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

**Paolo Fusar-Poli[1–4], Andrés Estradé[1], Cecilia M. Esposito[2], René Rosfort[5], Ilaria Basadonne[2], Milena Mancini[6], Giovanni Stanghellini[7,8], Jummy Otaiku[9], Oluwadamilola Olanrele[3], Lucas Allen[3], Muskan Lamba[10], Catherine Alaso[11], Judy Ieri[11], Margret Atieno[11], Yvonne Oluoch[11], Phides Ireri[11], Ephraim Tembo[12,13], Innocent Z. Phiri[12], Duncan Nkhoma[12], Noah Sichone[12], Candy Siadibbi[12,14], Pharidah R.I.O. Sundi[15], Nyathi Ntokozo[16,17], Laura Fusar-Poli[2], Valentina Floris[2], Martina M. Mensi[18], Renato Borgatti[2,18], Stefano Damiani[2], Umberto Provenzani[2], Natascia Brondino[2], Ilaria Bonoldi[19,20], Joaquim Radua[21], Kate Cooper[22], Jae Il Shin[23], Samuele Cortese[24–28], Andrea Danese[29,30], Sarah Bendall[31,32], Celso Arango[33], Christoph U. Correll[34–36], Mario Maj[37]**

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

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

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

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

Недавние метаэпидемиологические данные указывают на то, что дебют первого психического расстройства происходит в возрасте до 14 лет у одной трети, до 18 лет почти у половины и до 25 лет примерно у двух третей людей, с пиковым возрастом начала 14,5 лет для всех психических расстройств[1]. Большинство психических расстройств у взрослых берет начало в подростковом возрасте (т. е. между 10 и 19 годами[2]), когда происходит быстрый рост и развитие головного мозга[3]. Сообщается, что распространенность проблем психического здоровья среди подростков растет во всем мире[e.g.,4].

Раннее начало является основным фактором высокого личного бремени большинства психических расстройств, усугубляемого частыми сопутствующими заболеваниями[5,6], и отражает сложное этиопатологическое взаимодействие генетических и средовых факторов[7,8]. С этим связан и глобальный кризис системы охраны психического здоровья[9], которая, как правило, разделяется в зависимости от

достижения пациентом возраста 18[10] лет (на взрослую психиатрическую службу, и на детскую и подростковую), что приводит к отсутствию преемственности в оказании помощи.

Эти факторы приводят к недостаточно оптимальным результатам[11] и способствуют сокращению продолжительности жизни (на 10–15 лет), связанному с некоторыми психическими расстройствами[12–16]. Вышеописанная картина яснее проступила сквозь призму пандемии COVID-19, которая существенно нарушила психическое здоровье молодых людей[17–20].

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

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

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

Мы включали качественные исследования, содержащие отчеты от первого лица, в которых участвовали подростки (возрастной диапазон: 10–19 лет[2]) с текущим диагнозом по МКБ или DSM из следующих разделов: расстройства настроения, психотические расстройства, нарушения развития нервной системы, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения или экстернализирующие расстройства. Мы не включили умственную отсталость из-за языковых и экспрессивных трудностей, характерных для этого состояния. Мы также добавили дополнительную категорию самоповреждающего поведения.

Исследования, в которых изучались люди, объединенные в группы на основе симптомов, опыта или других самозаявленных характеристик, а не диагноза, не включались. Однако найденные статьи часто содержали воспоминания о прошлой истории людей, таким образом указывая на продромальные (часто трансдиагностические) признаки, предшествующие постановке формального психиатрическоого диагноза[24].

Все включенные статьи были загружены в NVivo, программное обеспечение для анализа качественных данных[25]. Независимые исследователи провели тематический синтез отобранных источников на основе построчного кодирования текста в разделах «Результаты/выводы» статей и составления предварительного списка описательных тем и подтем, касающихся пережитого опыта психических расстройств у подростков. На данном этапе были также рассмотрены дополнительные источники, такие как веб-сайты, блоги или материалы из социальных сетей, написанные экспертами по опыту, и включались соответствующие элементы.

