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

**Silvana Galderisi[1], Paul S. Appelbaum[2], Neeraj Gill[3-5], Piers Gooding6, Helen Herrman[7,8], Antonio Melillo[1], Keris Myrick[9], Soumitra Pathare[10], Martha Savage[11], George Szmukler[12], John Torous[13]**

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

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

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

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

Психиатрия разделяет большинство этических проблем с другими отраслями медицины. Однако ей приходится встречаться и с уникальными этическими вызовами. Психиатры часто сталкиваются с обязанностями, выходящими за рамки медицинского обслуживания *stricto sensu* (в строгом смысле): например, от них могут требовать предсказывать рискованное поведение людей, которым они оказывают помощь, и каким-то образом защищать их и общество от такого поведения. Более того, существующая во всех медицинских специальностях разница в полномочиях между пациентами и врачами, как правило, более выражена в сфере психического здоровья, что в некоторых случаях способствовало возникновению различных форм злоупотреблений, вызвавших широкую этическую озабоченность[1-3].

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

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

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

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

В работе уделяется особое внимание правам человека. Мы не можем игнорировать, что эти права, которые неотъемлемо присущи каждому человеку, иногда нарушались – и продолжают игнорироваться в некоторых случаях – в отношении PWLE, а также оставлять без внимания растущие доказательства того, что качество лечения, исследований и обучения в психиатрии значительно зависит от соблюдения этих прав[6-9].

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

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

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

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

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

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

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

## ПРАВА ЧЕЛОВЕКА И ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЕ

Современная система прав человека основана на концепции уважения достоинства, присущего всем людям[14]. Она была сформулирована ООН во Всеобщей декларации прав человека (1948)[15], которая, вместе с Международным пактом о гражданских и политических правах 1966 года[16] и Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах[17], образует так называемый Международный билль о правах человека[14,18]. С тех пор тема прав человека значительно расширилась и теперь является основополагающей частью нашего правового, политического и морального фона.

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

Как психическое здоровье, так и права человека связаны с социальной справедливостью и социальной ответственностью[18], также они неразрывно связаны между собой по трем направлениям[20,21]: организация и практика психиатрический помощи могут либо защищать, либо нарушать права человека; и наоборот, нарушения прав человека негативно влияют на психическое здоровье; и, наконец, укрепление психического здоровья и прав человека взаимно усиливают друг друга.

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

Принципы ПЗ включали в себя укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств; всеобщий доступ к базовой психиатрической помощи; предоставление наименее ограничительного вида психиатрической помощи; самоопределение; и автоматические механизмы надзора. Однако эти принципы не имели юридически обязательного статуса с точки зрения международного права[24]. Более того, они подверглись критике по нескольким причинам, в том числе из-за того, что к их разработке не были привлечены организации, представляющие PWLE, и что они, как представляется, обеспечивают более слабую защиту по сравнению с другими ранее существовавшими документами по правам человека, особенно в вопросах согласия на лечение[25,26].

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

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

и организации, работающие в этой области, и, что особенно важно, организации PWLE и членов их семей[10]. Конвенция вступила в силу в 2008 году.

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

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

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

В таких обстоятельствах Комитет КПИ заявляет, что следует учитывать «наилучшее толкование воли и предпочтений человека». На практике этот принцип может быть очень близок к «законному представительству». Медицинские работники утверждают, что бывают случаи, когда законное представительство необходимо для защиты других ключевых прав, включая право на здоровье или право на жизнь[31-33]. Соответственно, Этический кодекс ВПА призывает уважать независимость и достоинство людей с психическими расстройствами, но признает, что недобровольное психиатрическое вмешательство может потребоваться в качестве крайней меры для защиты безопасности и восстановления независимости человека, когда менее ограничительные меры не дали результата[4].

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

Необходимо соблюдать вековые принципы милосердия и недопущения причинения вреда, однако система прав человека побуждает освободить психиатрию от патерналистского и институционального менталитета и сместить фокус в сторону уважения независимости и достоинства PWLE, одновременно выступая за предоставление необходимой поддержки[36].

Хотя можно утверждать, что принудительные вмешательства иногда могут быть необходимы для спасения жизни или восстановления независимости личности, широко распространенное чрезмерное использование этих вмешательств в психиатрии является лишь следствием и отражением неприятия риска в обществе. Поэтому любые попытки сдвинуть фокус в клинической практике в сторону большего уважения к независимости людей должны сопровождаться обсуждением на уровне общества вопросов продвижения прав человека, вопросов стигмы, тенденции СМИ к недостаточно взвешенным «сенсационным» заявлениям, терпимости к риску (т.е. приемлемого уровня риска) в политических кругах и обществе в целом.

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

Одним из часто упоминаемых препятствий для применения вышеуказанного подхода является отсутствие достаточных ресурсов, что вынуждает лечащих врачей прибегать к принудительным мерам. Однако принудительные меры чрезмерно применяются не только там, где ресурсы ограничены[37]. Для внедрения подхода, основанного на правах человека, психиатры и другие специалисты в области психического здоровья должны отстаивать и лоббировать получение необходимых ресурсов. Продолжение использования принуждения в условиях нехватки ресурсов порождает порочный круг и позволяет системе продолжать недостаточно финансировать помощь[38].

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

У нас есть знания и средства для решения проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья, включая психическое здоровье[43,44]. Обеспечение равного доступа к доступному жилью, образованию и рабочим местам, а также социальное участие и вовлечение в жизнь общества является основной обязанностью правительств. Необходима политическая работа, чтобы знания воплотились в действия, а психическое здоровье оказалось в центре внимания политиков во всех сферах правительства, включая сферу здравоохранения. Психиатрия должна принять систему прав человека и встать во главе движения за укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств[45], а также за принятие и применение парадигмы восстановления в сфере охраны психического здоровья[46].

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

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

Обучение психиатрии должно опираться на систему прав человека и включать в себя развитие навыков лидерства на макроуровне, совместной работы с PWLE и их семейными/неформальными сторонниками, публичной защиты, а также и позитивного использования СМИ[48]. Психиатрические исследования должны быть сосредоточены не только на нейронауке и биомедицине, но и на социальных и общественных аспектах психического здоровья[39].

## ЗАКОН О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ БЕЗ ДИСКРИМИНАЦИИ

Как уже говорилось ранее, акцент на правах человека требует смещения фокуса этики в психиатрии от патернализма к большему акценту на уважении независимости и достоинства всех людей. Это вызывает озабоченность в отношении принципов, регулирующих обычные формы законодательства в области психического здоровья и недобровольного лечения[49-52]. Принципы, обычно регулирующие недобровольное лечение в законодательстве о психическом здоровье, остаются неизменными в своей основе уже около двух столетий. Они отражают глубоко укоренившиеся предвзятые стереотипы в отношении людей с психическими заболеваниями, а именно, что они по своей сути неспособны выносить здравые суждения и опасны для окружающих.

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

Если же от лечения отказывается человек с «психическим расстройством», законодательство о психическом здоровье не требует уделять особое внимание его способности принимать решения, как это обычно делается в отношении людей с «соматическими» заболеваниями – например, способности понимать важную информацию о болезни и причинах предлагаемого лечения; оценивать значимость этой информации для своего положения; использовать эту информацию или выносить на ее основе суждения в свете своих ценностей или личных жизненных целей[53]. Не возникает также вопроса о том, каким образом предполагается, что предлагаемое лечение отвечает «наилучшим интересам» человека. По сути, это точка зрения врача, а не пациента. Таким образом, несправедливая дискриминация по отношению к людям с «психическим расстройством» очевидна.

Существует и вторая форма возможной дискриминации: ответственность за превентивную изоляцию. Люди с психическими расстройствами могут быть изолированы, поскольку они, как считается, представляют опасность причинения вреда окружающим, не совершив при этом преступления (или не попав под серьезное подозрение в его совершении), как все остальные. Подавляющее большинство людей, представляющих опасность для окружающих, не страдают психическими расстройствами. Люди с психическими расстройствами совершают лишь очень малую долю тяжелых насильственных преступлений[54,55]. Тем не менее законы о недобровольной госпитализации часто допускают изоляцию лиц с психическими расстройствами лишь на основании риска. Можно сказать, что не все равны перед законом. Если превентивная изоляция разрешена для лиц с психическими расстройствами только на основании риска, представляемого для других, то такие же критерии должны применяться ко всем.

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

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

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

Здесь также возможна согласованность с КПИ[10]. Как уже отмечалось ранее, Комитет КПИ настаивает на том, что недобровольное лечение людей с психическими (или «психосоциальными») расстройствами запрещено[29]. Комитет утверждает, что Статья 12 Конвенции подразумевает, что все люди, независимо от их способности принимать решения, должны обладать «дееспособностью» на «равной основе с другими»[29]. Дееспособность подразумевает право на признание перед законом, а также право на юридическое признание своих решений. Проводится различие между правовым понятием «дееспособности» и «психической дееспособностью» (в целом, способностью человека к принятию любых решений), и утверждается, что последняя не может служить оправданием для лишения первой.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ЭТИКА В ГЛОБАЛЬНОЙ ЦИФРОВОЙ ПСИХИАТРИИ

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

К числу очевидных потенциальных преимуществ цифровых разработок в психиатрии относятся веб-формы поддержки и другие формы поддержки на основе информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), помогающие преодолеть географические барьеры[66-68] и способствующие конфиденциальному и анонимному поиску помощи. Это может открыть возможности для вовлечения труднодоступных групп населения. Люди с низким и средним уровнем ресурсов могут извлечь особую пользу из доступной поддержки с помощью цифровых технологий[69]. Цифровые технологии также могут улучшить доступность качественной информации, чтобы повысить осведомленность о соответствующих формах поддержки, способствовать раннему выявлению и лечению, а также помочь в мониторинге и координации предоставления услуг.

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

Алгоритмы искусственного интеллекта (ИИ), например, могут быть подвержены «предвзятости», возникающей из-за данных, на которых они обучаются, что усугубляет существующее неравенство, поскольку ИИ учится у человека и общества. Мы должны понимать, как ИИ принимает решения в различных критических ситуациях[70]. Неявные и явные предубеждения, которые могут улавливаться алгоритмами ИИ, хорошо задокументированы[71]. В США, где, как представляется, автоматизированное принятие решений применяется наиболее широко, есть даже свидетельства того, что ИИ ответствен за сокращение доступа афроамериканских PWLE к адекватной психиатрической помощи[72].

Неприкосновенность и конфиденциальность частной жизни могут быть нарушены в условиях прибыльного рынка данных о здоровье людей, включая личные данные о состоянии психического здоровья[73]. Например, в марте 2023 года Федеральная торговая комиссия США подала жалобу на компанию онлайн-терапии BetterHelp[74], которая была оштрафована на 7,8 млн долларов США за то, что якобы передавала данные своих пользователей Facebook (признан

экстремистской организацией и запрещен на территории РФ), TikTok и другим технологическим компаниям. Эти данные использовались для целевой рекламы, несмотря на то что компания обещала сохранять конфиденциальность личных данных. В других случаях, например, при взломе сервисов, предоставляющих медицинскую помощь через интернет, также остро встают вопросы безопасности и защиты[75-77].

