



Ментальная экология в эпоху социальных вызовов: фокус на коморбидность депрессивных и тревожных расстройств

А.В. Васильева^{1, 2}, Т.А. Караваева^{1, 3–5}, Д.С. Радионов¹, Д.А. Старунская¹, А.Е. Андрианова¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия;

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

³ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия;

⁴ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия;

⁵ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

Данный обзор представляет систематизацию сведений о клинических характеристиках коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, включая стресс-ассоциированные расстройства, в рамках парадигмы ментальной экологии. В нём исследуются ключевые вопросы этиопатогенетических моделей и способы оптимизации персонализированной терапии этой категории пациентов, направленные на уменьшение медико-социальных рисков и укрепление ментального здоровья в условиях современных социальных вызовов. Методической основой для работы стали материалы Всемирной организации здравоохранения и открытые источники баз данных Scopus и Web of Science по проблемам коморбидности депрессии и тревожных расстройств. Проанализировали исследования с количественными данными, включая систематические обзоры и метаанализы. С учётом роста научной активности рассматривали как опубликованные статьи, так и препринты на русском и английском языках. Поиск осуществляли по комбинациям ключевых слов и контрольному словарному запросу, охватывающим термины «ментальная экология», «коморбидность», «депрессия», «тревожные расстройства», «стресс», «посттравматическое стрессовое расстройство», «персонализированное лечение». Для оценки медико-социальных рисков также осуществляли поиск материалов по вопросам алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем — распространённым проблемам среди данной группы пациентов.

Ключевые слова: ментальная экология; коморбидность; депрессия; тревожные расстройства; стресс; посттравматическое стрессовое расстройство; алкогольная зависимость; злоупотребление алкоголем; персонализированное лечение; стабилизация ремиссии.

Как цитировать:

Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Старунская Д.А., Андрианова А.Е. Ментальная экология в эпоху социальных вызовов: фокус на коморбидность депрессивных и тревожных расстройств // Экология человека. 2024. Т. 31, № 9. С. 635–646. DOI: 10.17816/humeco642908 EDN: FNULXK

Mental ecology in the social challenges' age: focus on the depressive and anxiety disorders' comorbidity

Anna V. Vasileva^{1,2}, Tatiana A. Karavaeva^{1,3-5}, Dmitriy S. Radionov¹,
Diana A. Starunskaya¹, Aleksandra E. Andrianova¹

¹ National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev, Saint Petersburg, Russia;

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

³ Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

⁴ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia;

⁵ N.N. Petrov National Medical Research Centre of Oncology, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT

This review presents a systematization of information on the clinical characteristics of comorbidity of depressive and anxiety disorders, including stress-associated disorders, taking into the framework of mental ecology's paradigm. It explores the key issues of etiopathogenetic models and ways to optimize personalized therapy for this category of patients, aimed at reducing medical and social risks and strengthening mental health in the face of modern social challenges. The methodological basis for the work was the materials of the World Health Organization (WHO) and the open sources of the Scopus and Web of Science databases on the problems of comorbidity, depression and anxiety disorders. The analysis included studies with quantitative data, including systematic reviews and meta-analyses. Taking into account the growth of scientific activity, an analysis of both published articles and preprints in Russian and English was carried out. The search was carried out using combinations of keywords and a control vocabulary query covering the terms: mental ecology, comorbidity, depression, anxiety disorders, stress, post-traumatic stress disorder, personalized treatment. To assess the medical and social risks, a search was also carried out on alcohol dependence and alcohol abuse, a common problem among this group of patients.

Keywords: mental ecology; comorbidity; depression; anxiety disorders; stress; post-traumatic stress disorder; alcohol dependence; alcohol abuse; personalized treatment; remission stabilization.

To cite this article:

Vasileva AV, Karavaeva TA, Radionov DS, Starunskaya DA, Andrianova AE. Mental ecology in the social challenges' age: focus on the depressive and anxiety disorders' comorbidity. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)*. 2024;31(9):635–646. DOI: 10.17816/humeco642908 EDN: FNULXK

DOI: <https://doi.org/10.17816/humeco642908>

EDN: FNULXK

社会挑战时代的精神生态学： 聚焦抑郁症和焦虑症的并发症

Anna V. Vasileva^{1,2}, Tatiana A. Karavaeva^{1,3-5}, Dmitriy S. Radionov¹,
Diana A. Starunskaya¹, Aleksandra E. Andrianova¹

¹ National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev, Saint Petersburg, Russia;

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

³ Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

⁴ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia;

⁵ N.N. Petrov National Medical Research Centre of Oncology, Saint Petersburg, Russia

摘要

本综述是在精神生态学范式下，对抑郁症和焦虑症的合并症，包括压力相关障碍，这些症状的临床特征信息的系统整理。文中研究的是病因病理学模型的关键问题，以及这类患者优化个性化治疗的方法，针对在现代社会挑战条件下，减少医疗社会风险，加强心理健康。本研究的方法论基础是世界卫生组织的资料，以及Scopus和Web of Science数据库中有关抑郁症和焦虑症的并发症问题的公开资料。分析了包含系统综述和荟萃分析的定量研究数据。鉴于科学活动的增长，此文不仅作为发表文章，而且翻译为俄文和英文。搜索使用了关键词组合和检索词汇查询，涵盖“精神生态学”、“并发症”、“抑郁症”、“焦虑症”、“压力”、“创伤后应激障碍”和“个性化治疗”等术语。为了评估医疗和社会风险，对酒精依赖和酗酒问题的资料进行了搜索，这些都是这类患者的常见问题。

关键词： 精神生态学；并发症；抑郁症；焦虑症；压力；创伤后应激障碍；酒精依赖；酒精滥用；个性化治疗；缓解稳定。

引用本文：

Vasileva AV, Karavaeva TA, Radionov DS, Starunskaya DA, Andrianova AE. 社会挑战时代的精神生态学：聚焦抑郁症和焦虑症的并发症. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)*. 2024;31(9):635–646. DOI: 10.17816/humeco642908 EDN: FNULXK