Затем материалы были распределены внутри основной группы и предварительно классифицированы по трем общим описательным разделам: «Внутренний субъективный опыт психических расстройств у подростков», «Пережитый опыт подростков с психическими расстройствами в широком обществе» и «Пережитый опыт подростков с психическими расстройствами при получении психиатрической помощи». Каждый раздел включал в себя несколько тем и подтем. Некоторые темы были дополнительно расширены за счет включения в них сведений от родителей и опекунов, если это было применимо.

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

На последнем этапе выбор тем и подтем, связанных с опытом, был дополнен феноменологически обоснованными мнениями[27–43], основанными на включенных в исследование статьях, семинарах и академическом опыте. Ученые также были разного возраста, пола и этнического происхождения и представляли разные континенты (Европу, Северную Америку, Южную Америку, Азию и Океанию). Расширенная группа экспертов по опыту и ученых коллективно взаимодействовала при подготовке и рецензировании рукописи через общую платформу Google Drive. Все эксперты по опыту, активно участвовавшие в разработке рукописи, были приглашены в соавторы. Экспертам по опыту было предложено возмещение затраченного времени в соответствии с имеющимися рекомендациями по проведению исследований с участием общественности[44].

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

## ВНУТРЕННИЙ СУБЪЕКТИВНЫЙ ОПЫТ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

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

### Внутренний субъективный опыт расстройств настроения

#### *Переживание изменения собственной идентичности*

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

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

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

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

### *Переживание чрезмерно интенсивных эмоций*

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

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

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

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

### *Чувство запертости в собственном сознании*

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

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

Таким образом, подростки могут испытывать болезненное чувство запертости в собственном сознании как во время депрессивных, так и во время маниакальных эпизодов. Это чувство усиливается ненормальным восприятием субъективного времени, которое в депрессии кажется застывшим (*«Такое ощущение, что жизнь идет по кругу каждый день, все кажется приевшимся, ничто уже не кажется свежим»*[54]) и ускоряется в мании (*«Казалось, что все не может остановиться», личное общение*).

### *Восприятие окружающего мира как исчезающего*

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

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

Во время маниакальных эпизодов подростки могут сообщать о большей легкости социального взаимодействия (*«Я всегда был застенчивым, а теперь это прошло», личное общение*). Однако это ощущение большей гармонии с окружающим миром лишь кажущееся и преходящее[31]. Они не могут сделать паузу и остановиться, чтобы как следует познакомиться с одноклассниками и друзьями, потому что мысли и тело находятся в непрерывном чрезмерном движении.

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

## Внутренний субъективный опыт психотических расстройств

### *Переживание всеобъемлющего изменения в восприятии окружающего мира и себя*

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

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

### *«Рыба, выброшенная на берег»*

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

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

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

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

## Внутренний субъективный опыт синдрома дефицита внимания и гиперактивности

### *Восприятие своей нейроотличности*

Подростки с СДВГ могут воспринимать его как часть своей личности, присущую им с рождения[66–68]: *«Некоторые люди ошибочно считают это состоянием, болезнью или чем-то еще. Это скорее черта, которая делает людей неврологически отличными»*[69]. Это может ощущаться как неотъемлемый элемент (*«Если бы у меня не было СДВГ, не думаю, что я был бы собой»*[67]) или как дополнительная, но отдельная часть (*«Отчасти из-за СДВГ я такой, какой я есть, но помимо этого у меня определенно есть своя личность»*[70]).

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

Однако другие могут воспринимать свою нейроотличность как параллельную дисфункциональную версию себя, которую трудно интегрировать и принять (*«Я злюсь, потому что мой СДВГ начинает проявляться. Если день действительно плохой, вы видите мою злую [сторону]»*[66]), что приводит к *«вспышкам гнева иногда»*[66]. Некоторые подростки могут скорее концептуализировать СДВГ как расстройство, которое у них возникло[66–68], особенно когда они замечают значительные улучшения, связанные с медикаментозным лечением: *«[Таблетки] делают меня немного лучше»*[66].