Чат-боты с ИИ также вызывают опасения в отношении безопасности, в том числе в случаях, когда они, по сообщениям, предлагают вредные советы людям, обращающимся за помощью в области психического здоровья[78-80]. Эти чатботы могут также подорвать конфиденциальность пользователей услуг, когда они используются в онлайн-службах охраны психического здоровья без информированного согласия или традиционного одобрения исследований[80].

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

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

Некоторые из этих практик применяются в различных сферах: не только в здравоохранении, но и в образовании (средства поддержки и мониторинга студентов), уголовном праве (оценка рисков и дистанционный мониторинг), на рабочих местах (программы помощи при трудоустройстве), а также при продаже товаров, предназначенных непосредственно для потребителя, например, 10 000 с лишним приложений для психического здоровья, представленных на рынке[88]. В этом последнем аспекте заметен масштаб частных инвестиций: в 2021 году, согласно одному из отчетов о состоянии рынка, цифровые стартапы, специализирующиеся на психическом здоровье, получили более пяти миллиардов долларов венчурного капитала – более чем в два раза больше, чем на любую другую медицинскую тему[89], а в 2023 году инвестиции еще больше увеличились[90].

Зачастую неясно, подвергались ли такие инициативы научной или этической проверке и в какой степени. Недавние отчеты свидетельствуют о том, что цифровым устройствам для поддержания здоровья, даже получившим разрешение Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and Drug Administration (FDA)), не хватает доказательности эффективности. Из всех одобренных устройств только два были оценены хотя бы в одном слепом рандомизированном исследовании, в котором использовались и другие строгие стандарты доказательности[91]. Другое исследование, посвященное стартапам в области цифрового здравоохранения, не выявило корреляции между клинической надежностью и количеством обращений за помощью, общим объемом финансирования или возрастом компании[92].

Есть также свидетельства того, что этическая экспертиза редко составляет существенную часть прикладных исследований в этой области[93]. Регулирующие органы также стремятся к ясности, пытаясь перейти от реактивного к проактивному подходу, однако остаются вопросы о том, что представляет собой идеальная схема регулирования, и сохраняются пробелы в этических и нормативных системах[94].

Этические схемы продолжают сохранять свою ценность в описанной выше развивающейся цифровой среде психического здоровья. Признание частого противоречия между клинической практикой и мобильной индустрией, ориентированной на потребителя, породило множество этических гарантий, направленных на управление риском для терапевтических отношений, информированное согласие, конфиденциальность и взаимное согласование целей и ожиданий лечения[88]. Были предприняты усилия по выявлению этических принципов, тем и вопросов, которые затрагивают различные виды практики[87,95-98]. К широким темам и вопросам относятся безопасность и защищенность; независимость; партнерство и активное участие PWLE, на которых влияют новые технологии; конфиденциальность; подотчетность; прозрачность; равенство, недопущение дискриминации и справедливость; профессиональная ответственность, научная добросовестность и практика, основанная на доказательствах.

Эти общие концепции могут быть полезны для широкого обсуждения, но конкретные технологические практики в конкретных условиях, как правило, требуют более пристального рассмотрения. Это происходит, например, с развитием цифрового фенотипирования[99-102], электронных медицинских карт[103,104] и приложений для смартфонов[105]. С развитием научных данных развиваются и этические проблемы. Например, очевидно, что цифровые исследования психического здоровья должны включать цифровые же контрольные группы[106], однако этические вопросы, связанные с ослеплением и условиями контроля, остаются практически неизученными.

Если взять в качестве примера приложения для лечения психических расстройств, то, несмотря на миллиарды долларов государственных и частных инвестиций, они не смогли «преобразовать медицинскую помощь», как многие надеялись[107]. Эту неудачу уже нельзя объяснить «цифровым разрывом» в доступе к технологиям, хотя равноправный доступ к ИКТ для PWLE остается проблемой[108,109].

Первая проблема – это цифровое самоопределение, которое остается «недостаточно развитым в группах населения с наибольшими потребностями в области психического здоровья»[107]. Отчасти это связано с неравенством в цифровой грамотности, которое коренится в более глубоком неравенстве в образовательных навыках. Например, обследование жителей Великобритании с серьезными психическими заболеваниями показало, что, хотя только 12% из них не имели смартфона, почти 42% не обладали фундаментальными навыками цифровой грамотности, необходимыми для использования устройства для продвижения своего выздоровления[110].

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

ной личной медицинской информацией в целях улучшения медицинского обслуживания[112]. Опасения по поводу недостаточной эффективности и конфиденциальности не единичны, они были названы препятствиями для внедрения в странах с низким и средним уровнем дохода[113].

Третья проблема связана с социальными связями. Низкая вовлеченность быстро стала одной из основных причин отказа от использования цифровых технологий в сфере психического здоровья и их неэффективности[114]. Хотя усилия по улучшению дизайна, геймификации и стимулированию могут быть продуктивными, одна лишь технология вряд ли решит фундаментальную проблему. Поскольку изоляция и одиночество представляют собой угрозу общественному здоровью, цифровые инструменты охраны психического здоровья будут работать лучше всего, «когда они помогают людям формировать прочные социальные связи, а не мотивируют их продолжать сосредотачиваться на себе»[107]. Это означает, что цифровые инструменты должны быть интегрированы в более комплексные программы ухода и лечения. Однако сегодня только 25% приложений имеют такую возможность[107]. Более того, добавление дополнительного человеческого участия требует дополнительных затрат и снижает масштабируемость цифровых инструментов здравоохранения. Это также создает новые направления контроля качества, учитывая вариативность, присущую нелицензированной клинической поддержке в виде новых приложений-«тренеров», или цифровых «навигаторов», которые, вероятно, станут движущей силой следующего поколения этих инструментов[115].

Усилия по поддержке цифрового самоопределения, эффективности и конфиденциальности, а также социальных связей могут быть реализованы уже сегодня[116]. Повышение цифровой грамотности вполне осуществимо, о чем свидетельствуют такие программы, как «Цифровые возможности получения ресурсов и навыков» (Digital Opportunities for Obtaining Resources and Skills, DOORS), которая предлагает обучение, ресурсы и навыки, чтобы участники могли комфортно и с удовольствием пользоваться приложениями. Также были предложены методы отбора и проверки приложений. В качестве примера можно привести базу данных M-Health Index and Navigation Database (MIND), в которой используется система оценки Американской психиатрической ассоциации, позволяющая врачам делать более обоснованный выбор между приложениями в конкретном случае[116].

Социальная связь и вовлеченность могут подпитываться коллегами – сторонниками метода, которые могут участвовать в разработке учебной программы по цифровой медицинской грамотности, но также должны играть решающую роль в руководстве и участии в ответственном управлении посредством регулирования и надзора[117]. Последняя роль может быть особенно важна для обеспечения возможностей для анализа целей, результатов и потенциальных компромиссов при внедрении цифровых подходов к психиатрическим услугам.

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

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

## ЭТИКА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПСИХИАТРИИ

Профилактика стала социальным и этическим императивом в психиатрии[4,66,120], особенно потому, что дебют большинства психических расстройств происходит в молодом возрасте, а доступ к соответствующей помощи значительно отсрочен. Эти два фактора способствуют плохому клиническому и функциональному исходу[121,122]. Неудивительно, что психические расстройства являются 7-й причиной «лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности» (disability-adjusted life years (DALYs)), – на них приходится 4,9% глобальных DALYs – и 2-й ведущей причиной лет, прожитых с инвалидностью (years lived with disability (YLDs)), – на них приходится 14,6% глобальных YLDs[123]. Эти цифры могут быть даже занижены[124].

В последние десятилетия все больше средств вкладывается в подходы с ранним вмешательством. Основное внимание уделяется выявлению лиц, находящихся на ранних стадиях или подверженных риску развития психического расстройства, а также стратегиям, способствующим раннему доступу к медицинской помощи, раннему мониторингу клинического течения и осуществлению раннего вмешательства. Цель состоит в том, чтобы отсрочить или предотвратить возникновение расстройства или улучшить его лонгитюдную траекторию[125-127], как это принято в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, рака и некоторых других физических состояний.

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

Однако последние данные показали, что состояние риска имеет низкую положительную прогностическую ценность, поскольку у большинства людей, отнесенных к группе риска по психическому расстройству, оно никогда не развивается[130,131]. Более того, ни одно испытанное вмешательство не доказало своей эффективности в предотвращении перехода к психическому расстройству[132,133]. Ограничения исследовательских парадигм, методов скрининга и набора[126,134], а также опасения по поводу экономической эффективности[135-138] и прогностической валидности[139] вызвали дискуссию о пользе существующих моделей раннего вмешательства[140] и поставили под сомнение возможность осуществления показанной профилактики в соответствии с этическими принципами благодеяния и недопущения причинения вреда и стремлением к независимости людей.

PWLE страдают от стигмы (в том числе от самостигматизации) и дискриминации. В частности, в связи с включением синдрома ослабленного психоза в число «состояний, требующих дальнейшего изучения» в DSM-5[141-145], некоторые ученые и правозащитные ассоциации отметили, что ярлыки риска/уязвимости могут нести в себе аналогичные риски. На самом деле без надлежащего просвещения общественности состояния риска/уязвимости могут быть спутаны с полноценными психическими расстройствами[143,146].

Во многих исследованиях сообщалось, что навешивание ярлыков группы риска может вызвать стигматизацию и самостигматизацию[147], и содержался призыв к разработке мероприятий по борьбе со стигмой[148]. Связанные со стигмой стресс и страх перед развитием серьезного психического заболевания могут привести к снижению качества жизни, безнадежности, тревоге и депрессии, а также увеличить вероятность развития психоза и суицидальности[149]. Кроме того, ученые подчеркивают, что стигма, в том числе самостигма, может быть особенно вредной в подростковом и раннем взрослом возрасте, поскольку она может препят-

ствовать нормальному развитию личности и достижению образовательных/профессиональных способностей и социальных ориентиров[143].

Однако до того, как на человека будет официально навешен ярлык «группы риска», он может уже страдать от стигмы и дискриминации из-за своего поведения и симптомов, а также усваивать стереотипы и чувство стыда, что может привести к социальной изоляции[150,151]. В этом случае определение состояния «группы риска» может дать приемлемое объяснение дистрессовым переживаниям, избегая использования негативных и неправдивых стереотипов[152]. Более того, есть данные о том, что обсуждение с врачом приносит пользу, поскольку может обеспечить понимание и признание, а также помочь справиться с ситуацией и вселить надежду[153].

