаций.

Для отличий в медицинской помощи может быть много причин и иногда они бурно обсуждаются. Это очень важный вопрос.

Понимание важно для эффективного реагирования с целью снижения уровня недобровольного лечения и улучшения опыта оказания медицинской помощи. Наш вывод в том, что факт частого развития психозов в этнических меньшинствах формируется на фоне бедности и обездоленности, сопровождается высоким уровнем дискриминации, угроз, враждебности и указывает как на одно из возможных направлений изменений – проблематика оказания медицинской помощи. До сих пор услуги по охране психического здоровья основываются на модели болезни, в которой ответные меры и лечение ориентированы в первую очередь на людей и их симптомы, а социальные условия и опыт, во многом лежащие в основе дистресса, воспринимаются второстепенными по отношению к клинике.

Конечно, многие службы, особенно службы раннего вмешательства, используют более целостные подходы, но на практике внимание к социальным условиям и мероприятиям по улучшению этих условий единичны и непостоянны. Если мы правы в том, что путь к психозу идет через влияние социума на развитие мозга, то фокус преимущественно на лечении симптомов, обычно при помощи антипсихотических препаратов и системы оказания психиатрической помощи, принципиально не может полностью решить исходные проблемы, которые, во многом, определяют начало, течение и исход расстройства.

Эти аспекты оказывают намного большее влияние в группах меньшинств, среди которых – опять же, если мы правы – у большого количества людей развивается психоз вследствие способствующих этому внешних факторов. Действительно, при опросе получателей услуг из групп этнических меньшинств, они отмечают многочисленные социальные стрессоры, связанные с неблагополучием, что объясняет высокую частоту психозов<sup>99</sup>. Возможно, дальнейшая переориентация услуг на обеспечение систематического внимания к социальным аспектам и в целом миру людей с психическими расстройствами, особенно из

групп меньшинств, будет направлена на то, что наиболее важно для многих пациентов, и это облегчит взаимодействие и снизит необходимость принудительного лечения. Это приводится не с целью отказа от препаратов или других вмешательств, а скорее предполагает всестороннюю оценку социальных потребностей и, возможно, уникальных и расширенных пакетов социальных мер.

## ВЫВОДЫ

Прошло уже 60 лет с тех пор как в Великобритании появились первые сообщения о высоком уровне психозов среди мигрантов из Карибского региона. С тех пор были проведены многочисленные исследования, в которых первоначальные результаты были воспроизведены и распространены на другие популяции и страны. Существует значительная разница в заболеваемости психотическими расстройствами в группах этнических меньшинств. Актуальные данные исследований, хотя и относительно слабые, указывают на неблагоприятные условия и опыт, возможно, непосредственно связанный с угрозой, враждебностью и насилием как основными детерминантами этих отличий. Конкретные группы социальных факторов, оказывающих влияние на уровень риска, могут меняться в первом и последующих поколениях мигрантов.

Мы предложили модель социального развития, в которой подверженность социальным рискам на протяжении жизни объясняет высокую частоту расстройств в некоторых группах, что приводит к еще одному важному выводу – риски являются социально структурированными. Для проверки и разработки этой модели было проведено много исследований. Но, что наиболее важно, сохраняется необходимость использовать имеющиеся у нас доказательства для разработки социальной политики, инициатив и служб охраны психического здоровья для решения взаимосвязанных проблем высокой частоты расстройств, плохих исходов и негативного опыта пользования услугами среди некоторых наиболее неблагополучных этнических групп в наших обществах. К сожалению, мы не продвинулись вперед в решении этой проблемы по сравнению с тем, где мы были двадцать лет назад.