### *Чувство утраты контроля*

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

Некоторые подростки могут осознавать свою неспособность контролировать свое расстройство. Поэтому они твердо ощущают, что их дисфункциональное поведение *«на самом деле не является их виной»*[66,68], и сожалеют о том, что другие люди считают их поведение преднамеренным[72]. Учитывая отсутствие контроля и трудности в объяснении этого другим, подростки могут воспринимать ярлык СДВГ как *«более легкий способ объяснить»* свое состояние другим людям[70].

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

## Внутренний субъективный опыт расстройств аутистического спектра

### *Чувство нейроотличности в загадочном мире*

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

Однако существуют глубокие межличностные различия[75]. Некоторые из них не принимают свою нейроотличность (*«Я ненавижу себя за то, что не могу делать что-то так же хорошо, как другие»*[76]); другие со временем принимают ее и не хотят меняться, *«потому что это причина, по которой я такой, какой я есть»*[74], и им *«нравится быть другими»*[74] или они даже *«гордятся»* этим[75].

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

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

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

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

### *Тоска по человеческому теплу и дружеским связям*

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

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

## Внутренний субъективный опыт тревожных расстройств

### *Переживание цунами тревоги в теле*

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

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

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

### *Потеря контроля над тревожным разумом*

Подростки с тревожными расстройствами часто испытывают недостаток контроля над своим разумом, что иногда описывается как ощущение внутреннего конфликта: *«Это похоже на войну с самим собой»*[83]. Например, при генерализованной тревоге все может вызывать интенсивное беспокойство, а принятие решений становится непреодолимым кошмаром[79], что приводит к ощущению невозможности жить так, как все остальные: *«Ты как бы чувствуешь, что живешь не так, как все вокруг»*[83].

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

### *Жизнь в сжимающемся и непредсказуемом пространстве*

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

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

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

## Внутренний субъективный опыт расстройств пищевого поведения

### *Контроль над едой как способ контроля над собой*

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

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

### *В отчаянных поисках идеализированной идентичности*

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

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

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

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

## Внутренний субъективный опыт экстернализирующих расстройств

### *«Бутылка, наполненная яростью»*

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

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

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

### *Ощущение непонимания и отвержения*

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

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

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

## Внутренний субъективный опыт самоповреждающего поведения

### *Преобразование психической боли в физическую для контроля*

Подростки, проявляющие самоповреждающее поведение, часто описывают стремление сделать психическую боль более терпимой, превратив ее в физическую: *«Это отвлекает меня от другого вида боли, например внутренней, от того, что я чувствую. Таким образом, она уходит на второй план, и я как бы забываю о другой боли»*[93]. Это связано с ощущением, что они лучше контролируют аффективные состояния и модулируют их через физическую боль[94].

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

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

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

### *Безмолвный крик о помощи*

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

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

## ПЕРЕЖИТЫЙ ОПЫТ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ШИРОКОМ ОБЩЕСТВЕ

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

## Опыт в семье

### *Страдание от болезненного недостатка понимания*

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

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

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

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

### *Чувство восстановления благодаря эмоционально поддерживающей семье*

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

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

### *Взгляд родителей*

Родители, как правило, переживают резкие изменения в отношениях с больными детьми: *«Куда пропала моя дочь, ведь это не она»*[105]. Начало психического расстройства заставляет родителей пересмотреть свое представление о ребенке[106], *«оплакивая ребенка, который должен был развиваться нормально»*[107].