Нежелательные последствия ярлыков риска/уязвимости, в дополнение к неопределенности их прогностической ценности и отсутствию вариантов лечения, заставляют усомниться в возможности информирования пациентов о риске и в том, как это лучше сделать[154]. С этической точки зрения, информация о наличии состояния риска может оказать негативное психологическое воздействие, что противоречит принципу безвредности. Однако решение не раскрывать информацию о наличии состояния риска нарушило бы принцип уважения независимости, который гласит, что люди имеют право делать самостоятельный выбор и что обязанность психиатров – информировать их о возможных последствиях их выбора. Информированность о своей уязвимости может помочь в принятии решений относительно своей жизни и, в частности, клинически значимого образа жизни, такого как употребление психоактивных веществ[154-156].

Опросы, посвященные изучению отношения к получению информации о состояниях, подверженных риску, выявили разнообразие точек зрения и подчеркнули сложность этого вопроса[157-160]. Отношение к раскрытию информации о рисках может варьироваться в зависимости от индивидуальных факторов – например, диагноза, степени его определенности[158] или текущего психологического состояния[159] – но также может зависеть от культуральных факторов[160]. «Право не знать» часто обсуждается как важный аспект индивидуальной независимости, особенно в связи с генетической диагностикой[161,162], в то время как для тех, кто хочет знать, трудно определить качество и количество предоставляемой информации[161,163].

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

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

В свете вышеуказанных этических проблем современные международные рекомендации и эмпирические данные не рекомендуют использовать инструменты скрининга риска в общей популяции и подчеркивают необходимость ограничивать оценку и направление к специалистам, ищущим помощи[125,127]. Несколько исследований подтверждают, что люди, страдающие CHR-P, страдают и обращаются за помощью по поводу различных тревожных состояний, включая тревогу, депрессию, злоупотребление психоактивными веществами, когнитивные нарушения, социальную изоляцию и нарушение социального и профессионального функционирования[169-171]. Кроме того, хотя лишь у меньшинства испытуемых развивается полноценный психоз, у большинства из них, не прошедших переходный период, наблюдаются плохие клинические и функциональные результаты в долгосрочной перспективе[172,173]. Исходя из этого, хотя использование фармакологических вмешательств в профилактических целях не рекомендуется, психосоциальные вмешательства, основанные на потребностях и низком риске (психообразование, программы снижения злоупотребления психоактивными веществами, когнитивный тренинг, социальное/профессиональное функционирование), могут быть клинически и этически оправданны, поскольку большинство целевых индивидуумов могут получить от них пользу[167,174].

Подходы к раннему выявлению и вмешательству также могут вызывать озабоченность в связи с принципом социальной справедливости[4,175]. Так, ресурсы, вложенные в профилактические услуги, могут не дойти до сегментов населения с высокой распространенностью факторов риска, но низким доступом к услугам в области психического здоровья, в частности к немногочисленным службам, специализирующимся на раннем вмешательстве[121,135,176,177]. Действительно, раннее обращение за помощью связано с потенциально благоприятными социальными детерминантами, такими как высшее образование и более сильная социальная поддержка[178-181], в то время как мигранты и лица, принадлежащие к этническим меньшинствам, чаще обращаются в службы психического здоровья только тогда, когда тяжесть их состояния требует более интенсивной и срочной помощи[182,183].

Существуют доказательства того, что меньшинства недостаточно представлены в уязвимых с точки зрения риска выборках по сравнению с клиническими выборками[184-187], хотя это ставится под сомнение сторонниками модели, которые, в свою очередь, утверждают, что этнические меньшинства все равно чрезмерно представлены по сравнению с населением в целом[153].

В ряде стран, включая Австралию[188-190], Ирландию[191,192], Канаду[193,194] и США[195], были разработаны и внедрены другие подходы к раннему вмешательству в психическое здоровье молодежи в возрасте 12-25 лет (или иногда 15-30 лет). Эти программы представляют собой прогресс в области вовлечения сообщества и снижения стигмы, а также расширения прав и возможностей молодежи и семей и совместной разработки услуг[196,197]. Они направлены на обеспечение «мягкого входа» (часто через возможность посещения или самостоятельного обращения) в программы целостной оценки и ухода, включая краткие психосоциальные вмешательства и «поддерживаемый переход» к вторичным формам ухода при работе с людьми с более тяжелыми состояниями[190,198]. Они также предоставляют цифровые платформы по охране психического здоровья, а также проводят информационно-профилактические кампании в сообществе[199]. Многие из них предлагают комплексное обслуживание по принципу «одного окна», включая общее медицинское обслуживание и помощь в получении профессии, образования, жилья и злоупотреблении психоактивными веществами[197]. Для них характерен подход, учитывающий потребности и сильные стороны человека[198].

Программа Headspace, разработанная в Австралии, на сегодняшний день является самой обширной из этих программ. Она используется молодежью и семьями по всей стране[200] и получила как положительные, так и отрицательные отзывы в отношении эффективности[201-205], рентабельности[202,206] и пригодности для людей с различными культурными традициями[207]. В настоящее время проводятся оценки программ в других странах[208-210]. Остаются важные вопросы о том, как наилучшим образом облегчить координацию и сотрудничество с другими учреждениями, включая школьные системы и уже существующие службы охраны психического здоровья[192,211,212]. Необходимо изучить возможность адаптации этих моделей к условиям с более низкими ресурсами.

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

этические проблемы. Однако некоторые из них – в том числе стигма, дискриминация, угроза независимости человека и отсутствие социальной справедливости – трудно устранить, а будущие научные разработки могут даже принести дополнительные проблемы. Например, внедрение скрининга на основе биомаркеров может повысить риск стигмы и дискриминации[213], а генетическое тестирование может потребовать соответствующего консультирования, чтобы свести к минимуму риск неправильного понимания результатов[214].

Сложные этические проблемы, рассмотренные выше, не предназначены для того, чтобы разжечь пессимистическое отношение к раннему выявлению психических расстройств. Напротив, они призваны способствовать разработке и распространению более этически обоснованных моделей профилактики, подобных тем, которые были разработаны для молодежи в последние два десятилетия, совместно с PWLE и характеризуются целостным и дружественным к молодежи подходом к укреплению надежды и жизнестойкости[190]. Эти программы необходимо адаптировать к различным культурным и социально-экономическим условиям, а также найти или перенаправить финансовые и человеческие ресурсы, прежде чем их можно будет распространить на все страны.

## ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ О ПРЕКРАЩЕНИИ ЖИЗНИ ЛЮДЬМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

С развитием технологий, способных продлить жизнь людям с тяжелыми нарушениями, такими как стойкое вегетативное состояние, растет давление на механизмы, которые позволили бы людям отказываться от поддерживающих жизнь вмешательств в ситуациях, когда они считают, что их жизнь потеряла смысл. В этих дискуссиях обычно апеллируют к ценности личной независимости, то есть к праву человека определять, что происходит с его телом[215]. Поскольку ценность независимости стала доминирующей, противоположные соображения – такие как интересы членов семьи в поддержании жизни своих близких, государства в сохранении жизни своих граждан и медицинской профессии в определении своей роли в принятии решений о прекращении жизни – были отодвинуты на второй план.

В связи с изменением отношения к контролю над тем, как закончится жизнь человека, законодательство стало предоставлять людям больше возможностей для выбора. Широко признано право людей отказываться от поддерживающего жизнь лечения[216], а также их право в некоторых странах заранее определять, какие вмешательства будут применяться (например, сердечно-легочная реанимация, вентиляция легких) и при каких условиях[217]. Эти предварительные директивы могут также использоваться для назначения доверенного лица, принимающего решения, которое может взять на себя ответственность за выбор медицинского обслуживания, если человек станет неспособным сделать выбор самостоятельно. PWLE, если они считаются компетентными в принятии решений о своем лечении, могут формулировать предварительные директивы так же, как и любой другой человек.

Если сделать еще один шаг в сторону обоснования независимости личности в принятии решений относительно своего тела, то все большее число юрисдикций по всему миру приняли законы или просто внедрили практику, позволяющую врачам оказывать помощь в приближении смерти человека[218]. Первоначально пациенты с не поддающимися лечению заболеваниями, которые могли привести к смерти в обозримом будущем (например, в течение шести месяцев), имели право получать от врачей рецепты на смертельные дозы лекарств. Из-за опасений, что некоторые пациенты (например, больные боковым амиотрофическим склерозом) не смогут самостоятельно принять лекарство, в некоторых юрисдикциях эта практика была расширена и стала включать в себя введение лекарств врачом, обычно внутривенно, что обозначается термином «эвтаназия»[219].

Однако люди с расстройствами, которые, скорее всего, не приведут к летальному исходу, но связаны с сильным непоправимым дистрессом, вскоре заявили, что ограничение смерти с помощью врача только терминальными случаями является иррациональным и дискриминационным[220]. В результате несколько стран расширили свои законы, разрешив назначение и/или введение смертельных доз лекарств и в этих случаях[221]. Вскоре стало очевидно, что после утверждения принципа, согласно которому человек имеет право на помощь в прекращении жизни в связи с невыносимыми страданиями, будет сложно ограничить эту практику случаями, связанными с физическими заболеваниями. Таким образом, с аналогичными аргументами о дискриминационном применении закона, несколько юрисдикций распространили процедуру смерти с помощью врача на лиц, чьи страдания являются результатом якобы не поддающихся лечению психических расстройств[222]. И хотя преобладающие законы по-прежнему требуют наличия определенного диагноза, который, как утверждается, связан с непереносимым и трудноизлечимым дистрессом, сообщения СМИ указывают на то, что социальная изоляция, финансовые проблемы и межличностные трудности становятся побудительными причинами смерти с помощью врача в неопределенном количестве случаев[223].

Против распространения практики ассистированной врачом смерти на первичные психиатрические показания было высказано немало возражений. Среди высказанных опасений – то, что желание смерти часто является проявлением психического расстройства, особенно, но не только депрессии[224]. Таким образом, психиатры, потворствующие желанию PWLE покончить с жизнью, вопреки давней приверженности профессии предотвращать самоубийства, способствуют наихудшему исходу психического заболевания.

Кроме того, несмотря на то что доступ к врачебной помощи, согласно соответствующему национальному законодательству, зависит от того, является ли расстройство «невыносимым и не поддающимся лечению», оценка этих критериев в психиатрии крайне нестабильна. О том, насколько невыносимо то или иное состояние, можно судить только по самоотчету человека, что делает его полностью субъективным и потенциально производным от самого состояния[225]. Поскольку законодательство обычно предусматривает, что при определении возможности лечения могут использоваться только те методы лечения, которые пациенты готовы принять, этот вопрос также находится в руках пациента, и здесь может сыграть роль известная связь ощущения безнадежности/беспомощности с депрессией[226]. Оценка компетентности в принятии решений в таких случаях может быть чрезвычайно сложной, и некоторые данные позволяют предположить, что в любом случае она проводится не очень тщательно. Наконец, существует опасение, что предложение о врачебной помощи при смерти будет использоваться в качестве замены предоставления адекватной психиатрической и психосоциальной поддержки[227], как уже сообщалось в Канаде[228].