收到 13.12.2024

接受: 13.02.2025

发布日期: 23.03.2025

ОБОСНОВАНИЕ

Согласно социально-экологической модели психического здоровья U. Bronfenbrenner [1], степень психологического благополучия (ментальная экология) и величина риска развития психических нарушений зависят от динамических взаимоотношений человека и факторов внешней среды [2, 3]. Понятие «ментальная экология» в данном контексте предлагается как специализированная адаптация биоэкологической модели U. Bronfenbrenner, фокусирующаяся на психическом здоровье и психологическом благополучии в условиях современных социально-экологических вызовов. Если биоэкологическая модель рассматривает взаимодействие человека со средой на разных уровнях (микро-, мезо-, экзо-, макросистемы) в широком контексте развития, то ментальная экология сужает этот фокус до динамики психических процессов, факторов риска и устойчивости, влияющих на психоэмоциональное состояние. К последним можно отнести наблюдающиеся в последнее время рост экономических кризисов, увеличение дискриминации различных групп, обострение военных конфликтов и общую социальную нестабильность. В подобных условиях ментальная экология людей оказывается под угрозой: ухудшается общее состояние здоровья и психологического благополучия, отмечается рост психических расстройств [4–10]. Нарастающее напряжение и неопределённость становятся факторами, усугубляющими психоэмоциональное состояние и повышающими риск развития депрессии и тревожных расстройств, среди которых значительную долю занимает посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [11]. Недостаток психологической готовности к неожиданным социальным вызовам, неэффективные способы совладания со стрессом осложнены ограниченной доступностью и несвоевременностью оказываемой медико-психологической помощи разным группам населения [12].

Согласно данным Global Burden of Disease, около 4,05% населения мира имеет тревожные расстройства¹. При этом число людей, страдающих этой патологией, увеличилось более чем на 55% с 1990 г. В то же время более 300 млн человек страдают от депрессии, что эквивалентно 4,4% общей популяции [13]. По данным метаанализов отмечаются высокие показатели распространённости ПТСР и депрессии среди населения, пострадавшего от военных действий с 1989 по 2019 г.: в диапазоне от 15,3 до 30,6% — для ПТСР и от 10,8 до 30,8% — для депрессивных расстройств [14–19]. Особую группу составляют гражданские лица, покинувшие привычные места пребывания в связи с боевыми действиями: принудительно перемещённые, ищущие убежище. Так, по данным A. Bedaso и B. Duko [20], примерно 1 из 4 человек, вынужденно проживающих в пунктах временного размещения,

страдает от депрессии, что превышает распространённость депрессии, зарегистрированной в выборках населения разных стран. На это также указывают M. Schouler-Ocak и J.K. Moran [21], D. Madoro и соавт. [22], согласно результатам их исследований, распространённость депрессии и тревожных расстройств, включая ПТСР, выше среди перемещённых лиц, чем у коренного населения страны. Дополнительными вызовом и для ментальной экологии являются рост социальной напряжённости и увеличение психоэмоционального напряжения среди групп меньшинств (этнических, национальных, социальных и т.д.). Подобное явление в научной литературе описывается в терминах стресса меньшинства (stress minority) и рассматривается в качестве факторов высокого риска развития аффективных и стресс-ассоциированных расстройств. Так, по данным A. Ventriglio и соавт. [9], люди, сообщаящие о культурных, религиозных и других различиях, подвергаются определённому социальному стрессу, возникающему из-за контраста между их статусом меньшинства и доминирующими общественными нормами и ценностями. Это находит подтверждение в ряде крупных исследований [23–25].

Широко известно, что депрессия и тревожные расстройства часто возникают одновременно: наличие одного из них увеличивает вероятность развития другого (коморбидного) расстройства [26]. Согласно мнению A.J. Ferrari и соавт. [27], важность коморбидности заключается в том, что расстройства независимо друг от друга существенно усугубляют ментально-экологическую обстановку, способствуя бремени заболеваний и оказывая значительное давление на системы первичного здравоохранения. Кроме того, стресс-ассоциированные расстройства (в том числе ПТСР) также играют важную роль в этом контексте, усиливая риск возникновения как депрессивных, так и тревожных состояний, что делает проблему ещё более актуальной. Опасность значительной распространённости коморбидности определяется высоким уровнем завершённых суицидов среди таких пациентов, хронизацией неинфекционных соматических заболеваний, увеличением потребности в медицинских услугах и увеличением расходов на оказание специализированной помощи [28]. Несмотря на клиническую и социальную значимость коморбидных расстройств, по-прежнему сохраняется ряд сложностей, снижающих своевременность и качество специализированной помощи, оказываемой данной группе пациентов: недостаточная разработанность концепции коморбидной психической патологии, в частности, этиопатогенетических, клинических и прогностических особенностей сочетанных тревожных и депрессивных расстройств; отсутствие адекватных стратегий персонализированной терапии и низкая приверженность к стандартному лечению [29–32]. Эти и другие факторы способствуют дальнейшему росту негативного влияния на ментальную экологию, поскольку игнорирование комплексных потребностей людей с такими расстройствами

¹ Global Health Data Exchange. GHDx. Режим доступа: <http://ghdx.healthdata.org> Дата обращения: 11.12.2024.

может привести к ухудшению их состояния, увеличению стигматизации уязвимых социальных групп и снижению общего уровня психического здоровья в обществе.

Целью данного обзора являлась систематизация данных о клинических аспектах коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, включая стресс-ассоциированные расстройства, в контексте ментальной экологии, а также разработка рекомендаций по совершенствованию персонализированных стратегий терапии для снижения медико-социальных рисков и повышения устойчивости психического здоровья в условиях современных социальных вызовов. В качестве методической базы авторы использовали документы Всемирной организации здравоохранения и открытых источников баз данных Scopus и Web of Science по вопросам коморбидности депрессии и тревожных (в том числе стресс-ассоциированных) расстройств. В анализ включали исследования с количественными данными, в том числе систематические обзоры и метаанализы. В связи со стремительным ростом числа работ анализировали как уже опубликованные, так и препринты на русском и английском языках. Поиск осуществляли по комбинации следующих ключевых слов-синонимов в сочетании с контрольным вокабуляром в базе данных: «ментальная экология», «коморбидность», «депрессия», «тревожные расстройства», «стресс», «посттравматическое стрессовое расстройство», «персонализированное лечение». Для оценки медико-социальных рисков дополнительно осуществляли поиск по аспектам алкогольной зависимости, злоупотребления алкоголем, так как это наиболее распространённые проблемы у данной группы пациентов.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ КОМОРБИДНОСТИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ МЕНТАЛЬНОЙ ЭКОЛОГИИ

Термин «коморбидность» был введён в практическую медицину A.R. Feinstein в 1970 г. для обозначения случаев, когда у пациента формируется отдельное заболевание, не связанное с имеющимся расстройством [33]. Данное понятие стало активно использоваться в психиатрической литературе позже, в 1980–1990-х гг., параллельно с внедрением новых диагностических и статистических руководств по психическим расстройствам DSM-III (1980) и DSM-III-R (1987) в США, где был закреплён категориальный подход в диагностике психических заболеваний [34].