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

Родителям необходимо *«научиться воспитывать ребенка совершенно по-другому»*[109,110], часто договариваясь о новом балансе между материнской и отцовской ролями[107] и устанавливая новые родительские правила[111]. Это может включать в себя *«позволение [ребенку] того, что раньше я бы, наверное, не позволил»*[108]. Это трудный и непредсказуемый процесс проб и ошибок, часто приводящий к разочарованию и чувству беспомощности: *«Я изменила подход и попыталась надавить немного больше в определенных областях, но это, похоже, не сработало, и тогда я не знаю, какой способ лучше»*[105]. Более того, родители могут чувствовать давящую ответственность за сохранение эмоционального равновесия своих детей, насколько это возможно[108].

## Опыт в школе и среди сверстников

### *Восприятие школы как усилителя различий*

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

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

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

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

### *Переживание буллинга со стороны сверстников и учителей*

Подростки с психическими расстройствами часто подвергаются серьезной травле[113], что еще больше подрывает их уверенность в себе и доверие к окружающим: *«Они получали удовольствие от того, что причиняли мне боль, от того, что видели, как я страдаю»*[114]. Из-за пережитого буллинга они могут испытывать глубокий стыд и смущение в школе: *«Мне и некоторым другим детям пришлось спуститься во время обеда, чтобы принять [Риталин], и это было довольно неловко... Люди видели во мне ребенка с СДВГ и считали это плохой чертой»*[115].

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

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

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

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

### *Восприятие сверстников в качестве жизненно важной поддержки*

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

В частности, общение с друзьями, так же имеющими психическое расстройство, воспринимается как чрезвычайно полезное для преодоления социальной изоляции[117] (*«Я не единственный, кто проходит через это», личное общение*), передачи личного опыта (*«Мы с друзьями собираемся вместе и рассказываем о своем опыте», личное общение*), свободного выражения сложных эмоций (*«Мы чувствуем себя раскрепощенными, мы выплескиваем всю свою ненависть, весь свой гнев, это приятно»*[114]) и повышения самооценки (*«У нас много одинаковых чувств по поводу вещей, и я просто могу быть собой»*[115]).

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

## Опыт в социальном и культурном контексте

### *Ощущение несоответствия социальным нормам и ценностям*

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

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

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

### *Ощущение стигматизации или поддержки через социальные сети*

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

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

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

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

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

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

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

### *Взгляд родителей*

Родители могут испытывать значительные страдания из-за стигмы, направленной на их детей: *«Мне было больно… когда другие родители говорили своему ребенку «не играй с ним»»*[122]. Родители могут чувствовать себя *«подавленными»* из-за психических страданий своих детей[108], и в то же время ощущать беспомощность[105,106,108], поскольку у них нет *«правильного оружия»*, чтобы противостоять психическому расстройству[123]. Забота о ребенке с психическим расстройством переживается как *«психически… и физически изнуряющая»*[105]. Родители часто ощущают себя *«одинокими, поскольку никто не понимает»*[124] и предпочитают *«держать все»* в себе[125,126].

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

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

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

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

## ПЕРЕЖИТЫЙ ОПЫТ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В этом разделе рассматривается пережитый опыт получения психиатрической помощи подростками с психическими расстройствами. Мы описываем эти субъективные переживания через семь основных тематических направлений: а) опыт диагностирования психического расстройства, б) опыт доступа к психиатрической помощи, в) опыт получения психофармакологического лечения, г) опыт получения психотерапии, д) опыт поддержки сверстников и активизма в сфере психического здоровья и е) субъективный опыт выздоровления. Что касается пунктов а) и б), то мы также рассматриваем взгляд родителей.

### Опыт получения психиатрического диагноза

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

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

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

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

#### *Поиск резервуара для личных страданий*

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

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

#### *Взгляд родителей*

Родители часто воспринимают диагноз психического расстройства у своего ребенка как *«шок»*[106], *«землетрясение»*[106] или *«как удар кулаком в живот»*[129]. Признаки трудностей их детей могут проявляться в виде *«маленьких странностей»*, которые трудно заметить[56]. Иногда чужие люди (например, работники школы) первыми обращают внимание родителей на эти ранние проблемы[108]. В других случаях родители *«даже не подозревали, что это клиническое заболевание»*[56], объясняя ранние аномалии поведени-

ем подростка[108]: *«это продолжение его личности, просто немного преувеличенное»*[56].