Все подходы к укреплению независимости личности в принятии решений о прекращении жизни основаны на том, что лица, делающие выбор, должны быть юридически компетентны. Хотя термины, используемые для определения юридической компетентности, различаются в разных юрисдикциях, в целом они относятся к четырем основным понятиям[229]. Компетентность заключается в способности человека понимать соответствующую информацию, оценивать ее последствия для своей ситуации, рассуждать о выборе и выражать свои желания в отношении решения.

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

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

Хотя психиатры часто проходят обучение по проведению оценки способности принимать решения, большинство врачей практически не знакомы с этими понятиями и их применением. Даже очень важные решения о прекращении поддерживающего жизнь лечения или просьбе о смерти с помощью врача могут приниматься без тщательной оценки способности пациента к принятию решений. Данные из Нидерландов свидетельствуют о том, что даже в тех случаях, когда помощь врача или эвтаназия запрашиваются по психиатрическим показаниям, оценку могут проводить непсихиатрические врачи, а глобальные суждения о компетентности без детального изучения элементов способности к принятию решений могут быть нормой[230].

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

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

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

Психиатрические ассоциации, однако, заняли несколько иную позицию. Американская психиатрическая ассоциация отвергла эту практику, заявив, что «психиатр не должен назначать или проводить какие-либо вмешательства в организм не смертельно больного человека с целью вызвать смерть»[232]. Возможно, из-за различий во мнениях между юрисдикциями, где смерть с помощью врача была легализована для лечения психических расстройств, и теми, где это не было сделано, этический кодекс ВПА содержит более ограниченный запрет: «Психиатры избегают одобрять просьбы пациентов о прекращении поддерживающего жизнь лечения или смерти с помощью врача, если они признают, что в основе этих просьб лежит психопатология»[4].

Как этика отдельного врача проявляется в вопросах, связанных с принятием решений о прекращении жизни? В общемедицинских учреждениях роль психиатров будет ограничена оценкой компетентности пациентов в принятии решений об отказе от поддерживающего жизнь лечения, когда это вызывает сомнения. Учитывая общее признание принципа независимости пациента в отношении такого выбора, немногие психиатры, вероятно, будут испытывать сомнения в проведении таких экспертиз, а тем, кто их проводит, не составит труда найти коллегу, готового выполнить их вместо них. Однако в случаях, когда пациенты просят о смерти с помощью врача, ситуация может быть иной, поскольку многие врачи по-прежнему считают, что такая практика противоречит их роли в поддержании жизни. В Онтарио разгорелись споры, когда Коллегия врачей заявила, что врачи, отказывающиеся участвовать в подобных случаях, обязаны направлять людей к врачу, который готов реализовать их предпочтения. Даже такая степень содействия процессу была неприемлема для некоторых врачей, которые рассматривали это требование как вовлечение их в практику, которую они считали неэтичной[233].

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

## КОНФЛИКТЫ ИНТЕРЕСОВ В СФЕРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ИССЛЕДОВАНИЙ И ОБУЧЕНИЯ

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

КИ могут привести к проступкам и незаконному или непрофессиональному поведению, но гораздо чаще они могут влиять на суждения едва заметными способами, и большинство клиницистов и исследователей могут даже не подозревать о существующей предвзятости при принятии решений[238]. КИ могут угрожать качеству клинической помощи, а также целостности исследований и образования и могут поставить под угрозу доверие общества к науке и медицине, включая психиатрию[236,239]. Вопрос общественного доверия может быть особенно актуален для психиатрии, которой чаще, чем другим медицинским специальностям, приходится сталкиваться с плохим общественным имиджем как профессии, так и научной дисциплины[240-245].

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

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

Взаимодействие между промышленностью и профессионалами вызывает озабоченность, поскольку потенциально может влиять на принятие врачами клинических решений. В нескольких исследованиях рассматривалась связь между финансовыми взаимодействиями и схемами назначения лекарств[248], а в систематических обзорах[249,250] сообщалось о корреляции между этими двумя факторами, а также о временной и дозозависимой связи. Исследование, проведенное в США, показало, что вероятность назначения нового препарата врачами от 39% до 83% ниже, если они практикуют в штатах, где действуют правила, запрещающие использование фармацевтических представителей для продвижения продукции, по сравнению с коллегами, практикующими в нерегулируемых штатах[251].

В свете этих опасений предпринимались попытки регулировать взаимодействие врачей с представителями фармацевтических компаний. Они включают в себя конкретные ограничения на взаимодействие или раскрытие информации об этом взаимодействии (самостоятельно или в обязательном порядке), особенно если врач получает выгоду. Однако соответствующая политика и законодательство в разных странах отличаются значительной неоднородностью[252-255].

Как ВПА, так и Европейская психиатрическая ассоциация (European Psychiatric Association (EPA)) разработали ряд рекомендаций для психиатров по взаимоотношениям с промышленностью и в ситуациях, представляющих потенциальный КИ[256,257]. ВПА предупреждает психиатров об осторожности и критическом подходе к информации, предоставляемой представителями отрасли, и предлагает психиатрам и организациям здравоохранения ограничить встречи и взаимодействие с представителями фармацевтических компаний, а также запретить им доступ в помещения для обслуживания пациентов. И ВПА, и EPA в настоящее время не рекомендуют психиатрам принимать угощения и подарки, а ВПА дополнительно рекомендует принимать образцы лекарств только для того, чтобы предоставить их людям, которые иначе не могут позволить себе лекарства. Кроме того, обе ассоциации не рекомендуют психиатрам демонстрировать предметы с логотипами компаний в присутствии пользователей услуг, поскольку это может повлиять на восприятие пользователями отношений между промышленностью и их врачами[258].

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

Благодаря значительному расширению доступа общественности к данным о финансовых связях фармацевтической и биомедицинской промышленности с системами здравоохранения, политика раскрытия информации позволила систематически отслеживать и лучше понимать это сложное явление. В частности, последние данные проливают свет на существование сложной сети, в которую входят не только лица, выписывающие рецепты, и представители отрасли, но и множество других сторон, таких как регулирующие органы, цепочки поставок, группы защиты интересов пациентов и фонды. Например, группы защиты интересов пациентов все чаще сообщают о финансировании со стороны фармацевтических компаний[265-267] и могут участвовать в работе консультативных комитетов по лекарственным средствам, обзорах лекарств и решениях о государственном возмещении расходов[268], тем самым косвенно влияя на схемы назначения лекарств. Таким образом, фокус на индивидуальных отношениях, таких как прямые связи между медицинскими работниками и представителями промышленности, может привести к упущению из виду роли многочисленных косвенных путей, которые могут влиять на принятие клинических решений. Эти пути, которые могут иметь кумулятивный эффект, гораздо менее задокументированы и могут не быть обнаруженными лицами, ответственными за разработку политики[269].

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

В психиатрической практике актуальны и нефинансовые КИ, и на принятие клинических решений может влиять интеллектуальная приверженность какой-либо научной школе или политическим идеям[12], а также защитные практики[274]. В последнем случае преследование главного интереса – благополучия и независимости PWLE – может быть ослаблено личной заинтересованностью врача в предотвращении предполагаемого или реального риска судебного разбирательства или юридической ответственности. Например, врач может выбрать слишком осторожные вмешательства – такие как избыточная медикаментозная терапия, госпитализация, отсроченная выписка из больницы и даже принудительные меры, такие как недобровольная госпитализация, – вместо менее инвазивных. Хотя психиатрия подвержена низкому риску исков о халатности по сравнению с другими специальностями[275], по данным опросов, проведенных в разных странах, большинство опрошенных психиатров признали, что прибегали к защитным методам, которые, по их мнению, снижали качество оказываемой помощи[274,276,277].

Совместные предприятия также могут иметь отношение к исследовательской деятельности, в которой фармацевтическая промышленность и производство медицинского оборудования часто являются важными партнерами[236]. Финансовые взаимодействия могут создавать вторичные интересы, мешающие достижению основной цели, т.е. содействию научному прогрессу путем проведения тщательных исследований[257]. Несколько исследований показывают, что финансирование со стороны промышленности может привести к предвзятости в клинических испытаниях, систематических обзорах и клинических рекомендациях[278-281].

КИ в исследовательской деятельности в настоящее время регулируется набором норм, политик и руководств для исследователей, участвующих в научных исследованиях, клинических испытаниях, процессах рецензирования и публикации, а также разработке рекомендаций[282-285]. Однако финансовый КИ влияет не только на отдельных исследователей, но и на академические институты и институциональных лидеров[286-289], и текущая политика, как правило, регулирует даже небольшие выгоды для отдельных исследователей (например, бесплатное питание), в то время как зачастую не рассматривает должным образом последствия большого объема финансирования для институтов[289,290]. Кроме того, несмотря на то что действующая политика определяет различные масштабы и типы КИ, отсутствие общей стандартизированной таксономии КИ и недостаток исследований, проверяющих влияние различных КИ на ис-

следовательскую и публикационную активность, уменьшают эффективность ограничений[290].

Нефинансовые КИ признаются реже, хотя они могут влиять на исследования не меньше, а то и больше, чем финансовые. Действительно, было заявлено, что «перспектива славы может быть даже более соблазнительной, чем богатство»[291]. Согласно этой точке зрения, нефинансовые КИ должны раскрываться или даже регулироваться с использованием тех же политических рамок, что и для финансовых КИ[292]. В психотерапии, например, приверженность определенному подходу, обусловленная личным обучением или участием в предыдущих исследованиях, может существенно влиять на сообщаемые результаты[293-296]. Систематический обзор 30 метаанализов показал, что приверженность исследователей к тестируемой психотерапии завышала заявленные размеры эффекта почти на 30%[297].

Озабоченность по поводу раскрытия нефинансовой КИ включает нарушение конфиденциальности (например, в случае политических или религиозных убеждений) и неактуальность, поскольку она дублирует общедоступную информацию, такую как интеллектуальные позиции, образование, обучение, институциональные и академические связи[298]. Утверждается, что эти КИ могут быть лучше решены с помощью других подходов, таких как обеспечение баланса противоположных точек зрения[299,300] и разнообразия профессионального опыта участвующих исследователей[301].