На сегодняшний день в психиатрии коморбидность представляет собой сложное и многообразное понятие [34, 35]. Исследователи, как отечественные, так и зарубежные, выделяют различные формы коморбидности, включая сочетание психических расстройств с соматическими или неврологическими заболеваниями, а также наличие нескольких психических расстройств одновременно,

в том числе связанных с аддитивной патологией [36, 37]. Особенно важно учитывать коморбидность в контексте депрессии, тревожных и стресс-ассоциированных расстройств, так как она тесно связана с социальными рисками, злоупотреблением алкоголем и растущим негативным влиянием на ментальную экологию, что может усугублять состояние пациентов и затруднять процесс их лечения.

По мнению W.G. Ter Meulen и соавт. [38], коморбидность представляет собой не просто сумму двух заболеваний, что подчёркивает необходимость глубокого концептуального анализа данного явления. В ходе Нидерландского исследования депрессии и тревоги (The Netherlands Study of Depression and Anxiety — NESDA) было установлено, что среди пациентов с коморбидными тревожными и депрессивными расстройствами, чьи состояния сравнивались с состояниями пациентов, страдающих лишь изолированными расстройствами, наблюдаются более низкие показатели переносимости стресса, социального функционирования и психического здоровья [39, 40].

На основании данных современной литературы выделяют два главных подхода к проблеме коморбидности депрессии и тревожных расстройств.

Категориальный (клинический) подход. Депрессия и тревожные расстройства рассматриваются как самостоятельные нозологии с независимой динамикой, которые в случаях коморбидности могут иметь один или несколько трансдиагностических (универсальных) факторов. Однако научное сообщество всё чаще признаёт, что диагностические категории не являются оптимальными единицами для классификации и сравнения людей в контексте изучения патофизиологии, разработки терапии и снижения бремени болезни [41–45]. Несмотря на длительное изучение особенностей коморбидных психических расстройств в рамках категориальной модели как ведущей на сегодняшний день в клинической психиатрии, всё ещё нет чёткого представления об этиопатогенезе таких расстройств и тактиках по улучшению терапевтических методов.

Дименсиональный подход. Согласно данным K. Kircanski и соавт. [46] и K. Choi и соавт. [47], коморбидность депрессии и тревожных расстройств можно рассматривать в трёх основных вариантах. Первый вариант связан с различными психобиологическими факторами, лежащими в основе формирования депрессии и тревоги. В рамках второго рассматривается наличие общих для двух расстройств факторов. Третий аспект подразумевает, что симптомы депрессии и тревоги могут взаимодействовать между собой или оказывать влияние друг на друга, что, вероятно, обусловлено определёнными психобиологическими процессами. Авторы убеждены, что нельзя рассматривать депрессивные и тревожные расстройства как отдельные и несвязанные состояния, поскольку их сочетание имеет важные последствия для качества диагностики, стратегий терапии и снижения бремени болезни. На сегодняшний день наиболее активно

развивающиеся этиопатогенетические модели психических расстройств и их коморбидности используют в своей основе дименсиональный подход: критерии предметной области исследований в психиатрии (The Research Domain Criteria — RDoC) — нейронаучная исследовательская структура, направленная на углубление понимания трансдиагностических биоповеденческих систем, лежащих в основе психопатологии, и в конечном итоге на создание будущих классификаций; иерархическая систематика психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology — HiTOP) — система классификации, полученная на основе наблюдаемой ковариации между симптомами психопатологии и дезадаптивными чертами, которая стремится предоставить более информативные цели исследований и лечения (то есть конкретные, эмпирически измеряемые терапевтические мишени), чем традиционные диагностические категории [41–45]. Несмотря на некоторые целевые различия между этими системами, депрессивные и тревожные расстройства рассматриваются в качестве единой группы интернализованных нарушений вместе с другой аффективной и стресс-ассоциированной патологией. Согласно R. Kotov и соавт. [44], H.M. van Loo и соавт. [48], общими для этих расстройств являются преобладание невротизма, негативной аффективности и нарушения эмоциональной регуляции, что, по мнению авторов, может рассматриваться в качестве общих мишеней терапии коморбидных состояний. Как указывают Т.А. Караваева и соавт. [29], совокупность данных индивидуально-психологических характеристик повышает трудности в межличностных взаимоотношениях, снижает устойчивость к воздействию социоэкологических факторов среды, повышает риск психоэмоциональных расстройств, оказывая негативное влияние на стабильность ментальной экологии.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИЕЙ И ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ МЕНТАЛЬНОЙ ЭКОЛОГИИ

Наравне с недостаточной разработанностью концепции коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, актуальной остаётся необходимость совершенствования персонализированных стратегий терапии с учётом резко возрастающих социально-экологических вызовов для психологического благополучия человека. Основными проблемами рассматриваемой в рамках ментальной экологии группы пациентов являются низкая приверженность к лечению и недостаточная стабилизация ремиссии. Несмотря на результаты современных научных исследований, подтверждающих эффективность как психофармакотерапии, так и психотерапии, специалисты чаще выбирают именно лекарственное лечение из-за меньших

материальных и временных затрат [49, 50]. Однако частота возникающих побочных эффектов, недостаточная прочность терапевтического альянса, низкий комплаенс приводят к самостоятельной отмене пациентом приёма препаратов [51, 52]. Результатом может явиться не только рецидивирование симптоматики, но и ухудшение прогноза, полный отказ от дальнейшей терапии и увеличение риска применения психоактивных веществ в качестве средств самолечения (например, алкоголя, наркотических препаратов и др.) [36]. На сегодняшний день в условиях социальных кризисов не остаётся сомнений в ключевой роли как социально-психологических, так и индивидуально-психологических механизмов в формировании аффективных и стресс-ассоциированных расстройств, а также стабилизации ремиссии [53, 54]. В связи с чем для реализации принципов персонализированной медицины, повышения эффективности терапевтических вмешательств при лечении пациентов с коморбидными депрессивными и тревожными расстройствами активно применяется психотерапия [55, 56].