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

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

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

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

## Опыт получения психиатрической помощи

### *Преодоление эмоциональных барьеров*

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

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

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

### *Преодоление структурных барьеров*

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

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

### *Ощущение принятия, поддержки и того, что тебя выслушали*

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

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

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

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

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

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

### *Взгляд родителей*

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

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

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

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

## ОПЫТ ПОЛУЧЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

### *Переживание стыда и страха быть заклейменным или отличным от других*

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

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

### *Улучшение социальных отношений и восстановление эмоций*

С другой стороны, подростки могут описывать и положительный опыт, связанный с психофармакологическим лечением. Принимая лекарства, они могут заметить их положительное влияние на отношения с семьей и друзьями: *«Я стал счастливее. Раньше я все время проводил в своей комнате, а теперь я чаще бываю с семьей наверху. Я провожу с ними больше времени»*[144]. Психофармакологические средства также могут оказаться необходимыми для восстановления социальной активности в школе: *«Раньше... я не мог оставаться в классе. Я даже не мог посещать дистанционные занятия. Я не хотел, чтобы там появлялось мое имя, и очень волновался. Лекарство мне очень помогло»*[143].

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

## Опыт получения психотерапии

### *Переживание негативного отношения и ощущение непонимания*

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

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

### *Ощущение близости и безопасности*

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

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

## Опыт поддержки сверстников и активизма в сфере психического здоровья

### *Исцеление через исцеление*

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

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

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

### Субъективный опыт достижения выздоровления

#### *Дрейф между принятием себя и угрозой рецидива*

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

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

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

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данное исследование описывает пережитый опыт подростков с психическими расстройствами, охватывая как их субъективные страдания, так и положительные аспекты. Подход, основанный на совместном проектировании, проведении и написании исследования, уже подробно описывался в предыдущих публикациях[21,22]. Этот подход позволяет выявить личный опыт психических расстройств, сводя к минимуму исключение и искажение точек зрения пострадавших[149]. В данном исследовании мы также включили взгляд родителей и опекунов там, где это было применимо.

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

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

Вторая группа расстройств у подростков (включая СДВГ и расстройства аутистического спектра) в значительной степени характеризуется переживаниями, связанными с нейроразнообразием человека. Это может восприниматься и решаться различными способами[156], которые до сих пор исследовались крайне редко. Мы считаем, что предоставление права голоса молодым людям, чей разум работает иначе, чем у других, исправляет эпистемическую несправедливость[149], и в то же время открывает новое направление исследований, которое потенциально может расширить наши представления об их состоянии. Действительно, нейроотличные молодые люди часто несправедливо страдают как социальное меньшинство[157]: их история часто обесценивается, замалчивается, игнорируется, искажается или неверно представляется[158].

Третья группа психических расстройств у подростков включает в себя, в различных проявлениях, чувства недостатка самоконтроля и высокой импульсивности, описываемые как переживание цунами тревоги в теле, потеря контроля над своим тревожным разумом и жизнь в сжимающемся и непредсказуемом пространстве (тревожные расстройства); контроль над едой как способ контроля над собой и отчаянный поиск идеализированной идентичности (расстройства пищевого поведения); ощущение себя «бутылкой, наполненной яростью», и чувство непонимания и отвержения (экстернализирующие расстройства). Эти переживания характеризуются динамическим противоречием между стремлением подростков к возрастающей автономии и их уязвимостью к импульсивному и неконтролируемому поведению[159]. Этот контраст нейробиологически связан с изменениями в мозговых сетях вознаграждения и саморегуляции, которые становятся несбалансированными в результате полового созревания. В то время как половые гормоны повышают чувствительность системы вознаграждения мозга, побуждая подростка к более рискованному поведению, способность мозга к саморегуляции и тормозному контролю созревает более постепенно в течение раннего взрослого возраста[160]. Этот нейробиологический дисбаланс может также объяснять частые случаи самоповреждения, которые часто описываются как потребность трансформировать психическую боль в физическую, чтобы контролировать ее, или безмолвный крик о помощи.