Психиатры часто выступают в роли преподавателей, наставников и ораторов, а также участвуют в обучении студентов и ординаторов. Как таковые, они обязаны делиться современными, основанными на фактических данных и этически обоснованными знаниями[4]. При выполнении этих функций КИ могут возникать, когда финансовые или нефинансовые вторичные интересы влияют на содержание, качество и объективность преподавания и обучения. Например, поскольку фармацевтические компании стремятся продвигать свои бренды, а также новые варианты терапии, они заинтересованы в спонсировании образовательных инициатив, материалов и мероприятий. Люди, проводящие обучающие занятия, могут получать гонорары за рекламные выступления, что может искажать или восприниматься как искажение предоставляемой ими информации[302]. Кроме того, участники могут получать подарки, компенсации за участие в спонсируемых конференциях или стипендии[236,303], и нельзя исключать возможность того, что эти маркетинговые мероприятия влияют на их схемы назначения лекарств. Этический кодекс ВПА указывает, что психиатры должны выступать на спонсируемых образовательных мероприятиях только в том случае, если они определяют содержание образования.

Несколько регулирующих органов[304-308] разработали критерии аккредитации, ограничивающие прямое финансирование со стороны промышленности, а также кодексы поведения, требующие управления и прозрачного раскрытия информации о КИ. Однако, как уже отмечалось, эти нормы имеют свои ограничения и могут не учитывать косвенные финансовые связи и влияние[309,310].

Недавние исследования и политические усилия позволили повысить прозрачность и, таким образом, углубить понимание сложности проблемы PWLE, а также соответствующей экосистемы здравоохранения и науки. В этой экосистеме не только клиницисты и исследователи, но и каждый отдельный участник может иметь множество финансовых и нефинансовых взаимодействий с несколькими организациями[269], часто таким образом, что это соответствует главным интересам пользы PWLE и общества. Однако все эти взаимодействия сопряжены с риском неправомерного влияния, и все больше фактов свидетельствует о том, что коммерческие спонсоры могут влиять на эти сети как на индивидуальном, так и на институциональном уровне. Будущие политические и законодательные усилия должны быть направлены не только на сокращение такого потенциального влияния, но и на содействие слиянию первичных и вторичных интересов[291], а также на укрепление общественного доверия посредством прозрачности и подотчетности.

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

Этическая необходимость вовлечения PWLE и их неформальных помощников во все аспекты психиатрии – от клинической практики до разработки политики, исследований и обучения – получает все большее признание. ВПА одобрила эти концепции в программных заявлениях в 2011[311] и 2023[312] годах, а ВОЗ разработала рамки для значимого вовлечения PWLE[313].

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

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

Обладают ли все PWLE достаточными знаниями и инструментами, чтобы взять на себя бремя ответственности за принятие решений по уходу? Могут ли пособия по принятию решений пациентами (ППР) (patient decision aids (PDA)), т.е. инструменты, разработанные специалистами, чтобы помочь PWLE понять варианты лечения и уточнить их выбор и предпочтения[316], стать решением проблемы? Должны ли все эти инструменты разрабатываться совместно специалистами, PWLE и членами семьи / неформальными помощниками? Могут ли ответственность за принятие решений и выбор вариантов лечения быть мучительными для некоторых пациентов и в конечном итоге ухудшить их психическое состояние? Ответы на эти вопросы требуют дальнейшего исследования – разработки, проведения, анализа и интерпретации при участии PWLE и неформальных помощников.

Интерес к взаимной поддержке (т.е. вовлечению PWLE в поддержку других PWLE) то усиливался, то ослабевал на протяжении многих лет, и в настоящее время эта работа ведется с высокой активностью[317]. PWLE работают так же хорошо, как и другие, когда они являются дипломированными специалистами[317]. Роль таких специалистов уникальна, с их ценностями и практическим опытом, они выгодно отличаются от «обычных» людей, делающих ту же работу.

В целом PWLE особенно хороши в привлечении других PWLE, сокращении числа обращений в отделения неотложной помощи и больницы, а также в снижении уровня злоупотребления психоактивными веществами[319]. Люди с аналогичным опытом повышают у пользователей чувство надежды и контроля, заботу о себе, чувство принадлежности к сообществу, удовлетворенность жизнью и способность изменить свою жизнь[317].

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

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

состоянии психического здоровья близкого человека, сложных отношений с профессионалами, ограниченного или полного отсутствия участия семьи в лечении психического здоровья[320], а также значительного личного бремени, связанного с обеспечением ухода.

Обучение неформальных помощников является одним из предлагаемых решений проблемы их бремени[321,322]. Было установлено, что после обучения у помощников снижается уровень заболеваемости, воспринимаемого бремени и выраженных негативных эмоций[322]. Люди, чьи помощники прошли обучение, как правило, имеют меньше рецидивов, чем другие[323]. Обучение помощников выявлению и использованию своих ресурсов для лучшего понимания ситуации, а также предоставление им знаний о выздоровлении и результатах лечения может помочь им почувствовать себя более уверенными[324].

За последние десятилетия накопились данные о включении членов семьи в процесс лечения и ухода за их родственниками с психическими расстройствами[325]. Их взгляды ценны тем, что способны помочь специалистам понять как проблемы, связанные с этими состояниями, так и сильные стороны, связанные с ними. Однако при совместной работе между PWLE и родственниками могут возникать конфликты. Кроме того, терапевтические отношения основаны на соблюдении конфиденциальности, и бывают случаи, когда PWLE выступают против любого участия своих родственников в процессе оказания помощи или считают, что их участие создает высокий уровень дистресса[326]. Психиатр может столкнуться с давлением как со стороны PWLE, так и со стороны семьи, и ему придется учитывать потребности и тех и других, отдавая предпочтение неприкосновенности частной жизни и независимости человека, за лечение которого он несет ответственность.

PWLE и лица, осуществляющие уход, были привлечены в качестве преподавателей для специалистов в области психического здоровья в Великобритании[327]. В процессе обучения затрагивались самые разные темы – от общения до диагностических навыков, опыта пребывания в роли пациента или лица, осуществляющего уход, а также участия PWLE в оценке и исследованиях. Как студенты-медики, так и их преподаватели сочли этот опыт ценным. Преимущества для PWLE и помощников заключались в том, что они чувствовали себя более уверенными и раскрепощенными, ценили свой опыт и лучше понимали профессионалов в области психического здоровья. У студентов повысилась эмпатия, улучшилось понимание стигмы, и они стали более позитивно относиться к способности PWLE участвовать в оказании медицинской помощи. Обучение психиатров, проводимое PWLE, часто включает в себя рассказ о выздоровлении[328], однако не следует заставлять PWLE раскрывать больше, чем им хотелось бы, поскольку процесс раскрытия своего прошлого может вызвать у них дистресс[327].

В разработке политики должны участвовать семейные/неформальные помощники и PWLE, и их привлечение становится обычным делом[329-332]. Одной из важных политических побед PWLE стало их активное участие в переговорах и разработке проекта КПИ. Этот договор делает вовлечение пользователей услуг и семейных помощников юридическим требованием. Поэтому ни одна разработка политики, пересмотр или изменение законодательства или дополнения к нормативным актам не должны проводиться без участия PWLE. Препятствия для значимого участия в разработке политики заключаются в том, что организации пациентов могут не принимать реального участия в принятии решений, а быть лишь формальными членами групп[333].

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

Были предприняты попытки оценить практику включения PWLE в исследования[336]. Было установлено, что сотрудничество помогает как академическим исследователям, так и PWLE развивать навыки и повышает доверие к исследованиям со стороны более широкой базы PWLE, что приводит к повышению легитимности и подотчетности. Более поздние исследования показали, что участие PWLE также способствовало проведению исследований более высокого качества, повышению шансов на реализацию выбранной политики, а также расширению возможностей и надежд тех людей, которые внесли свой вклад в исследование[333,337]. Количественный обзор также показал, что исследования с более активным участием пациентов достигали более высоких целей по набору участников и иногда добивались большего успеха в финансировании[338].

Препятствиями для привлечения PWLE к исследованиям были проблемы, связанные с изменением структуры власти, а также убежденность некоторых ученых в том, что психиатрические диагнозы не позволяют людям проводить исследования, или опасения, что они не будут объективными[336]. Кроме того, вызывало озабоченность отсутствие подготовки у PWLE и, если они обладают исследовательским опытом, аргумент, что они могут не представлять более широкое сообщество[336]. Кроме того, исследователей мало обучают тому, как эффективно взаимодействовать с PWLE[339].

Концепция ВОЗ по значимому вовлечению PWLE и неформальных сторонников[313], разработанная для руководителей организаций здравоохранения, включает следующие основные принципы: достоинство и уважение, власть и равенство, инклюзивность и интерсекциональность, приверженность и прозрачность, институционализация (т.е. обеспечение общего использования подходов во всех учреждениях) и контекстуализация. К факторам, способствующим вовлечению, относятся: устойчивое финансирование, перераспределение полномочий, устранение стигматизации, комплексные подходы, наращивание потенциала и институционализация участию.

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

## ОБСУЖДЕНИЕ

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

Этический кодекс ВПА является руководством для нашей профессии. Однако многие специалисты в области психического здоровья не знают о его принципах. Хотя за последние несколько десятилетий уровень осведомленности общественности и специалистов о связи между правами человека и охраной психического здоровья значительно вырос, недавний обзор показал, что только 15 из 143 обществ – членов ВПА имеют собственные официальные этические документы и что они редко пересматриваются и обновляются[340].

Патерналистская модель, в которой врачи принимают решения, а PWLE пассивно соглашаются с их решениями, постепенно заменяется моделью совместного принятия решений, в которой PWLE имеют право предлагать, обсуждать и принимать решения, заслуживают доверия и уважения и должны участвовать во всех этапах оказания медицинской помощи, от планирования услуг до их предоставления[27]. Хотя в теории все согласны с такой трансформацией, на практике наблюдается сопротивление. Новые модели еще предстоит расширить и внедрить в разных странах и разных культурах, и необходимо решить ряд этических проблем[341-343].

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

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

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

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

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

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

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

Все цифровые решения должны разрабатываться при участии конечных пользователей и долгосрочных исполнителей[117], а также основываться на открытых стандартах, данных и источниках, чтобы избежать развития нерегулируемого и эксплуататорского рынка. К сожалению, в настоящее время это не самый вероятный результат. Для разработки соответствующих процедур утверждения и регулирования, включая этический, правовой и контекстный анализ, срочно необходимы совместные скоординированные инициативы с участием политиков и основных заинтересованных сторон.

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

Тем не менее, нам все еще необходимо улучшить нашу способность доносить до людей, нуждающихся в помощи, поддержке и уходе на ранней стадии, не вызывая стигматизации, связанного со стигмой стресса и страха развития серьезного психического заболевания, которые могут привести к снижению качества жизни, безнадежности, тревоге, депрессии и даже к повышению риска развития серьезного психического расстройства[143]. С одной стороны, мы рискуем нарушить принцип небезразличия, предоставляя информацию и, в конечном счете, вмешиваясь; с другой стороны, мы рискуем не предоставить соответствующую информацию и вмешательство людям, которые в противном случае могли бы, например, продолжать вести клинически и социально неблагоприятный образ жизни, такой как употребление психоактивных веществ, социальная изоляция или нездоровый режим сна.