## Библиография

1. McGrath J, Saha S, Welham J et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2004;2:13.15115547
2. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.15625195
3. Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med* 2011;41:897-910.20663257
4. Castillejos MC, Martin-Perez C, Moreno-Kustner B. A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: the distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. *Psychol Med* (in press).
5. Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB et al. International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2019;4:e229-44.31054641
6. Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med* (in press).
7. van der Ven E, Veling W, Tortelli A et al. Evidence of an excessive gender gap in the risk of psychotic disorder among North African immigrants in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:1603-13.27372300
8. Tortelli A, Errazuriz A, Croudace T et al. Schizophrenia and other psychotic disorders in Caribbean-born migrants and their descendants in England: systematic review and meta-analysis of incidence rates, 1950-2013. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:1039-55.25660551
9. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PLoS One* 2012;7:e31660.22457710

10. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychol Med* 2006;36:1541-50.16938150
11. Kirkbride JB, Barker D, Cowden F et al. Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *Br J Psychiatry* 2008;193:18-24.18700213
12. Selten JP, Veen N, Feller W et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001;178:367-72.11282817
13. Veling W, Selten JP, Veen N et al. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006;86:189-93.16839747
14. Termorshuizen F, van der Ven E, Tarricone I et al. The incidence of psychotic disorder among migrants and ethnic minority groups in Europe: findings from the multinational EU-GEI study. Submitted for publication.
15. Hollander AC, Dal H, Lewis G et al. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 2016;352:i1030.26979256
16. Oduola S, Das-Munshi J, Bourque F et al. Change in incidence rates for psychosis in different ethnic groups in south London: the Clinical Record Interactive Search-First Episode Psychosis (CRIS-FEP) study. Submitted for publication.
17. DeVlyder JE, Kelleher I, Lalane M et al. Association of urbanicity with psychosis in low- and middle-income countries. *JAMA Psychiatry* 2018;75:678-86.29799917
18. Tarricone I, Boydell J, Kokona A et al. Risk of psychosis and internal migration: results from the Bologna First Episode Psychosis study. *Schizophr Res* 2016;173:90-3.26969451
19. Selten JP, Cantor-Graae E, Slaets J et al. Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. *Am J Psychiatry* 2002;159:669-71.11925311
20. Fernando S. Mental health, race and culture. London: Macmillan, 1991.
21. Littlewood R, Lipsedge M. Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry, 3rd ed. London: Routledge, 1997.
22. Kelleher I, Lynch F, Harley M et al. Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1277-83.23108974
23. Fisher HL, Caspi A, Poulton R et al. Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study. *Psychol Med* 2013;43:2077-86.23302254
24. Garb HN. Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgement. *Clin Psychol Sci Pract* 1997;4:99-120.
25. Lewis G, Croft-Jeffreys C, David A. Are British psychiatrists racist? *Br J Psychiatry* 1990;157:410-5.2245273
26. Minnis H, McMillan A, Gillies M et al. Racial stereotyping: survey of psychiatrists in the United Kingdom. *BMJ* 2001;323:905-6.11668135
27. Hickling FW, McKenzie K, Mullen R et al. A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 1999;175:283-6.10645332
28. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43:1133-49.22850401
29. Kelleher I, Connor D, Clarke MC et al. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med* 2012;42:1857-63.22225730
30. Morgan C, Fisher H, Hutchinson G et al. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:226-35.19053965
31. Adriaanse M, van Domburgh L, Hoek HW et al. Prevalence, impact and cultural context of psychotic experiences among ethnic minority youth. *Psychol Med* 2015;45:637-46.25099751
32. Laurens KR, West SA, Murray RM et al. Psychotic-like experiences and other antecedents of schizophrenia in children aged 9-12 years: a comparison of ethnic and migrant groups in the United Kingdom. *Psychol Med* 2008;38:1103-11.17935641
33. Tortelli A, Nakamura A, Suprani F et al. Subclinical psychosis in adult migrants and ethnic minorities: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open* 2018;4:510-8.30564447
34. Morgan C, Reininghaus U, Reichenberg A et al. Adversity, cannabis use and psychotic experiences: evidence of cumulative and synergistic effects. *Br J Psychiatry* 2014;204:346-53.24627297