В современном исследовательском поле, касающемся эффективности различных психотерапевтических методов лечения депрессии и тревоги, ключевым становится вопрос о том, какие виды терапии оказывают помощь конкретным пациентам, в каком объёме и при каких условиях. Депрессия и тревога как отдельные расстройства и как сочетанная патология составляют часть клинической картины множества психических заболеваний. Эволюция клинических классификаций психических расстройств отражает изменения в представлениях о пределах и особенностях разных нозологий, в структуре которых депрессия и тревога занимают важное место. Дебаты продолжаются относительно соотношения и специфики биологических и психогенных (психосоциальных) факторов, лежащих в основе различных форм этих состояний. Вопросы, касающиеся различия между вариантами депрессивных и тревожных расстройств, соотношения этиопатогенетических факторов, а также механизмы, влияющие на их течение и результаты, остаются по-прежнему спорными, как и эффективность применяемой при этих расстройствах психотерапии. Изучение эффективности психотерапии при расстройствах данного спектра в рамках доказательной медицины потребовало создания нозоспецифических лечебных протоколов [30, 32]. В 1970–1980-х гг. ведущей методикой в этих исследованиях стала когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Работы А. Бека и Д. Кларка подтвердили наличие специфических психологических механизмов, связанных с депрессивными и тревожными расстройствами. В 1980-х гг. А. Бек разработал опросник тревоги, который помог разделить симптомы тревоги и депрессии [32]. Он также предложил когнитивную модель тревожных расстройств, подчеркнув их отличия от депрессий и выделив общие когнитивные искажения, такие как катастрофизация и персонализация. Наличие таких особенностей мышления и восприятия окружающей

действительности значительно снижает адаптационный потенциал личности и повышает риск развития психической патологии. В ходе дальнейших исследований были обозначены специфические факторы для различных тревожных нарушений, несмотря на то что наличие коморбидных состояний ограничивало возможность применения полученных данных в клинической практике. В последние десятилетия КПТ становится основным методом терапии при многих психических расстройствах в США и Великобритании. Национальный институт здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Соединённого Королевства в 2009 г. поддержал её внедрение [31]. Современные международные рекомендации предлагают КПТ в качестве терапии первой линии, однако финансирование исследований данного направления остаётся недостаточным. Когнитивно-бихевиоральный подход акцентирует внимание на дефиците навыков саморегуляции и дисфункциональных убеждениях, а также предполагает создание индивидуальной модели личности в будущем [50].

В последние годы был разработан большой массив протоколов лечения сочетанных депрессивных и тревожных расстройств, концептуализированных как трансдиагностические, с клиническими и практическими преимуществами по сравнению с традиционными протоколами для одного расстройства. D.H. Barlow и соавт. [57] разработали унифицированный протокол трансдиагностического лечения эмоциональных расстройств, представляющий собой когнитивно-поведенческое вмешательство, сфокусированное на эмоциях и состоящее из пяти основных модулей или компонентов, основанных на элементах КПТ с доказанной эффективностью, которые нацелены на негативную эмоциональность и авersive реакции на эмоции. В крупных метааналитических исследованиях L. Carlucci и соавт. [58], C. Antuña-Cambor и соавт. [59] показано, что унифицированный протокол эффективно воздействует на корни этих нарушений, что приводит к снижению симптомов и депрессии, и тревоги.

С учётом наличия групп риска (групп меньшинств) по более выраженному ухудшению состояния ментальной экологии у данной категории пациентов важно формирование доступной, дестигматизирующей и инклюзивной среды при совершенствовании стратегий персонализированной терапии. С этой целью рекомендуется адаптация терапевтических мероприятий с учётом особенностей конкретных сообществ. Согласно авторам концепции C. Merzel и J. D'Afflitti [60], укрепление здоровья на уровне сообществ имеет важное значение для устойчивого успеха в достижении результатов в отношении здоровья на уровне населения. Как подчёркивают авторы, такие меры адаптации специализированной помощи способствуют снижению социальной напряжённости, оказывая положительное влияние на ментальную экологию общества в целом.

Помимо роли инклюзивности в улучшении социально-психологического благополучия, стоит отметить значение

доступности специализированной помощи для таких групп риска, как беженцы и перемещённые лица. Для решения этой задачи предлагается использование достижений цифровизации. На сегодняшний день проведение психотерапевтических интервенций с использованием цифровых технологий не только не уступает по эффективности очной психотерапии (face-to-face), но в некоторых случаях превосходит её из-за большей доступности. Это, в свою очередь, находит отражение и в работах отечественных специалистов [61–63]. Результаты недавнего рандомизированного контролируемого исследования [64] указывают на эффективность краткосрочных психосоциальных интервенций с применением видеосвязи в повышении обращаемости за лечением среди лиц, проживающих в зоне конфликта. Высокая результативность применения беженцами и перемещёнными лицами программных обеспечений для смартфонов с целью психологической самопомощи отражена и в другом исследовании [65]. Эффективность цифровизированных трансдиагностических психотерапевтических интервенций в лечении беженцев и перемещённых лиц продемонстрирована в работе K.E. Fabian и соавт. [66].