В настоящее время в руководствах подчеркивается необходимость ограничивать оценку и направление к специалистам, ищущим помощи (профилактика по показаниям), и предлагать психосоциальные вмешательства с низким риском (психообразование, программы снижения злоупотребления психоактивными веществами, когнитивный тренинг, социальное/профессиональное функционирование). Это может быть целесообразно с клинической и этической точек зрения, если учесть, что большинство целевых лиц могут получить от них пользу и не будут нуждаться в фармакологическом лечении, которое, в свою очередь, может вызвать ряд сложных этических проблем. Однако даже принятие вышеупомянутых ограничений ставит этические проблемы, особенно связанные с принципом социальной справедливости[4]. Поведение, направленное на поиск помощи, связано с благоприятными социальными детерминантами, и ресурсы, вкладываемые в профилактические услуги – особенно те немногие, которые обеспечивают специализированное раннее вмешательство, – могут не дойти до сегментов населения с высокой распространенностью факторов риска, но низким доступом к услугам психиатрической помощи[135,196].

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

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

Подчеркивая сложные этические проблемы, связанные с ранним вмешательством в психиатрию, мы не стремимся отказать в этом важном компоненте современных моделей оказания помощи, а хотим способствовать разработке и распространению более этически обоснованных моделей профилактики, таких как модели, разработанные совместно с PWLE и характеризующиеся целостным и дружественным к молодежи подходом, способствующим развитию надежды и стрессоустойчивости[199].

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

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

Этический кодекс ВПА также может содержать дополнительные рекомендации, относящиеся к КИ в области клинической помощи, исследований и обучения. Иллюстрируя принцип «небезразличия», Кодекс рекомендует: «Психиатры избегают вступать в отношения с третьими сторонами, включая фармацевтическую промышленность, но не ограничиваясь ею, которые могут поставить под угрозу их основное внимание к интересам своих пациентов. Финансовые отношения всегда должны быть раскрыты»[4]. Означает ли это, что в дополнение к соблюдению существующих правил, ограничивающих взаимодействие с представителями индустрии, а также их доступ к медицинским учреждениям, врач должен представить своим пациентам декларацию КИ? Хотя такая декларация широко используется на научных встречах и в публикациях, а также часто принимается в образовательных контекстах, она не является частью рутинной клинической практики. Однако многие академические медицинские центры США размещают информацию о КИ на общедоступном веб-сайте, а в соответствии с законом США Physician Payments Sunshine Act[259] был создан федеральный веб-сайт, на котором ежегодно публикуются данные обо всех платежах фармацевтических компаний врачам.

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

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

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

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

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

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

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

тельств влияния на другие важные результаты, такие как госпитализация или общие симптомы. Для пациентов с зависимостями поддержка сверстников может способствовать воздержанию и привести к более активному участию в программе Анонимных Алкоголиков[319]. Тем не менее, необходимы дальнейшие более глубокие исследования в этой области.

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

Во всех странах должны быть разработаны национальные рекомендации, основанные на позиционном документе ВПА по развитию партнерства с PWLE и неформальными помощниками[312] и на руководстве ВОЗ по созданию новых служб психического здоровья на основе равенства [344] с тем чтобы распространить информацию о принципах, которыми следует руководствоваться в этом партнерстве. Кроме того, необходимо разработать и провести дальнейшие исследования совместно с PWLE и семейными/неформальными помощниками, чтобы уточнить наилучшие стратегии и практики, способствующие их вовлечению на различных уровнях оказания помощи, обучения, исследований и политики.

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

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

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

**Литература**


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

ment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Lancet Psychiatry 2015;2:844-50.
34. World Psychiatric Association. Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. Position Statement. www. wpanet.org.
35. Herrman H, Allan J, Galderisi S et al. Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. World Psychiatry 2022;21: 159-60.
36. Mezzina R, Rosen A, Amering M et al. The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda. In: Mezzina R, Rosen A, Amering M et al (eds). Advances in psychiatry. Cham: Springer, 2019:483-515.
37. Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. BJPsych Open 2024;10:e26.
38. World Psychiatric Association. QualityRights Gujarat: a case study of alternatives to coercion in mental health care. Geneva: World Psychiatric Association, 2020.
39. Sartorius N, Gill N, Virani S. Fighting for human rights and social justice and the promotion of mental health: complementary efforts. World Soc Psychiatry 2023;5:97-100.
40. Maker Y, McSherry B. Human rights and the social determinants of mental health: fostering interdisciplinary research collaboration. Psychiatry Psychol Law 2023; doi: 10.1080/13218719.2023.2243297.
41. Sen A. Development as freedom. New York: Oxford University Press, 1999.
42. Nussbaum MC. Creating capabilities – The human development approach. Cambridge: Harvard University Press, 2011.
43. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005;365:1099- 104.
44. Marmot M. Boyer lectures – Fair Australia: social justice and the health gap.www.abc.net.au.
45. Gill NS. Human rights framework: an ethical imperative for psychiatry. Aust N Z J Psychiatry 2019;53:8-10.
46. Kestel D. Transforming mental health for all: a critical role for specialists. World Psychiatry 2022;21:333-4.
47. Moeti M, Gao GF, Herrman H. Global pandemic perspectives: public health, mental health, and lessons for the future. Lancet 2022;400:e3-7.
48. Rosen A, Gill NS, Salvador-Carulla L. The future of community psychiatry and community mental health services. Curr Opin Psychiatry 2020;33:375-90.
49. Campbell T, Heginbotham C. Mental illness: prejudice, discrimination and the law. London: Dartmouth, 1991.
50. Dawson J, Szmukler G. Fusion of mental health and incapacity legislation. Br J Psychiatry 2006;188:504-9.
51. Szmukler G. Men in white coats: treatment under coercion. Oxford: Oxford University Press, 2018.
52. Funk M, Bold ND. WHO's QualityRights initiative: transforming services and promoting rights in mental health. Health and Human Rights 2020;22:69-76.
53. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals. Oxford: Oxford University Press, 1998.
54. Flynn S, Rodway C, Appleby L et al. Serious violence by people with mental illness: national clinical survey. J Interpers Violence 2014;29:1438-58.
55. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA et al. Violence and schizophrenia: the role of social determinants of health and the need for early intervention. World Psychiatry 2023;22:230-1.
56. Szmukler G, Daw R, Dawson J. A model law fusing incapacity and mental health legislation. J Ment Health Law 2010;20:1-140.
57. Harper C, Davidson G, McClelland R. No longer 'anomalous, confusing and unjust': the Mental Capacity Act (Northern Ireland). Int J Ment Health Capacit Law 2016;22:57-70.
58. Northern Ireland Assembly. Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016. www. legislation.gov.uk.
59. Series L, Nilsson A. Article 12 CRPD: equal recognition before the law. In: Bantekas I, Stein MA, Anastasiou D (eds). The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a commentary. Oxford: Oxford University Press, 2018:339-82.
60. Szmukler G. "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. World Psychiatry 2019;18:34-41.
61. Scholten M, Gieselmann A, Gather J et al. Psychiatric advance directives under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: why advance instructions should be able to override current preferences. Front Psychiatry 2019;10:631.
62. Szmukler G. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. Int J Law Psychiatry 2017;54:90-7.
63. Ward A. A major step forward in CRPD compliance by the German Federal Constitutional Court? www.lexology.com.
64. Australian Law Reform Commission. Equality, capacity and disability in Commonwealth laws. www.alrc.gov.au.
65. Duffy J. Mental capacity, dignity and the power of international human rights. Cambridge: Cambridge University Press, 2023.
66. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV et al. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. World Psychiatry 2022;21:393-414.
67. Zeavin H. The distance cure: a history of teletherapy. Cambridge: MIT Press, 2021.
68. Wilcock AD, Huskamp HA, Busch AB et al. Use of telemedicine and quality of care among Medicare enrollees with serious mental illness. JAMA Health Forum 2023;4:e233648.
69. Pendse SR, Nkemelu D, Bidwell NJ et al. From treatment to healing: envisioning a decolonial digital mental health. Presented at the CHI Conference on Human Factors in Computing Systems, New Orleans, April-May, 2022.
70. Caliskan A, Bryson JJ, Narayanan A. Semantics derived automatically from language corpora contain human-like biases. Science 2017;356:183-6.
71. Oswald FL, Mitchell G, Blanton H et al. Predicting ethnic and racial discrimination: a meta-analysis of IAT criterion studies. J Personal Soc Psychol 2013; 105:171-92.
72. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C et al. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. Science 2019;366:447-53.
73. Kim J. Data brokers and the sale of Americans' mental health data. Durham: Duke Sanford School of Public Policy, 2023.
74. US Federal Trade Commission. FTC to ban BetterHelp from revealing consumers' data, including sensitive mental health information, to Facebook and others for targeted advertising. www.ftc.gov.
75. YLE News. Hacked therapy centre's ex-CEO gets 3-month suspended sentence. YLE News, April 18, 2023. https://yle.fi/a/74-20027665.
76. Ralston W. They told their therapists everything. Hackers leaked it all. Wired, May 4, 2021. www.wired.com.
77. Kirp D. The cyber attack that rocked the nation. Helsinki Times, December 22, 2020. www.helsinkitimes.fi.
78. Picchi A. Eating disorder helpline shuts down AI chatbot that gave bad advice. CBS News, June 1, 2023. www.cbsnews.com.
79. Jargon J. A chatbot was designed to help prevent eating disorders. Then it gave dieting tips. Wall Street Journal, June 1, 2023. www.wsj.com.
80. Xiang C. "Horribly unethical": startup experimented on suicidal teens on social media with chatbot. Vice, March 7, 2023. www.vice.com.
81. World Health Organization. The ongoing journey to commitment and transformation: digital health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023.
82. Oh KJ, Lee D, Ko B et al. A chatbot for psychiatric counseling in mental healthcare service based on emotional dialogue analysis and sentence generation. Presented at the 18th IEEE International Conference on Mobile Data Management, Daejeon, May-June, 2017.
83. Corsico P. The risks of risk. Regulating the use of machine learning for psychosis prediction. Int J Law Psychiatry 2019;66:101479.
84. Marks M. Artificial intelligence based suicide prediction. Yale Journal of Law and Technology 2019;21:98.
85. Flore J. Ingestible sensors, data, and pharmaceuticals: subjectivity in the era of digital mental health. New Media Soc 2020;23:2034-51.
86. Miller S. The use of monitoring conditions (GPS tracking devices) Re CMX [2014] QMHC 4. Psychiatry Psychol Law 2015;22:321-6.
87. Bossewitch J, Brown LXZ, Gooding P et al. Digital futures in mind: reflecting on technological experiments in mental health and crisis support. Melbourne: University of Melbourne, 2022.
88. Torous J, Roberts LW. Needed innovation in digital health and smartphone applications for mental health: transparency and trust. JAMA Psychiatry 2017;74:437-8.