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

Дисфункциональное взаимодействие между родителями и детьми, наряду с генетической предрасположенностью, исторически считается ключевым механизмом семейной передачи психических расстройств[161], подчеркивая, что психическое здоровье подростков в значительной степени является «семейным делом»[161,162]. С другой стороны, буллинг со стороны сверстников и учителей является ключевым фактором виктимизации и воспринимаемой стигмы[163,164], что, по словам наших экспертов, «имеет более серьезные последствия, чем сами психические расстройства»[165]. В целом, ранний травматический опыт в подростковом возрасте оказывается наиболее надежным трансдиагностическим фактором риска развития психических расстройств в зрелом возрасте[7,166]. Мы надеемся, что наши результаты могут стать основой для образовательных подходов, направленных на обучение родителей или учителей и повышение их грамотности с целью улучшения психического здоровья молодежи[167,168], или на мероприятия по борьбе с буллингом в школах[113].

Пережитый опыт получения психиатрической помощи подростками также был весьма разнообразным. Получение диагноза психического расстройства воспринималось либо как угроза их идентичности – с чувствами удивления, отрицания, стыда и утаивания, – либо как полезный резервуар для их личных страданий. Получение помощи в области психического здоровья было связано с преодолением эмоциональных и структурных барьеров, а также с частыми ощущениями потерянности и страха, особенно в период перехода из подросткового возраста в молодую взрослую жизнь. Мы надеемся, что этот опыт может побудить заинтересованные стороны и политических деятелей уделить первоочередное внимание созданию служб психического здоровья, ориентированных на молодежь[169–171]. Такие службы могут предотвратить попадание многих подростков в пробелы двухуровневой системы здравоохранения[9].

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

Очевидно, что не существует единого опыта переживания различных психических расстройств у подростков, а скорее множество индивидуальных переживаний. В данном исследовании показана вариативность, взаимодополняемость и даже контрастность этих переживаний. Мы рассматривали широкие диагностические группы, поскольку разделение пережитого опыта по конкретным диагностическим категориям сделало бы аналитическую задачу невыполнимой. Будущие исследования могли бы лучше сфокусироваться на конкретных субдиагностических конструктах, например, изучая дифференцированный пережитый опыт, связанный с конкретными расстройствами аутистического спектра, такими как синдром Аспергера.

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

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

Понимание пережитого опыта подростков с плохим психическим здоровьем может помочь нам справиться с его основными последствиями в виде снижения уровня образования, увеличения затрат на здравоохранение, злоупотребления психоактивными веществами, насилия, самоповреждения и самоубийств[152]. Голоса молодых экспертов по опыту, представленные в данном исследовании, могут стать катализатором разработки и внедрения новой системы охраны психического здоровья молодежи для максимального раскрытия потенциала подрастающих поколений во всем мире[174,175].