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ КАК ПРОБЛЕМА МЕНТАЛЬНОЙ ЭКОЛОГИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИЕЙ И ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Имеющиеся научно-практические противоречия, несовершенство методов терапии осложняются высоким уровнем стигматизации сферы психического здоровья и недостаточным уровнем психологической образованности. Это обуславливает недостаточную обращаемость пациентов за психиатрической и медико-психологической помощью. А текущие общественно-экологические кризисы и рост дискриминации малых социальных групп уменьшают не только доверие к системе общественного здравоохранения, но в некоторых случаях снижают доступность медицинской помощи (например, беженцам, перемещённым лицам и т.д.). В связи с этим сохраняет актуальность проблема использования психоактивных веществ в качестве средств самолечения (self-medication) как фактора клинко-социального риска формирования химических аддикций [67–69].

Самолечение алкоголем — распространённая, но крайне опасная практика среди людей с депрессией и сочетанными тревожными расстройствами. Многие воспринимают алкоголь как быстрое и доступное средство снятия напряжения, тревоги и улучшения настроения, общего самочувствия в социальных ситуациях [70]. Этот подход является лишь временным решением, которое в долгосрочной перспективе может привести к серьёзным

последствиям, включая развитие алкогольной зависимости. Высокий уровень тревоги, сопровождаемой физическим и психологическим дискомфортом (тахикардия, потливость, дрожь, чувство паники, мысли о катастрофе и т.д.), действительно способствует увеличению потребления алкоголя. Человек, испытывая тревогу, неосознанно ищет способы её подавления, а алкоголь, обладая кратковременным анксиолитическим эффектом, становится привлекательным вариантом. Этот эффект, однако, обманчив. Алкоголь лишь маскирует проблему, не решая её, а вместо облегчения часто приводит к усилению тревоги на следующий день, создавая порочный круг. Абстинентный синдром, включающий в себя симптомы тревоги, депрессии, физического недомогания, заставляет человека снова прибегать к алкоголю для облегчения состояния.

В научной литературе выделяется специфический поведенческий паттерн, получивший название «drinking to cope» (DTC) — «пить, чтобы справиться» [69, 71]. Это не просто случайное употребление алкоголя для расслабления, а устойчивая модель поведения, характеризующаяся преднамеренным использованием алкоголя для регуляции эмоций. Люди с DTC употребляют алкоголь не ради удовольствия, а для подавления негативных эмоций, таких как тревога, депрессия, неуверенность в себе. Они используют спиртосодержащие напитки как инструмент для «самолечения», стремясь справиться с социальными ситуациями, которые вызывают у них дискомфорт. Исследования показывают, что DTC является значимым предиктором развития алкогольной зависимости, особенно у людей с высокой степенью негативной аффективности (склонности к переживанию негативных эмоций). Например, в исследовании M.L. Coorner и соавт. [69] подчёркивается, что DTC — это самостоятельный фактор риска, не зависящий напрямую от уровня тревоги. Другими словами, даже при одинаковом уровне тревожности наличие паттерна DTC повышает вероятность злоупотребления алкоголем и развития зависимости. A.L. Goldstein и соавт. [72] подтверждают эту взаимосвязь, добавляя, что DTC отражает специфический стиль совладания с трудностями — избегание проблемы вместо её решения. Помимо риска формирования алкогольной зависимости, злоупотребление алкоголем оказывает негативное влияние на клинические характеристики уже имеющегося коморбидного тревожного расстройства. Вместо того чтобы искать конструктивные способы преодоления социальной тревожности (например, когнитивно-поведенческая терапия, тренинги социальных навыков), человек выбирает «быстрый» способ — подавление симптомов с помощью алкоголя, что усугубляет проблему, поскольку не развиваются навыки проблемно-решающего поведения, а, наоборот, усиливается зависимость от алкоголя как единственного средства «преодоления» трудностей. Более того, M.L. Dyer

и соавт. [73] показали, что DTC является наиболее распространённым паттерном у пациентов с генерализованным тревожным расстройством, что указывает на широкую распространённость этой опасной модели поведения. Схожие данные получены в ходе кросс-секционного исследования Д.С. Радионова и Т.А. Караваевой [37] у 120 пациентов, имеющих тревожные расстройства. Согласно полученным результатам, длительное злоупотребление алкоголем приводило к генерализации тревоги вне зависимости от особенностей тревожного расстройства. Как указывают авторы, генерализованная тревога ассоциирована с вторичными соматическими симптомами и более выраженным психологическим дискомфортом, создавая предпосылки для большего употребления алкоголя в качестве быстрого и доступного средства самолечения. Однако усугубляющиеся трудности в социальных контактах могут рассматриваться как фактор дестабилизации ментальной экологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном обзоре проведена всесторонняя систематизация сведений о клинических аспектах коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, включая стресс-ассоциированные расстройства. Эти аспекты рассмотрены в контексте основ ментальной экологии, что акцентирует важность интеграции психического здоровья в концепцию общественного благополучия. Основная цель исследования заключалась в анализе этиопатогенетических моделей коморбидности, выявлении ключевых механизмов, влияющих на развитие этих расстройств, и разработке рекомендаций по совершенствованию персонализированных стратегий терапии для снижения медико-социальных рисков. Определение факторов риска, особенно среди групп, оказавшихся в зоне боевых действий, переселённых лиц и социальных меньшинств, позволяет точнее подходить к диагностике и терапии депрессивных и тревожных расстройств, учитывая специфические потребности этих людей. Кроме того, в обзоре обсуждены пути совершенствования стратегий персонализированной терапии, что представляет собой важный шаг к оптимизации лечебных подходов. Персонализированная медицина может существенно уменьшить медико-социальные риски, обеспечивая управляемость состоянием пациентов и адаптацию методов лечения под индивидуальные особенности, включая уязвимые группы. Таким образом, поддержка устойчивой ментальной экологии в современных социальных реалиях требует системного подхода, включающего как научные исследования, так и практическое применение полученных знаний. Создание комплексных программ помощи, основанных на целостном понимании коморбидности и этиопатогенетических связей, может стать основой для повышения качества жизни пациентов и укрепления здоровья общества в целом.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. А.В. Васильева — концепция исследования, выделение значимых аспектов ментальной экологии человека, существенная переработка полученного материала на предмет важного интеллектуального содержания; Т.А. Караваева — концепция исследования, выделение значимых аспектов ментальной экологии человека, существенная переработка полученного материала на предмет важного интеллектуального содержания; Д.С. Радионов — обобщение массива международных данных по данной проблеме, существенная переработка полученного материала на предмет важного интеллектуального содержания; А.Е. Андрианова — анализ литературных источников, подготовка первого варианта статьи; Д.А. Старунская — анализ литературных источников, подготовка первого варианта статьи. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источники финансирования. Работа выполнена в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 2024–2026 гг. (XS0Z 2024 0014).

