

Служба взаимопомощи в области охраны психического здоровья на 2018 год: младенчество или юность?

Взаимопомощь у лиц с психическими расстройствами в настоящее время считается центральным компонентом системы оказания медицинской помощи в таких странах, как США, Канада, Австралия и Великобритания. Профессионалы, ищущие возможности обеспечить наилучшую реабилитацию пациентов, разработали стратегии и учебные программы, которые включают сотрудничество с бывшими пациентами в рамках этих служб (например, Инструментарий Бостонского университета для повышения компетенций в области содействия выздоровлению – Boston University's Recovery Promoting Competencies Toolkit).

В 2012 г. Davidson и соавт.¹ описали в этом журнале систему взаимопомощи пациентов с психическими расстройствами («поддержка равных»), которая находилась еще в зачаточном состоянии. Они отметили: несмотря на то что в области психического здоровья наблюдается рост числа сотрудников, работающих в рамках взаимопомощи, их роль и задачи неясны и существующая база исследований в основном включает в себя исследования технико-экономической обоснованности зачастую с существенными методологическими проблемами. По нашему мнению, спустя шесть лет система взаимопомощи у лиц с психическими расстройствами значительно расширилась.

В последнее время работа направлена на достижение общего понимания ролей и возможных показателей качества для службы «поддержки равных». Например, Chinman и соавт.² разрабатывают систему экспертной оценки для двух областей: спектра услуг, предоставляемых бывшими пациентами, и факторов, которые поддерживают или затрудняют работу этих служб. В США Cronise и соавт.³ провели национальный опрос, чтобы определить роли, задачи, условия, профессиональную подготовку и характер вознаграждения, которые в настоящее время предлагаются тем, кого называют «специалистами службы взаимопомощи». Они обнаружили, что эти люди уже не являются сотрудниками, работающими неполный рабочий день, в условиях закрытого сообщества. Данные 597 респондентов показали, что более 64% работают полный рабочий день в самых разных условиях, включая лечебно-судебные организации.

Превращение бывших пациентов в полноценных работников сферы охраны психического здоровья показало, что большинство из них выполняют задачи, являющиеся уникальными для человека с личным опытом преодоления психического расстройства. В то же время часть из них занимают должности, для которых подобный личный опыт не является обязательным, но может быть преимуществом. К ним, например, относятся работники, задействованные в сфере реабилитации, такие как делопроизводители, специалисты по трудоустройству и консультанты по вопросам работы.

После публикации Davidson и соавт.¹ появилось соглашение об общем наборе компетенций для работников данной сферы (<https://www.samhsa.gov/brss-tacs/recovery-support-tools/peers/core-skills-peer-workers>), дополненное сводом принципов, одобренных национальными руководствами для службы взаимопомощи лиц, страдающих психическими расстройствами, в США (<https://inaops.org/nationalstandards>).

Служба взаимопомощи также стала развиваться в Европе, о чем свидетельствуют новые учебные программы для сотрудников служб взаимопомощи, в том числе те, которые были определены Консорциумом Европейского союза⁴

как надлежащая практика (например, Peer2Peer в Испании), а также университетские программы, например двухлетняя программа Experts by Experience в Университете Ханце в Нидерландах.

Функции и процессы, являющиеся общими для всех этих программ, свидетельствуют о том, что растет понимание некоторых базовых качеств, уникальных для системы взаимопомощи лиц с психическими расстройствами (таких как отношения, основанные на том, что один человек делится с другим своим реальным жизненным опытом / подтверждение эмпирических знаний и умышленный акцент на развитие сильных сторон, поддержание надежды и расширение прав и возможностей).

Недавние систематические обзоры⁵ подтвердили, что, хотя пациенты, участвующие в службе взаимопомощи, в целом подвержены традиционным клиническим исходам (например, повторная госпитализация, рецидив), их результаты лучше в таких областях, как личная эффективность, надежда, расширение прав и возможностей, трудоустройство, и других, имеющих отношение к реабилитации.

С учетом критических замечаний исследования системы взаимопомощи у пациентов, страдающих психическими заболеваниями, продвинулись вперед, возросло число контролируемых исследований. Например, Mahlke и соавт.⁶ в своем рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) с участием 261 испытуемого четко сформулировали задачи, которые должны быть поставлены, разработали стандартизованное обучение для испытуемых и отобрали работников службы взаимопомощи с аналогичным опытом. Исследование показало, что в ходе 6-месячного наблюдения оказание индивидуальной поддержки в сочетании со стандартным лечением было связано со значительно более высокими показателями личной эффективности по сравнению с применением только стандартного лечения.

В течение последних шести лет увеличилось число руководств и программ, созданных или внедренных самими участниками службы взаимопомощи, что позволяет проводить контролируемые исследования и таким образом получить лучшие доказательства эффективности, чем это было возможно при оказании простой индивидуальной взаимной поддержки. Например, в РКИ показана большая эффективность Wellness Recovery Action Planning⁷ по сравнению с обычным уходом, выразившаяся в снижении выраженности психопатологических симптомов, повышении уровня надежды у участников и улучшении качества жизни людей с тяжелыми и хроническими психическими заболеваниями. Ориентированное на участников программы взаимопомощи руководство по борьбе с самостигматизацией при изучении в рамках РКИ также показало положительные результаты⁸. Другие аналогичные программы, например испанская программа «Образование: инструмент для борьбы со стигмой и дискриминацией», включены в Руководство по надлежащей практике Консорциума Европейского союза⁴.