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

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

**БЛАГОДАРНОСТИ**

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

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

**Библиография**

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

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

61. Byrne R, Morrison AP. Young people at risk of psychosis: a user-led exploration of interpersonal relationships and communication of psychological difficulties. Early Interv Psychiatry 2010;4: 162–8.
62. Mackrell L, Lavender T. Peer relationships in adolescents experiencing a first episode of psychosis. J Ment Health 2004;13:467–79.
63. Anonymous. First person account: Schizophrenia with childhood onset. Schizophr Bull 1994;20587–90.
64. Herrig E. First person account: A personal experience. Schizophr Bull 1995; 21:339–42.
65. Uttinger M, Koranyi S, Papmeyer M et al. Early detection of psychosis: helpful or stigmatizing experience? A qualitative study. Early Interv Psychiatry 2018;12:66–73.
66. Bradley J. Children and teacher's perceptions of ADHD and medication. Southampton: University of Southampton, 2009.
67. Charach A, Yeung E, Volpe T et al. Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. BMC Psychiatry 2014;14:110.
68. Hemming GL. Understanding the experiences of students and teachers of students diagnosed with ADHD: an interpretative phenomenological analysis of the ADHD label in schools. Birmingham: University of Birmingham, 2017.
69. Rosetti CW, Henderson SJ. Lived experiences of adolescents with learning disabilities. Qual Rep 2015;18:1.
70. Mansfield E. Adolescent females with ADHD: an interpretive phenomenological analysis of school experience. Birmingham: University of Birmingham, 2022.
71. Walker-Noack L, Corkum P, Elik N et al. Youth perceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder and barriers to treatment. Can J School Psychol 2013; 28:193–218.
72. Botha W, van der Westhuizen D. Illness-perception in adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder: a qualitative study. S Afr J Psychiatr 2023;29: 2015.
73. Tesfaye R, Courchesne V, Mirenda P et al. Autism voices: perspectives of the needs, challenges, and hopes for the future of autistic youth. Autism 2023;27:1142–56.
74. Mesa S, Hamilton LG. "We are different, that's a fact, but they treat us like we're different-er": understandings of autism and adolescent identity development. Adv Autism 2022;8:217–31.
75. Trew S. Family relationships and autism spectrum disorder: lived experiences of young people with autism and their families. Sydney: Australian Catholic University, 2021.
76. Hanai F, Narama M, Tamakoshi K. The self of adolescents with autism spectrum disorder or attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative study. J Autism Dev Disord 2021;51:1668–77.
77. Acker L, Knight M, Knott F. 'Are they just gonna reject me?' Male adolescents with autism making sense of anxiety: an interpretative phenomenological analysis. Res Autism Spectr Disord 2018;56: 9–20.
78. Rhodes SM, Eaton CB, Oldridge J et al. Lived experiences of depression in autistic children and adolescents: a qualitative study on child and parent perspectives. Res Dev Disabil 2023;138:104516.
79. Woodgate RL, Tennent P, Legras N. Understanding youth's lived experience of anxiety through metaphors: a qualitative, arts-based study. Int J Environ Res Public Health 2021;18:4315.
80. Woodgate RL, Tennent P, Barriage S et al. The lived experience of anxiety and the many facets of pain: a qualitative, arts-based approach. Can J Pain 2020;4:6–18.
81. Baker HJ, Hollywood A, Waite P. Adolescents' lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. BMC Psychol 2022;10:143.
82. Hewitt OM, Tomlin A, Waite P. The experience of panic attacks in adolescents: an interpretative phenomenological analysis study. Emot Behav Difficult 2021;26:240–53.
83. Woodgate RL, Tailor K, Tennent P et al. The experience of the self in Canadian youth living with anxiety: a qualitative study. PLoS One 2020;15:e0228193.
84. Tan JO, Hope T, Stewart A et al. Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: the views of patients and parents. Int J Law Psychiatry 2003;26:627–45.
85. Fox AP, Larkin M, Leung N. The personal meaning of eating disorder symptoms: an interpretative phenomenological analysis. J Health Psychol 2011;16:116–25.