89. Taylor NP. Digital health funding jumps to new high as investors bet big on mental health startups: report. MedTech Dive, January 21, 2022. www.medtechdive.com.
90. DeAngelis T. As funding cools, venture capitalists shift investments in mental health. American Psychological Association, January 1, 2023. www.apa.org.
91. Kumar A, Ross JS, Patel NA et al. Studies of prescription digital therapeutics of ten lack rigor and inclusivity: study examines prescription digital therapeutics standards. Health Aff 2023;42:1559-67.
92. Day S, Shah V, Kaganoff S et al. Assessing the clinical robustness of digital health startups: cross-sectional observational analysis. J Med Internet Res 2022;24:e37677.
93. Gooding P, Kariotis T. Ethics and law in research on algorithmic and datadriven technology in mental health care: scoping review. JMIR Ment Health 2021;8:e24668.
94. Steindl E. Safeguarding privacy and efficacy in e-mental health: policy options in the EU and Australia. Int Data Priv Law 2023;13:207-24.
95. Gooding P, Wee R. eMHIC position statement on the ethics and law of emental health (& call to action). https://emhicglobal.com.
96. Burr C, Morley J, Taddeo M et al. Digital psychiatry: risks and opportunities for public health and wellbeing. IEEE Trans Technol Soc 2020;1:21-33.
97. Burr C, Morley J. Empowerment or engagement? Digital health technologies for mental healthcare. In: Burr C, Milano S (eds). The 2019 yearbook of the digital ethics lab. Cham: Springer, 2020:67-88.
98. Fiske A, Henningsen P, Buyx A. Your robot therapist will see you now: ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology, and psychotherapy. J Med Internet Res 2019;21:e13216.
99. Coghlan S, D'Alfonso S. Digital phenotyping: an epistemic and methodological analysis. Philos Technol 2021;34:1905-28.
100. Martinez-Martin N, Greely HT, Cho MK. Ethical development of digital phenotyping tools for mental health applications: Delphi study. JMIR Mhealth Uhealth 2021;9:e27343.
101. Martinez-Martin N, Insel TR, Dagum P et al. Data mining for health: staking out the ethical territory of digital phenotyping. NPJ Digit Med 2018;1:68.
102. Slack SK, Barclay L. First-person disavowals of digital phenotyping and epistemic injustice in psychiatry. Med Health Care Philos 2023;26:605-14.
103. Kariotis TC, Prictor M, Chang S et al. Impact of electronic health records on information practices in mental health contexts: scoping review. J Med Internet Res 2022;24:e30405.
104. Bondre A, Pathare S, Naslund JA. Protecting mental health data privacy in India: the case of data linkage with Aadhaar. Glob Health Sci Pract 2021;9:467-80.
105. Torous J, Andersson G, Bertagnoli A et al. Towards a consensus around standards for smartphone apps and digital mental health. World Psychiatry 2019; 18:97-8.
106. Goldberg SB, Sun S, Carlbring P et al. Selecting and describing control conditions in mobile health randomized controlled trials: a proposed typology. NPJ Digit Med 2023;6:181.
107. Torous J, Myrick K, Aguilera A. The need for a new generation of digital mental health tools to support more accessible, effective and equitable care. World Psychiatry 2023;22:1-2.
108. Robotham D, Satkunanathan S, Doughty L et al. Do we still have a digital divide in mental health? A five-year survey follow-up. J Med Internet Res 2016; 18:e309.
109. Ennis L, Rose D, Denis M et al. Can't surf, won't surf: the digital divide in mental health. J Ment Health 2012;21:395-403.
110. Spanakis P, Wadman R, Walker L et al. Measuring the digital divide among people with severe mental ill health using the essential digital skills framework. Perspect Public Health 2024;144:21-30.
111. Zhao X, Schueller SM, Kim J et al. Real-world adoption of mental health support among adolescents: cross-sectional analysis of the California Health Interview Survey. J Pediatr Psychol 2023; doi: 10.1093/jpepsy/jsad082.
112. Ghafur S, Van Dael J, Leis M et al. Public perceptions on data sharing: key insights from the UK and the USA. Lancet Digit Health 2020;2:e444-6.
113. Singh S, Sagar R. Time to have effective regulation of the mental health apps market: maximize gains and minimize harms. Indian J Psychol Med 2022;44: 399-404.
114. Cohen ZD, Schueller SM. Expanding, improving, and understanding behaviour research and therapy through digital mental health. Behav Res Ther 2023; 167:104358.
115. Perret S, Alon N, Carpenter-Song E et al. Standardising the role of a digital navigator in behavioural health: a systematic review. Lancet Digit Health 2023;5:e925-32.
116. Torous J. A path towards progress: lessons from the hard things about digital mental health. World Psychiatry 2022;21:419-20.
117. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National safety and quality digital mental health standards – Guide for service providers. www.safetyandquality.gov.au.
118. European Commission. Regulatory framework proposal on artificial intelligence. https://digital-strategy.ec.europa.eu.
119. Kelly B. New technology, psychiatry, and the law: navigating panic, prudence, and possibility. Presented at the 1st International Conference on Decision Making in Medicine and Law: Opportunities and Pitfalls of Information Technologies, Rome, December 2023.
120. Campion J, Bhui K, Bhugra D. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. Eur Psychiatry 2012;27:68-80.
121. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E et al. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects metaanalysis. World Psychiatry 2021;20:75-95.
122. Menculini G, Verdolini N, Gobbicchi C et al. Clinical and psychopathological correlates of duration of untreated illness (DUI) in affective spectrum disorders. Eur Neuropsychopharmacol 2022;61:60-70.
123. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry 2022;9:137-50.
124. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry 2016;3:171-8.
125. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. World Psychiatry 2021;20:200-21.
126. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU et al. Prevention of psychosis: advances in detection, prognosis, and intervention. JAMA Psychiatry 2020;77: 755-65.
127. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 2015;30:388-404.
128. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. EPA guidance on the early detection of clinical high-risk states of psychoses. Eur Psychiatry 2015;30:405-16.
129. Ratheesh A, Cotton SM, Davey CG et al. Ethical considerations in preventive interventions for bipolar disorder. Early Interv Psychiatry 2017;11:104-12.
130. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. Arch Gen Psychiatry 2012;69:220-9.
131. Oliver D, Arribas M, Radua J et al. Prognostic accuracy and clinical utility of psychometric instruments for individuals at clinical high-risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry 2022;27:3670-8.
132. Fusar-Poli P, Radua J, Jauhar S. Lack of robust meta-analytic evidence to favour cognitive behavioural therapy for prevention of psychosis. World Psychiatry 2021;20:443-44.
133. Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA et al. Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. World Psychiatry 2018;17:196-209.
134. Fusar-Poli P, Schultze-Lutter F, Cappucciati M et al. The dark side of the moon: meta-analytical impact of recruitment strategies on risk enrichment in the clinical high-risk state for psychosis. Schizophr Bull 2016;42:732-43.
135. Ajnakina O, David AS, Murray RM. 'At risk mental state' clinics for psychosis – an idea whose time has come – and gone! Psychol Med 2019;49:529-34.
136. McCrone P. Does early intervention for psychosis services make economic sense? Ment Health Today 2012;Jan-Feb:30-3.
137. Amos A. Unsystematic review shows neither that early intervention in psychosis is cost-effective nor cost-minimising. Br J Psychiatry 2019;215:744.