35. Silverstein SM, Moghaddam B, Wykes T. Schizophrenia: evolution and synthesis. Cambridge: MIT Press, 2013.
36. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JPA et al. What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World Psychiatry* 2018;17:49-66.29352556
37. Morgan C, McKenzie K, Fearon P. Society and psychosis. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
38. Ajnakina O, Trotta A, Oakley-Hannibal E et al. Impact of childhood adversities on specific symptom dimensions in first-episode psychosis. *Psychol Med* 2016;46:317-26.26383785
39. Demjaha A, Morgan K, Morgan C et al. Combining dimensional and categorical representation of psychosis: the way forward for DSM-V and ICD-11? *Psychol Med* 2009;39:1943-55.19627645
40. Garety PA, Kuipers E, Fowler D et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 2001;31:189-95.11232907
41. Garety PA, Bebbington P, Fowler D et al. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychol Med* 2007;37:1377-91.17335638
42. Borges S, Gayer-Anderson C, Mondelli V. A systematic review of the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in first episode psychosis. *Psychoneuroendocrinology* 2013;38:603-11.23369532
43. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III – the final common pathway. *Schizophr Bull* 2009;35:549-62.19325164
44. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* 2014;383:1677-87.24315522
45. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G et al. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* 2010;36:655-64.20513653
46. Sharpley M, Hutchinson G, McKenzie K et al. Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. Review of current hypotheses. *Br J Psychiatry* 2001;178(Suppl. 40):s60-8.
47. Dykxhoorn J, Kirkbride JB. Psychoses sans Frontières: towards an interdisciplinary understanding of psychosis risk amongst migrants and their descendants. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:146-52.30208980
48. Eagles JM. The relationship between schizophrenia and immigration. Are there alternatives to psychosocial hypotheses? *Br J Psychiatry* 1991;159:783-9.1824232
49. Di Forti M, Morgan C, Dazzan P et al. High-potency cannabis and the risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2009;195:488-91.19949195
50. Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP et al. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:427-36.30902669
51. Veen N, Selten JP, Hoek HW et al. Use of illicit substances in a psychosis incidence cohort: a comparison among different ethnic groups in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:440-3.12059848
52. Bhugra D, Leff J, Mallett R et al. The culture and identity schedule a measure of cultural affiliation: acculturation, marginalization and schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56:540-56.20159935
53. Jongsma J, Gayer-Anderson C, Tarricone I et al. Social disadvantage, linguistic distance, ethnicity and first episode psychosis: results from the EU-GEI case-control study. Submitted for publication.
54. Veling W, Hoek HW, Selten JP et al. Age at migration and future risk of psychotic disorders among immigrants in the Netherlands: a 7-year incidence study. *Am J Psychiatry* 2011;168:1278-85.22193672
55. Harrison G, Holton A, Neilson D et al. Severe mental disorder in Afro-Caribbean patients: some social, demographic and service factors. *Psychol Med* 1989;19:683-96.2798636
56. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:250-8.16520429
57. Kirkbride JB, Hameed Y, Ioannidis K et al. Ethnic minority status, age-at-immigration and psychosis risk in rural environments: evidence from the SEPEA study. *Schizophr Bull* 2017;43:1251-61.28521056
58. Kirkbride JB, Morgan C, Fearon P et al. Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychol Med* 2007;37:1413-25.17472758
59. Boydell J, van Os J, McKenzie K et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001;323:1336-8.11739218
60. Schofield P, Thygesen M, Das-Munshi J et al. Ethnic density, urbanicity and psychosis risk for migrant groups – A population cohort study. *Schizophr Res* 2017;190:82-7.28318842
61. Faris R, Dunham H. Mental disorders in urban areas. Chicago: University of Chicago Press, 1939.
62. Veling W, Susser E, van Os J et al. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008;165:66-73.18086750
63. Schofield P, Ashworth M, Jones R. Ethnic isolation and psychosis: re-examining the ethnic density effect. *Psychol Med* 2011;41:1263-9.20860862
64. Schofield P, Das-Munshi J, Becares L et al. Minority status and mental distress: a comparison of group density effects. *Psychol Med* 2016;46:3051-9.27523979
65. Becares L, Dewey ME, Das-Munshi J. Ethnic density effects for adult mental health: systematic review and meta-analysis of international studies. *Psychol Med* 2018;48:2054-72.29239292
66. Das-Munshi J, Becares L, Boydell JE et al. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *Br J Psychiatry* 2012;201:282-90.22844021
67. Schofield P, Thygesen M, Das-Munshi J et al. Neighbourhood ethnic density and psychosis – Is there a difference according to generation? *Schizophr Res* 2018;195:501-5.28969931
68. Morgan C, Kirkbride J, Leff J et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med* 2007;37:495-503.17094816
69. Morgan C, Kirkbride J, Hutchinson G et al. Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychol Med* 2008;38:1701-15.19000327
70. Karlens S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92:624-31.11919063
71. Cooper C MC, Byrne M, Dazzan P et al. Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis: results from the AEsOP study. *Br J Psychiatry* 2008;192:185-90.18310577
72. Veling W, Selten JP, Susser E et al. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007;36:761-8.17517810
73. Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:953-9.18575790
74. Pearce J, Rafiq S, Simpson J et al. Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (in press)
75. Quattrone D, Di Forti M, Gayer-Anderson C et al. Transdiagnostic dimensions of psychopathology at first episode psychosis: findings from the multinational EU-GEI study. *Psychol Med* 2019;49:1378-91.30282569
76. Veling W, Selten JP, Mackenbach JP et al. Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophr Res* 2007;95:30-8.17669627
77. Anderson KK, Rodrigues R, MacDougall AG. Ethnic differences in clinical presentation at first hospitalization after psychosis onset. *Early Interv Psychiatry* (in press).
78. Gevonden M, Myin-Germeys I, Wichers M et al. Reactivity to social stress in ethnic minority men. *Psychiatr Res* 2016;246:629-36.
79. Akdeniz C, Tost H, Streit F et al. Neuroimaging evidence for a role of neural social stress processing in ethnic minority-associated environmental risk. *JAMA Psychiatry* 2014;71:672-80.24740491
80. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2005;187:101-2.16055818
81. Selten JP, van der Ven E, Rutten BPF et al. The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophr Bull* 2013;39:1180-6.24062592
82. Selten JP, van Os J, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: issues of measurement and reverse causality. *World Psychiatry* 2016;15:294-5.27717278
83. Tidey JW, Miczek KA. Social defeat stress selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivo microdialysis study. *Brain Res* 1996;721:140-9.8793094
84. Hollis F, Kabbaj M. Social defeat as an animal model for depression. *ILAR J* 2014;55:221-32.25225302
85. Rawson H, Miner M. The new international dictionary of quotations, 2nd ed. New York: Penguin, 1997.