86. Patel K, Tchanturia K, Harrison A. An exploration of social functioning in young people with eating disorders: a qualitative study. PLoS One 2016;11:e0159910.
87. Voswinkel MM, Rijkers C, van Delden JJM et al. Externalizing your eating disorder: a qualitative interview study. J Eat Disord 2021;9:128.
88. Papamichail A, Bates EA. "I want my mum to know that I am a good guy…": a thematic analysis of the accounts of adolescents who exhibit child-to-Parent violence in the United Kingdom. J Interpers Violence 2022;37:NP6135–58.
89. Mary HT, Makondo D, Bhebhe S. Lived experiences of adolescent boys with conduct disorder in Manzini secondary schools, Kingdom of Eswatini. Educ Q Rev 2018;1:206–23.
90. Chavez L, Mir K, Canino G. Starting from scratch: the development of the Adolescent Quality of Life-Mental Health Scale (AQOL-MHS). Cult Med Psychiatry 2012;36:465–79.
91. Salmanian M, Ghobari-Bonab B, Alavi SS et al. Exploring the relationship difficulties of Iranian adolescents with conduct disorder: a qualitative content analysis. Int J Adolesc Med Health 2016;29:20150092.
92. Swerts C, De Maeyer J, Lombardi M et al. "You shouldn't look at us strangely": an exploratory study on personal perspectives on quality of life of adolescents with emotional and behavioral disorders in residential youth care. Appl Res Qual Life 2019;14:867–89.
93. Miller M, Redley M, Wilkinson PO. A qualitative study of understanding reasons for self-harm in adolescent girls. Int J Environ Res Public Health 2021;18: 3361.
94. McAndrew S, Warne T. Hearing the voices of young people who self-harm: implications for service providers. Int J Ment Health Nurs 2014;23:570–9.
95. Stдnicke LI. The punished self, the unknown self, and the harmed self-toward a more nuanced understanding of self-harm among adolescent girls. Front Psychol 2021;12:543303.
96. Čuš A, Edbrooke-Childs J, Ohmann S et al. "Smartphone apps are cool, but do they help me?": a qualitative interview study of adolescents' perspectives on using smartphone interventions to manage non-suicidal self-injury. Int J Environ Res Public Health 2021;18:3289.
97. Chandler A. Seeking secrecy: a qualitative study of younger adolescents' accounts of self-harm. Young 2018;26:313–31.
98. Rochat P. Social origins of self-consciousness. Cambridge: Cambridge University, 2009.
99. Zahavi D. Self and other: exploring subjectivity, empathy, and shame. Oxford: Oxford University Press, 2014.
100. Karlsson G, Sjцberg LG. The experiences of guilt and shame: a phenomenological-psychological study. Human Studies 2009;32:335–55.
101. Limsuwan N, Lantomrattana A, Prachason T et al. The qualitative study of intentional self-harm in Thailand: focusing on predisposing child–rearing Environments and self-harm cessation. Front Psychol 2023;14:957477.
102. Schneidtinger C, Haslinger-Baumann E. The lived experience of adolescent users of mental health services in Vienna, Austria: a qualitative study of personal recovery. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2019;32:112–21.
103. Woodgate RL, Comaskey B, Tennent P et al. The wicked problem of stigma for youth living with anxiety. Qual Health Res 2020;30:1491–502.
104. Bratt A, Gralberg IM, Svensson I et al. Gaining the courage to see and accept oneself: group-based compassion-focussed therapy as experienced by adolescent girls. Clin Child Psychol Psychiatry 2020;25:909–21.
105. Armitage S, Parkinson M, Halligan S et al. Mothers' experiences of having an adolescent child with depression: an interpretative phenomenological analysis. J Child Fam Stud 2020;29:1617–29.
106. Abarzua M, Venegas F, Hidalgo X. Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia. Res Psychother Psychopathol Process Outcome 2016;19:189.
107. Brien-Bйrard M. Des Riviиres-Pigeon C. Coping strategies and the marital relationship among parents raising children with ASD. J Child Fam Stud 2023; 32: 908–25.
108. Stapley E, Midgley N, Target M. The experience of being the parent of an adolescent with a diagnosis of depression. J Child Fam Stud 2016;25,618–30.
109. O'Connor C, McNicholas F. Lived experiences of diagnostic shifts in child and adolescent mental health contexts: a qualitative interview

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

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

DOI:10.1002/wps.21189