138. Rosenheck R. The challenge of cost-effectiveness research on first-episode psychosis. Br J Psychiatry 2019;215:386-7.
139. Cuijpers P, Smit F, Furukawa TA. Most at-risk individuals will not develop a mental disorder: the limited predictive strength of risk factors. World Psychiatry 2021;20:224-5.
140. van Os J, Guloksuz S. A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm. World Psychiatry 2017;16:200-6.
141. Carpenter WT, van Os J. Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? Am J Psychiatry 2011;168:460-3.
142. Shrivastava A, McGorry PD, Tsuang M et al. "Attenuated psychotic symptoms syndrome" as a risk syndrome of psychosis, diagnosis in DSM-V: the debate. Indian J Psychiatry 2011;53:57-65.
143. Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG et al. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. Schizophr Res 2010;120:42-8.
144. Koren D. Early detection and intervention in psychiatry in the post-DSM-5 publication era: is it time to rethink the trees we bark up? Early Interv Psychiatry 2013;7:235-7.
145. Tsuang MT, van Os J, Tandon R et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM5. Schizophr Res 2013;150:31-5.
146. Corcoran C, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability: the risks of being "at risk". Schizophr Res 2005;73:173-84.
147. Colizzi M, Ruggeri M, Lasalvia A. Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. Psychol Med 2020;50:705-26.
148. DeLuca JS, Yang LH, Lucksted AA et al. Reducing stigma among youth at risk for psychosis: a call to action. Schizophr Bull 2021;47:1512-4.
149. Rüsch N, Heekeren K, Theodoridou A et al. Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis. Schizophr Res 2015;166:43-8.
150. Yang LH, Link BG, Ben-David S et al. Stigma related to labels and symptoms in individuals at clinical high-risk for psychosis. Schizophr Res 2015;168:9-15.
151. Anglin DM, Greenspoon MI, Lighty Q et al. Spontaneous labelling and stigma associated with clinical characteristics of peers 'at-risk' for psychosis. Early Interv Psychiatry 2014;8:247-52.
152. Corcoran CM. Ethical and epidemiological dimensions of labeling psychosis risk. AMA J Ethics 2016;18:633-42.
153. Yung AR, Wood SJ, Malla A et al. The reality of at risk mental state services: a response to recent criticisms. Psychol Med 2021;51:212-8.
154. Mittal VA, Dean DJ, Mittal J et al. Ethical, legal, and clinical considerations when disclosing a high-risk syndrome for psychosis. Bioethics 2015;29:543-56.
155. Firth J, Solmi M, Wootton RE et al. A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. World Psychiatry 2020;19:360-80.
156. Reeve S, Nickless A, Sheaves B et al. Sleep duration and psychotic experiences in patients at risk of psychosis: a secondary analysis of the EDIE-2 trial. Schizophr Res 2019;204:326-33.
157. Wang J, Eccles H, Nannarone M et al. Does providing personalized depression risk information lead to increased psychological distress and functional impairment? Results from a mixed-methods randomized controlled trial. Psychol Med 2020;52:2071-9.
158. Meiser B, Mitchell PB, McGirr H et al. Implications of genetic risk information in families with a high density of bipolar disorder: an exploratory study. Soc Sci Med 2005;60:109-18.
159. Alder RG, Young JL, Russell EI et al. The impact and desirability of news of risk for schizophrenia. PLoS One 2013;8:e62904.
160. Ruiz B, Ceccolini CJ, Shah BB et al. Stigma and coping experiences in Latinx individuals at clinical high-risk for psychosis. Early Interv Psychiatry 2022;16:34-41.
161. Bortolotti L, Widdows H. The right not to know: the case of psychiatric disorders. J Med Ethics 2011;37:673-6.
162. Duttge G. The right to know and not to know: predictive genetic diagnosis and non-diagnosis. Recent Results Cancer Res 2021;218:67-83.
163. Andorno R. The right not to know: an autonomy based approach. J Med Ethics 2004;30:435-40.
164. Carpiniello B, Wasserman D. European Psychiatric Association policy paper on ethical aspects in communication with patients and their families. Eur Psychiatry 2020;63:e36.
165. Woodberry KA, Powers KS, Bryant C et al. Emotional and stigma-related ex-periences relative to being told one is at risk for psychosis. Schizophr Res 2021; 238:44-51.
166. Schiffman J, Horton LE, Landa Y et al. Considerations for providing feedback to patients and families regarding clinical high-risk for psychosis status. Schizophr Res 2022;244:55-7.
167. Appelbaum PS. Ethical challenges in the primary prevention of schizophrenia. Schizophr Bull 2015;41:773-5.
168. Moritz S, Gawe˛da Ł, Heinz A et al. Four reasons why early detection centers for psychosis should be renamed and their treatment targets reconsidered: we should not catastrophize a future we can neither reliably predict nor change. Psychol Med 2019;49:2134-40.
169. Falkenberg I, Valmaggia L, Byrnes M et al. Why are help-seeking subjects at ultra-high risk for psychosis help-seeking? Psychiatry Res 2015;228:808-15.
170. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS et al. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. Am J Psychiatry 2011;168:800-5.
171. Olvet DM, Carrión RE, Auther AM et al. Self-awareness of functional impairment in individuals at clinical high-risk for psychosis. Early Interv Psychiatry 2015;9:100-7.
172. Beck K, Andreou C, Studerus E et al. Clinical and functional long-term outcome of patients at clinical high risk (CHR) for psychosis without transition to psychosis: a systematic review. Schizophr Res 2019;210:39-47.
173. Salazar de Pablo G, Soardo L, Cabras A et al. Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not transition to psychosis: a metaanalysis. Epidemiol Psychiatr Sci 2022;31:e9.
174. Herrera SN, Sarac C, Phili A et al. Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: a scoping review. Schizophr Res 2023;252:148-58.
175. World Psychiatric Association. Social justice for the mentally ill. Int J Soc Psychiatry 2015;61:213-4.
176. Fusar-Poli P. Why ultra high risk criteria for psychosis prediction do not work well outside clinical samples and what to do about it. World Psychiatry 2017;16:212-3.
177. Ajnakina O, Morgan C, Gayer-Anderson C et al. Only a small proportion of patients with first episode psychosis come via prodromal services: a retrospective survey of a large UK mental health programme. BMC Psychiatry 2017; 17:1-9.
178. Morgan C, Knowles G, Hutchinson G. Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. World Psychiatry 2019;18:247-58.
179. Hagler MA, Ferrara M, Yoviene Sykes LA et al. Sampling from different populations: sociodemographic, clinical, and functional differences between samples of first episode psychosis individuals and clinical high-risk individuals who progressed to psychosis. Schizophr Res 2023;255:239-45.
180. Fridgen GJ, Aston J, Gschwandtner U et al. Help-seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48: 1033-43.
181. Allan SM, Hodgekins J, Beazley P et al. Pathways to care in at-risk mental states: a systematic review. 2021;15:1092-103.
182. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A et al. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: a systematic review. Health Policy 2019;123:851-63.
183. Carson N, Lê Cook B, Alegria M. Social determinants of mental health treatment among Haitian, African American, and White youth in community health centers. J Health Care Poor Underserved 2010;21(Suppl. 2):32-48.
184. Burke T, Thompson A, Mifsud N et al. Proportion and characteristics of young people in a first-episode psychosis clinic who first attended an at-risk mental state service or other specialist youth mental health service. Schizophr Res 2022;241:94-101.
185. Geros H, Sizer H, Mifsud N et al. Migrant status and identification as ultrahigh risk for psychosis and transitioning to a psychotic disorder. Acta Psychiatr Scand 2020;141:52-9.
186. Valmaggia LR, Byrne M, Day F et al. Duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. Br J Psychiatry 2015;207:130-4.
187. Lu W, Todhunter-Reid A, Mitsdarffer ML et al. Barriers and facilitators for mental health service use among racial/ethnic minority adolescents: a systematic review of literature. Front Public Health 2021;9:641605.

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

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

297. Dragioti E, Dimoliatis I, Fountoulakis KN et al. A systematic appraisal of allegiance effect in randomized controlled trials of psychotherapy. Ann Gen Psychiatry 2015;14:25.
298. Bero L. Addressing bias and conflict of interest among biomedical researchers. JAMA 2017;317:1723-4.
299. Sniderman AD, Furberg CD. Pluralism of viewpoints as the antidote to intellectual conflict of interest in guidelines. J Clin Epidemiol 2012;65:705-7.
300. Viswanathan M, Carey TS, Belinson SE et al. A proposed approach may help systematic reviews retain needed expertise while minimizing bias from nonfinancial conflicts of interest. J Clin Epidemiol 2014;67:1229-38.
301. Grundy Q. A politics of objectivity: biomedicine's attempts to grapple with "non-financial" conflicts of interest. Sci Eng Ethics 2021;27:37.
302. Scheffer PJ, Guy-Coichard C, Outh-Gauer D et al. Conflict of interest policies at French medical schools: starting from the bottom. PLoS One 2017;12: e0168258.
303. Varley CK, Jibson MD, McCarthy M et al. A survey of the interactions between psychiatry residency programs and the pharmaceutical industry. Acad Psychiatry 2005;29:40-6.
304. Accreditation Council for Continuing Medical Education. Standards for integrity and independence in accredited continuing education. Chicago: Accreditation Council for Continuing Medical Education, 2020.
305. Varetto T, Costa DC. Continuing Medical Education Committee and UEMSEACCME. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2013;40:470-4.
306. Union Européenne des Médecins Spécialiste/European Union of Medical Specialists. The Charter on CME of Medical Specialists in the European Union. www.uems.eu.
307. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. The EFPIA Code of Practice. www.efpia.eu.
308. Union Européenne des Médecins Spécialiste/European Union of Medical Specialists. Criteria for international accreditation of CME. www.uems.eu.
309. Golestaneh L, Cowan E. Hidden conflicts of interest in continuing medical education. Lancet 2017; 390:2128-30.
310. Barnes BE. Financial conflicts of interest in continuing medical education: implications and accountability. JAMA 2017;317:1741-2.
311. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. World Psychiatry 2011;10:229-36.
312. WPA Working Group on Developing Partnerships with Service Users and Family Carers. WPA position paper on developing partnerships with persons with lived experience of mental health conditions and family and informal carers. www.wpanet.org.
313. World Health Organization. WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions. Geneva: World Health Organization, 2023.
314. Laitila M, Nummelin J, Kortteisto T et al. Service users' views regarding user involvement in mental health services: a qualitative study. Arch Psychiatr Nurs 2018;32:695-701.
315. Newman D, O'Reilly P, Lee SH et al. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2015;22:171-82.
316. Stacey D, Légaré F, Lewis K et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2017;4:CD001431.
317. Davidson L, Guy K. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. World Psychiatry 2012;11:123-8.
318. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. Psychiatr Rehabil J 2004;27:392.
319. Reif S, Braude L, Lyman DR et al. Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. Psychiatr Serv 2014;65:853-61.
320. Charbonneau DH, Akers KG. Information needs and sources for family members of individuals living with mental disorders. In: Dalmer NK, Barringe S (eds). Family matters: mapping information phenomena within the context of the family. Chicago: University of Illinois, 2022:133-48.
321. Reinhard SC. Living with mental illness: effects of professional support and personal control on caregiver burden. Res Nurs Health 1994;17:79-88.
322. Sin J, Gillard S, Spain D et al. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and metaanalysis. Clin Psychol Rev 2017;56:13-24.
323. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1982;141:121-34.
324. Grant C, Ballard ED, Olson-Madden JH. An empowerment approach to family caregiver involvement in suicide prevention: implications for practice. Fam J 2015;23:295-304.
325. Bradley E. Carers and co-production: enabling expertise through experience? Ment Health Rev J 2015;20:232-41.
326. Szmukler G. Ethics in community psychiatry. Aust N Z J Psychiatry 1999;33: 328-38.
327. Livingston G, Cooper C. User and carer involvement in mental health training. Adv Psychiatr Treat 2004;10:85-92.
328. Kaiser BN, Varma S, Carpenter-Song E et al. Eliciting recovery narratives in global mental health: benefits and potential harms in service user participation. Psychiatr Rehabil J 2020;43:111-20.
329. Trivedi P. 'Nothing about us, without us' – A user/survivor perspective of global mental health. Int Rev Psychiatry 2014;26:544-50.
330. Sunkel C. A lived experience perspective on the new World Mental Health Report. World Psychiatry 2022;21:390-1.
331. Bell J, Lim A, Williams R et al. 'Nothing about us without us': co-production ingredients for working alongside stakeholders to develop mental health interventions. Adv Ment Health 2023;21:4-16.
332. Isom J, Balasuriya L. Nothing about us without us in policy creation and implementation. Psychiatr Serv 2021;72:121.
333. Beames JR, Kikas K, O'Gradey-Lee M et al. A new normal: integrating lived experience into scientific data syntheses. Front Psychiatry 2021;12:763005.
334. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. World Psychiatry 2022;21:168-88.
335. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G et al. The lived experience of depression: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. World Psychiatry 2023;22:352-65.
336. Happell B, Roper C. Consumer participation in mental health research: articulating a model to guide practice. Australas Psychiatry 2007;15:237-41.
337. Van de Bovenkamp HM, Trappenburg MJ, Grit KJ. Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. Health Expect 2010; 13:73-85.
338. Ennis L, Wykes T. Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study. Br J Psychiatry 2013;203:381-6.
339. Fortuna KL, Myers A, Brooks J et al. Co-production of the quality of patient-centered outcomes research partnerships instrument for people with mental health conditions. Patient Exp J 2021;8:148.
340. Bloch S, Kenn F, Lim I. Codes of ethics for psychiatrists: past, present an prospect. Psychol Med 2022;52:1201-7.
341. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. Implement Sci 2016;11:114.
342. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. World Psychiatry 2017;16:146-53.
343. Davidson L, Tondora J. Person-centred care planning as foundational to clinical practice. World Psychiatry 2022;21:1-2.
344. World Health Organization. Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. www.who.int.

DOI:10.1002/wps.21230