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Редакционная политика в отношении совместного использования данных к настоящей работе не применима, новые данные не собирали и не создавали.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внешних рецензента, член редакционной коллегии и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author's contribution. A.V. Vasileva — the concept of research, the identification of significant aspects of human mental ecology, significant processing of the obtained material for important intellectual content; T.A. Karavaeva — research concept, highlighting significant aspects of human mental ecology, significant processing of the obtained material for important intellectual content; D.S. Radionov — generalization of an array of international data on this problem, significant processing of the obtained material for important intellectual content; A.E. Andrianova — analysis of literary sources, preparation of the first version of the article; D.A. Starunskaya — analysis of literary sources, preparation of the first version of the article. All authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria (all authors contributed to the development of the concept, research and preparation of the article, read and approved the final version before publication).

Funding sources. The work was performed within the framework of the state task of the Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev" of the Ministry of Health of the Russian Federation 2024–2026 (XS0Z 2024 0014).

Disclosure of interests. The authors have no relationships, activities or interests for the last three years related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality. In creating this work, the authors did not use previously published information (text, illustrations, data).

Data availability statement. The editorial policy regarding data sharing does not apply to this work, and no new data was collected or created.

Generative AI. Generative AI technologies were not used for this article creation.

Provenance and peer-review. This paper was submitted to the journal on an unsolicited basis and reviewed according to the usual procedure. Two external reviewers, a member of the editorial board, and the scientific editor of the publication participated in the review.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Bronfenbrenner U. Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In: Friedman SL, Wachs TD, editors. *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. P. 3–28. doi: 10.1037/10317-001
2. Navarro JL, Tudge JRH. Technologizing Bronfenbrenner: neo-ecological theory. *Curr Psychol*. 2022;21:1–17. doi: 10.1007/s12144-022-02738-3
3. Reupert A. A socio-ecological framework for mental health and well-being. *Advances in Mental Health*. 2017;15(2):105–107. doi: 10.1080/18387357.2017.1342902
4. Slimmen S, Timmermans O, Lechner L, Oenema A. A socio-ecological approach of evidence on associations between social environmental factors and mental health outcomes of young adults: A systematic review. *Social Sciences & Humanities Open*. 2024;10:101068. doi: 10.1016/j.ssaho.2024.101068
5. Sidorov PI. Mental ecology of social epidemics. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)*. 2014;21(1):37–48. doi: 10.17816/humeco17273 EDN: RYIESD
6. Rozanov VA, Laskaja DA, Radionov DS, Ruzhenkova VV. Psychosocial stress and its consequences among modern university students: the megalopolis factor. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)*. 2023;30(11):805–820. doi: 10.17816/humeco622862 EDN: DQOUPY
7. Sidorov PI. Mental terrorism of hybrid wars and asymmetric defense synergetics. *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)*. 2014;21(11):38–54. doi: 10.17816/humeco17187 EDN: SYZHTB
8. Fadhli T. The socio-ecological factors associated with resilience in refugees: a systematic scoping review. *PsyArXiv Preprints*. 2023, July 7. doi: 10.31234/osf.io/bu8ka
9. Ventriglio A, Castaldelli-Maia JM, Torales J, et al. New approaches for mental health of social minorities. *Int Rev Psychiatry*. 2022;34(7-8):760–769. doi: 10.1080/09540261.2022.2133993
10. Bhugra D, Killaspy H, Kar A, et al. IRP commission: sexual minorities and mental health: global perspectives. *Int Rev Psychiatry*. 2022;34(3-4):171–199. doi: 10.1080/09540261.2022.2045912
11. Hoppen TH, Priebe S, Vetter I, Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2021;6(7):e006303. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006303
12. Vasileva AV, Neznanov NG, Soloviev AG. Mental ecology in the structure of the COVID-19 pandemic (review). *Ekologiya cheloveka (Human Ecology)*. 2022;29(7):461–469. doi: 10.17816/humeco81183 EDN: JIHLGS
13. Javadi SF, Hashim IJ, Hashim MJ, et al. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*. 2023;30:44. doi: 10.1186/s43045-023-00315-3
14. Morina N, Stam K, Pollet TV, Priebe S. Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *J Affect Disord*. 2018;239:328–338. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.027
15. Steel Z, Chey T, Silove D, et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations

- exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(5):537–549. doi: 10.1001/jama.2009.1132
16. Ng LC, Stevenson A, Kalapurakkel SS, et al. National and regional prevalence of posttraumatic stress disorder in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(5):e1003090. doi: 10.1371/journal.pmed.1003090
 17. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240–248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1
 18. Ichitovkina EG, Sakovich PV, Soloviev AG, Zhernov SV. Preclinical online screening for stress-associated disorders in combatants. *Psychiatry*. 2024;22(2):46–53. doi: 10.30629/2618-6667-2024-22-2-46-53 EDN: OE0EEN
 19. Kivorkova AY, Soloviev AG. Social-psychological disadaptation and rehabilitation directions for the members of military families. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2017;(2):3–9. EDN: ZBKATJ
 20. Bedaso A, Duko B. Epidemiology of depression among displaced people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;311:114493. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114493
 21. Schouler-Ocak M, Moran JK. Anxiety and mood disorders in forcibly displaced people across the world. *Curr Opin Psychiatry*. 2024;37(1):18–22. doi: 10.1097/YCO.0000000000000904
 22. Madoro D, Kerebih H, Habtamu Y, et al. Post-traumatic stress disorder and associated factors among internally displaced people in South Ethiopia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:2317–2326. doi: 10.2147/NDT.S267307
 23. Ricci F, Torale J, Bener A, et al. Mental health of ethnic minorities: the role of racism. *Int Rev Psychiatry*. 2023;35(3–4):258–267. doi: 10.1080/09540261.2023.2189951
 24. Chumakov EM, Ashenbrenner YV, Petrova NN, et al. Mental health, minority stress and discrimination against transgender people: a cross-sectional survey in Russia. *Int Rev Psychiatry*. 2023;35(3–4):331–338. doi: 10.1080/09540261.2023.2182668
 25. Tineo P, Lowe SR, Reyes-Portillo JA, Fuentes MA. Impact of perceived discrimination on depression and anxiety among Muslim college students: The role of acculturative stress, religious support, and Muslim identity. *Am J Orthopsychiatry*. 2021;91(4):454–463. doi: 10.1037/ort0000545
 26. Otte C. Incomplete remission in depression: role of psychiatric and somatic comorbidity. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(4):453–460. doi: 10.31887/DCNS.2008.10.4/cotte
 27. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2013;10(11):e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547
 28. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. Comorbidity of patients with noncommunicable diseases in general practice. Eurasian guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(3):113–418. doi: 10.15829/1728-8800-2024-3996 EDN: AVZLPJ
 29. Karavaeva TA, Vasileva AV, Radionov DS, et al. Clinical and etiopathogenetic aspects of depressive and anxiety disorders' comorbidity: towards the problem of achieving stable remission. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2024;58(4–1):23–33. doi: 10.31363/2313-7053-2024-975 EDN: ABLZDL
 30. Kotova OV, Belyaev AA, Akarachkova ES. State-of-the-art diagnostic and treatment modalities for anxiety and depression. *Russian Medical Inquiry*. 2021;5(10):648–653. doi: 10.32364/2587-6821-2021-5-10-648-653 EDN: CQIXKM
 31. Petrova NN, Palkin YuR, Faddeev DV, Zinovieva AG. Comorbidity of depression and anxiety in clinical practice. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(4):31–37. doi: 10.17116/jnevro202112104131 EDN: RTIDHH
 32. Möller HJ, Bandelow B, Volz HP, et al. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;266(8):725–736. doi: 10.1007/s00406-016-0684-7
 33. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*. 1970;23(7):455–468. doi: 10.1016/0021-9681(70)90054-8
 34. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry*. 2005;186:182–184. doi: 10.1192/bjp.186.3.182
 35. Malygin YaV, Orlova AS, Malygin VL. Conceptualization of comorbid anxiety and depressive disorders and approaches to their managing. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(6):48–54. doi: 10.17116/jnevro202212206148 EDN: XAHKZY
 36. Radionov DS, Karavayeva TA, Vasilyeva AV, et al. Peculiarities of alcohol abuse by individuals with neurotic spectrum anxiety disorders. Clinical aspects and issues of psychotherapy. *Journal of Addiction Problems*. 2023;35(3):27–50. EDN: AQBTRS
 37. Radionov DS, Karavaeva TA. Clinical characteristics of patients with anxiety disorders who have a certain level of alcohol consumption. *Journal of Addiction Problems*. 2024;36(3):56–71. EDN: QTPZUV
 38. Ter Meulen WG, Draisma S, van Hemert AM, et al. Depressive and anxiety disorders in concert-A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *J Affect Disord*. 2021;284:85–97. doi: 10.1016/j.jad.2021.02.004
 39. Struijs SY, de Jong PJ, Jeronimus BF, et al. Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *J Affect Disord*. 2021;295:1347–1359. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.086
 40. Rutenberg GM, Booij SHS, Batelaan NMN, et al. Transdiagnostic factors predicting the 2-year disability outcome in patients with anxiety and depressive disorders. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):443. doi: 10.1186/s12888-023-04919-1
 41. Goldberg D. Plato versus Aristotle: categorical and dimensional models for common mental disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(2 Suppl 1): 8–13. doi: 10.1016/S0010-440X(00)80002-4
 42. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF. The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychol Med*. 2006;36(12):1671–1680. doi: 10.1017/S003329170600821X
 43. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):748–751. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379
 44. Kotov R, Krueger RF, Watson D, et al. The Hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(4):454–477. doi: 10.1037/abn0000258
 45. Michelini G, Palumbo IM, DeYoung CG, et al. Linking RDoC and HiTOP: A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. *Clin Psychol Rev*. 2021;86:102025. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102025
 46. Kircanski K, LeMoult J, Ordaz S, et al. Investigating the nature of co-occurring depression and anxiety: Comparing diagnostic and dimensional research approaches. *J Affect Disord*. 2017;216:123–135. doi: 10.1016/j.jad.2016.08.006
 47. Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Comorbid anxiety and depression: clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1191:219–235. doi: 10.1007/978-981-32-9705-0_14
 48. van Loo HM, Beijers L, Wieling M, et al. Prevalence of internalizing disorders, symptoms, and traits across age using advanced nonlinear models. *Psychological Medicine*. 2023;53(1):78–87. doi: 10.1017/S0033291721001148
 49. Neznanov NG, Vasilyeva AV, Salagay OO. The role of psychotherapy as a medical specialty in public health. *Public Health*. 2022;2(2):40–57. doi: 10.21045/2782-1676-2022-2-2-40-57 EDN: DVNJTE
 50. Psychotherapy: a national guide. Moscow: GEOTAR-Media Publishing Group Limited Liability Company; 2023. 992 p. (In Russ.)
 51. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of

- anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(2):79–117. doi: 10.1080/15622975.2022.2086295
52. Karavaeva TA, Vasileva AV, Poltorak SV, et al. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorder psychopharmacological treatment). *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016;(1):3–9. EDN: WFETFJ
 53. Gómez Penedo JM, Flückiger C. Interpersonal problems as a predictor of outcome in psychotherapy for depressive and anxiety disorders: a multilevel meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2023;91(10):562–573. doi: 10.1037/ccp0000828
 54. Nowak J, Nikendei C, Rollmann I, et al. Characterization of different types of anxiety disorders in relation to structural integration of personality and adverse and protective childhood experiences in psychotherapy outpatients — a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):501. doi: 10.1186/s12888-023-04988-2
 55. Rueff M, Reese G. Depression and anxiety: A systematic review on comparing ecotherapy with cognitive behavioral therapy. *Journal of Environmental Psychology*. 2023;90:102097. doi: 10.1016/j.jenvp.2023.102097
 56. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013;12(2):137–148. doi: 10.1002/wps.20038
 57. Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, Farchione TJ. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*. 2020;19(2):245–246. doi: 10.1002/wps.20748
 58. Carlucci L, Saggino A, Balsamo M. On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2021;87:101999. doi: 10.1016/j.cpr.2021.101999
 59. Antuña-Cambor C, Gómez-Salas FJ, Burgos-Julián FA, et al. Emotional regulation as a transdiagnostic process of emotional disorders in therapy: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. 2024;31(3):e2997. doi: 10.1002/cpp.2997
 60. Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *Am J Public Health*. 2003;93(4):557–574. doi: 10.2105/ajph.93.4.557
 61. Neznanov NG, Vasileva AV. Digitalization in mental health care. New opportunities for specialists and patients. *National Health Care*. 2023;4(2):15–24. doi: 10.47093/2713-069X.2023.4.2.15-24 EDN: ZEHQGY
 62. Chekhonadsky II, Skripov VS, Semenova NV, et al. Capabilities of telemedicine consultations of patients with mental disorders. *Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2021;24(9):74–78. doi: 10.17116/profmed20212409174 EDN: XNYBUY
 63. Vasileva AV, Karavaeva TA, Radionov DS. Post-traumatic stress disorder psychotherapy — integrating the experience of an emergency. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2023;31(3):47–68. doi: 10.17759/cpp.2023310303 EDN: ITHMHZ
 64. Burchert S, Alkneime MS, Alsaod A, et al. Effects of a self-guided digital mental health self-help intervention for Syrian refugees in Egypt: a pragmatic randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2024;21(9):e1004460. doi: 10.1371/journal.pmed.1004460
 65. Liem A, Natari RB, Jimmy, Hall BJ. Digital health applications in mental health care for immigrants and refugees: a rapid review. *Telemed J E Health*. 2021;27(1):3–16. doi: 10.1089/tmj.2020.0012
 66. Fabian KE, Foster KT, Chwastiak L, et al. Adapting a transdiagnostic digital mental health intervention for use among immigrant and refugee youth in Seattle: a human-centered design approach. *Transl Behav Med*. 2023;13(11):867–875. doi: 10.1093/tbm/ibad041
 67. Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: a narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety*. 2018;35(9):851–860. doi: 10.1002/da.22771
 68. Voepel-Lewis T, Stoddard SA, Ploutz-Snyder RJ, et al. Effect of comorbid psychologic and somatic symptom trajectories on early onset substance use among U.S. youth in the ABCD study. *Addict Behav*. 2025;160:108181. doi: 10.1016/j.addbeh.2024.108181
 69. Cooper ML, Russell M, Skinner JB, et al. Development and validation of a three dimensional measure of drinking motives. *Psychol Assess*. 1992;4:123–132. doi: 10.1037/1040-3590.4.2.123
 70. Klimanova SG, Berezina AA, Trusova AV, et al. The relationship between clinical characteristics of patients with alcohol use disorder and drinking motives. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2022;56(4):63–76. doi: 10.31363/2313-7053-2022-4-63-76 EDN: EHFFQI
 71. Ferrie ML, Lheureux A, Vujanovic AA, et al. Co-occurring posttraumatic stress disorder symptoms and alcohol use behaviors: the mediating role of drinking to cope with PTSD symptoms. *J Dual Diagn*. 2023;19(4):221–230. doi: 10.1080/15504263.2023.2260326
 72. Goldstein AL, Vilhena-Churchill N, Stewart SH, et al. Coping motives as moderators of the relationship between emotional distress and alcohol problems in a sample of adolescents involved with child welfare. *Adv Ment Health*. 2012;11(1):67–75.
 73. Dyer ML, Heron J, Hickman M, Munafò MR. Alcohol use in late adolescence and early adulthood: The role of generalized anxiety disorder and drinking to cope motives. *Drug Alcohol Depend*. 2019;204:107480. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.044

ОБ АВТОРАХ

*Радионо́в Дми́трий Серге́евич,

Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3 ;
ORCID: 0000-0001-9020-3271;
eLibrary SPIN: 3247-3178;
e-mail: dumradik@mail.ru

Васи́льева Анна Влади́мировна, д-р мед. наук, доцент;

ORCID: 0000-0002-5116-836X;
eLibrary SPIN: 2406-9046;
e-mail: annavdoc@yahoo.com

Карава́ева Та́тьяна А́ртуровна, д-р мед. наук, доцент;

ORCID: 0000-0002-8798-3702;
eLibrary SPIN: 4799-4121;
e-mail: tania_kar@mail.ru

AUTHORS' INFO

*Dmitriy S. Radionov,

3 Bekhtereva st, Saint Petersburg, Russia, 192019;
ORCID: 0000-0001-9020-3271;
eLibrary SPIN: 3247-3178;
e-mail: dumradik@mail.ru

Anna V. Vasileva, MD, Dr. Sci. (Medicine), Associate Professor;

ORCID: 0000-0002-5116-836X;
eLibrary SPIN: 2406-9046;
e-mail: annavdoc@yahoo.com

Tatiana A. Karavaeva, MD, Dr. Sci. (Medicine), Associate Professor;

ORCID: 0000-0002-8798-3702;
eLibrary SPIN: 4799-4121;
e-mail: tania_kar@mail.ru

Старунская Диана Андреевна;

ORCID: 0000-0001-8653-8183;

eLibrary SPIN: 1478-0297;

e-mail: dianastarunskaya@gmail.com

Андрианова Александра Евгеньевна;

ORCID: 0009-0009-9024-5960;

eLibrary SPIN: 2431-1397;

e-mail: alexsandra0013@gmail.com

Diana A. Starunskaya;

ORCID: 0000-0001-8653-8183;

eLibrary SPIN: 1478-0297;

e-mail: dianastarunskaya@gmail.com

Alexsandra E. Andrianova;

ORCID: 0009-0009-9024-5960;

eLibrary SPIN: 2431-1397;

e-mail: alexsandra0013@gmail.com

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author