86. Kendler KS. From many to one to many – the search for causes of psychiatric illness. *JAMA Psychiatry* (in press).
87. Vanheusden K, Mulder CL, van der Ende J et al. Associations between ethnicity and self-reported hallucinations in a population sample of young adults in The Netherlands. *Psychol Med* 2008;38:1095-102.18070372
88. Adriaanse M, Veling W, Doreleijers T et al. The link between ethnicity, social disadvantage and mental health problems in a school-based multiethnic sample of children in the Netherlands. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23:1103-13.24927803
89. Patino LR, Selten JP, Van Engeland H et al. Migration, family dysfunction and psychotic symptoms in children and adolescents. *Br J Psychiatry* 2005;186:442-3.15863751
90. Arseneault L, Cannon M, Fisher HL et al. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 2011;168:65-72.20952460
91. Morgan C, Gayer-Anderson C, Beards S et al. Threat, hostility, and violence in childhood and psychotic disorder. Submitted for publication.
92. McKenzie K, van Os J, Fahy T et al. Psychosis with good prognosis in Afro-Caribbean people now living in the United Kingdom. *BMJ* 1995;311:1325-8.7496280
93. Chorlton E, McKenzie K, Morgan C et al. Course and outcome of psychosis in black Caribbean populations and other ethnic groups living in the UK: a systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58:400-8.21628358
94. Morgan C, Fearon P, Lappin J et al. Ethnicity and long-term course and outcome of psychotic disorders in a UK sample: the AESOP-10 study. *Br J Psychiatry* 2017;211:88-94.28642258
95. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Research* 1969;6:167-91.
96. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G et al. Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Soc Sci Med* 2004;58:739-52.14672590
97. Bhui K, Stansfeld S, Hull S et al. Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2003;182:105-16.12562737
98. Anderson KK, Flora N, Archie S et al. A meta-analysis of ethnic differences in pathways to care at the first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:257-68.24580102
99. Schofield P, Kordowicz M, Pennycooke E et al. Ethnic differences in psychosis – Lay epidemiology explanations. *Health Expect* (in press).

DOI: 10.1002/wps.20655