Проводимые участниками службы взаимопомощи мероприятия в рамках самоуправления, а также направление ими лиц с психическими заболеваниями в медицинские учреждения показали свою эффективность⁹. Недавнее РКИ в рамках программы под названием «На пути к восстановлению, расширению прав и возможностей и личному опыту» (Toward Recovery, Empowerment and Experiential Expertise – TREE), разработанной в Нидерландах, показало большую эффективность данных мероприятий в сочетании

с уходом по сравнению с обычным уходом не только с точки зрения исходов заболевания, но и с позиций расширения прав и возможностей, уверенности в своем психическом состоянии и снижения чувства одиночества¹⁰.

В целом общее число программ, разработанных или проводимых непосредственно участниками службы взаимопомощи, и их возрастающее число, изученное в РКИ, отражают происходящее развитие службы взаимопомощи.

Несмотря на то что по-прежнему существуют проблемы с внедрением и методологией, достигнута большая ясность в отношении того, что такое взаимопомощь у лиц, страдающих психическими расстройствами, на самом деле. Большее разнообразие доступных учебных программ, разработанных шкалы финансовых показателей, предложение стандартизировать компетенции, более совершенные РКИ и появление программ, разработанных самими пациентами, являются впечатляющими достижениями в этой сфере за последние шесть лет.

Эти достижения указывают на то, что служба взаимопомощи лиц с психическими расстройствами уже вышла из стадии «младенчества». Скорее она представляет собой упрочившееся, развивающееся, многообещающее направление в сфере совершенствования реабилитации.

Marianne Farkas¹, Wilma Boevink²

¹Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, MA, USA;

²Trimbos Institute, Utrecht, The Netherlands

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

(World Psychiatry 2018;17(2):222-224)

M. Farkas подтверждает поддержку the US National Institute on Disability, Independent Living and Rehabilitation Research; the Administration for Community Living; the Substance Abuse and Mental Health Services Administration; and the Department of Health and Human Services. Содержание этой статьи не обязательно соответствует политике вышеупомянутых организаций.

Библиография

1. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. World Psychiatry 2012;11:123-8.
2. Chinman M, McCarthy S, Mitchell-Miland C et al. Psychiatr Rehabil J 2016;39:256-65
3. Cronise R, Teixeira C, Rogers ES et al. Psychiatr Rehabil J 2016;39:211-21.
4. European Union Compass Consortium. Good practices in mental health and well being. 2014. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/
5. Bellamy C, Schmutte T, Davidson L. Ment Health Soc Inclusion 2017;21:161-7.
6. Mahlke C, Priebe S, Heumann K et al. Eur Psychiatry 2017;42:103-10.
7. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Schizophr Bull 2012;38:881-91.
8. Russinova Z, Rogers ES, Gagne C et al. Psychiatr Serv 2014;65:242-6.
9. Cabasa I, Camacho D, Velez Grau C et al. J Psychiatr Res 2016;84:80-9.
10. Boevink W, Kroon H, Van Vugt M et al. Psychosis 2016;8:287-300.

DOI:10.1002/wps.20530

Патологическое накопительство (хординг) наконец стало самостоятельным расстройством, но впереди еще много трудностей

В 2010 г. рабочая подгруппа DSM-5 по обсессивно-компульсивным и смежным расстройствам порекомендовала включить в диагностическую систему патологическое накопительство как новое психическое расстройство¹. После опроса экспертов², испытаний в условиях практической работы³ и обсуждений с общественностью в декабре 2012 г. новое расстройство было одобрено для включения.

В отличие от других предложенных изменений в DSM-5, выделение патологического накопительства из обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) широко поддержали как врачи, так и пациенты, которые считали, что диагноз ОКР недостаточно точно отражает состояние их пациентов или их самих соответственно.

В пользу однозначного включения патологического накопительства как самостоятельной нозологии свидетельствует ряд факторов, в том числе признание того, что: а) симптомы, возникающие у большинства пациентов, затруднительно отнести к другим психическим расстройствам (в том числе к ОКР); б) между патологическим накопительством и ОКР существует ряд важных различий – феноменология симптомов, дебют и динамика расстройства, а также нейронные корреляты; в) пациенты с меньшей вероятностью будут отвечать на методы терапии, доказанные для ведения больных ОКР⁴; д) накопительство является распространенной проблемой, характерной для представителей обоих полов и различных культур⁵; е) риск патологизации нормального поведения (т. е. нормального накопительства) низок. Запланированное включение патологического накопительства в МКБ-11⁶ станет долгожданным дополнением, которое будет способствовать всемирному признанию этого инвалидирующего состояния.

Индивиды, страдающие патологическим накопительством, испытывают постоянные трудности, выбрасывая вещи или на время расставаясь с ними, независимо от их фактической стоимости. Это связано с осознанной необходимостью сохранять свои вещи, а также стрессом, ассоциированным с расставанием с ними, и влечет за собой избыточное накопление имущества, которое, скапливаясь, загромождает жилые помещения и затрудняет их использование, что приводит к клинически значимым проблемам или повреждениям. Эти симптомы невозможно отнести к другим физическим или психическим расстройствам.

Большинство людей с этим расстройством приобретают в избыточном количестве предметы, которые им не нужны или для которых нет свободного места, и обычно испытывают дискомфорт, если они не способны получить вещи или что-то им препятствует это сделать (признак избыточного приобретения). Значительная часть больных не понимают своих трудностей и неохотно обращается за помощью (признак отсутствия инсайта). К другим общим особенностям расстройства (они не требуются для диагностики) относятся нерешительность, перфекционизм, игнорирование, прокрастинация, трудности с планированием и организацией задач, а также патологическая отвлекаемость. Некоторые индивиды живут в антисанитарных условиях различной степени (нищета), что может быть логически связано с захлаплением пространств и/или трудностями при планировании и организации. У лиц с этим расстройством могут возникать конфликты с соседями или арендодателями, нередки судебные разбирательства в отношении выселения их из жилья или лишения опеки над детьми.