

Создавая пространство для интегрированной психиатрической помощи молодежи

Международное движение реформирования психиатрии набирает обороты по всему миру в свете осознания проблем в отрасли обеспечения психического здоровья вне зависимости от уровня дохода стран. Большое количество свидетельств неудовлетворенности потребителей накоплено в государствах высокого, среднего и низкого уровня дохода при наличии достоверных доказательств того, что психиатрическая помощь является весьма выгодной для вложений. При этом крупные инвестиции остаются недостижимой целью, а разрыв между потребностью и охватом лечения велик как никогда ранее¹.

Мы долгое время говорим, что в условиях современного мира необходимо выбирать парадигмы, направленные на ликвидацию стигмы, доступность раннего вмешательства, гарантии и накопление опыта повышения качества, основываясь на наилучшей доказательной базе из всех возможных². Растущая популярность доказательной модели обеспечения помощи на ранних стадиях психотических расстройств во многих частях мира стала прототипом системы реформ, контур которых объединяет трансдиагностическое раннее вмешательство в молодом возрасте.

Раннее вмешательство для уменьшения последствий потенциальных тяжелых психических расстройств и зависимости от психоактивных веществ – это достижимая цель, если фокусироваться на периоде наибольшего риска манифестации. Молодые люди в возрасте 10-24 лет составляют более четверти мировой популяции, их психическое нездоровье – одна из основных проблем здравоохранения, одна из ведущих причин инвалидности. Практически все основные психические расстройства и зависимости от психоактивных веществ манифестируют во время перехода из пубертата в ранний взрослый возраст, однако, несмотря на наибольшую частоту и распространенность типичных для взрослых психических расстройств в группе молодых людей, они имеют худший доступ к системе здравоохранения. Общество в целом и система здравоохранения в частности систематически подводили нашу молодежь в тот период, когда ее психическое здоровье ухудшалось. Данный парадокс наконец начинают признавать, и прогрессивные власти по всему миру создают и масштабируют новые системы оказания помощи, дружественные молодежи и семье, чтобы справиться с этой серьезной проблемой общественного здоровья².

«Единое здравоохранение для молодежи» – это модель усиленной первичной медицинской помощи, предлагающая «мягкий вход» с минимизацией преград для доступа. Она предоставляет полноценный первый этап в иерархической модели здравоохранения, позволяя развивать другие направления от этого первоначального стигматизированного источника. Она полностью соответствует давно продвигаемой Всемирной организацией здравоохранения глобальной стратегии развития с обменом опытом между звеньями первичной помощи.

Ключевые черты модели:

- Участие молодежи (и семьи) и совместное планирование на всех уровнях обеспечивают дружественную молодежь, стигматизированную культуру предоставления помощи, соответствующую реальным нуждам молодых людей и их семей.

- Учет этапов развития, эпидемиологию психических расстройств и культуральные особенности подростков и молодежи 12-25 лет.

- Интеграция заботы о психическом и физическом здоровье, организация поддержки при злоупотреблении алкоголем и наркотиками и при проблемах с занятостью.

- Оптимистичный подход раннего вмешательства, предлагающий безопасную, цельную, доказательную, пропорциональную и многоуровневую помощь, включая учет риска и выгоды и общее принятие решений, ключевыми целями которой будут социальные и трудовые результаты.

- Одно заметное и надежное место, некое «безостановочное производство» или «участок интегрированной практики»³, где персонал организован как преданная делу команда клиницистов и не-клиницистов (напр., волонтеров), предоставляющая полный спектр помощи молодым людям и их семьям.

- Устранение такой проблемы, как прерывание помощи в периоды пиковой нуждаемости в ней, в частности устранение анахроничного и неподходящего «жесткого барьера» 18-летнего возраста.

- Связи с услугами для более молодых детей и взрослых.

Такая реформа началась в Австралии в 2006 году, получая государственное финансирование для десяти центров «свободного пространства» (headspace)⁴. Их количество увеличивалось в течение нескольких периодов финансирования и достигло 110 центров на начало 2019 года. Центры управляются главным агентством и локальными консорциумами и уже получили поддержку местного населения и политиков со всех сторон и уровней законодательства. На июнь 2018 года услугами центров headspace, телефонных или онлайн (ehespace) сервисов воспользовались 446 645 молодых людей, зарегистрировано 2,5 миллиона случаев оказания помощи. В 2017-2018 годах 88 500 молодых людей посетили очные центры headspace, 33 700 – воспользовались услугами онлайн или по телефону. Система headspace также предоставляет постсуицидальную помощь в школах, а также трудовую реабилитацию онлайн и лично. Шесть платформ раннего психоза, соединенные с кластерами местных порталов headspace, основываются на модели первичной помощи с полной доказательной помощью при раннем психозе в общественных условиях.

Независимая оценка центров headspace подтвердила, что они предоставляют гораздо более доступную для молодых людей помощь, с очень высоким уровнем удовлетворенности и безопасности⁵. Исследования итогов показали, что у 60% молодых людей улучшились симптоматика, функционирование или и то, и другое^{6,7}.

Несмотря на успех, вдохновивший внедрение сходных моделей по всему миру, headspace остается неоконченной работой. Такая модель предполагает в основном короткие периоды оказания помощи, а размер эффекта улучшения остается от малого до среднего по сравнению с обычной помощью (доступ к которой затруднен). Для этого существует несколько причин. Во-первых, headspace – это система предоставления помощи, и она обеспечивает уже существующую помощь, но более эффективно и централизованно. Во-вторых, необходимо увеличение длительности помощи и точности данной модели, поскольку финансирование ограничено и имеется недостаток потоков финансирования ключевых разделов, в частности, вмешательств при употреблении алкоголя, психоактивных веществ и проблемах с занятостью. В-третьих, исходы для большого количества молодых людей со сложными случаями, тре-

бующими более серьезного вмешательства, перекрывают выгоду для получивших раннее вмешательство, кто наиболее вероятно получит выгоду от такой модели за счет отсутствия прогрессирования в более тяжелые расстройства и нарушения функций.

На данный момент headspace предоставляет помощь лишь меньшинству нуждающихся в ней молодых австралийцев. Организация как минимум 132 новых центров может быть оправдана лишь на основании экономической эффективности, при этом гораздо больше их требуется для полного покрытия населения⁵.

Каждому региону Австралии требуется кластер первичных порталов headspace, который будет соединен с трансдиагностической специализированной помощью, объединяющей охрану психического и физического здоровья с экспертизой употребления алкоголя и психоактивных веществ, профессиональной подготовкой и онлайн и цифровыми платформами здравоохранения. Недостающие звенья в такой системе – интенсивная помощь на дому и недостаток клиницистов с опытом работы со сложными синдромами (такими как пограничный, расстройств пищевого поведения, психотический), и поэтому необходимо взаимодействие со стационарной помощью. Возможности такой модели увеличатся при тщательном национальном планировании обеспечения интегративного запуска нововведений, улучшения финансовых моделей, привлечения дополнительных притоков финансирования, большей длительности ведения пациентов и более длительной экспертизы.

Парадигма психического здоровья молодежи находится в зачаточном состоянии и будет развиваться в соответствии с динамическим смещением основ и профессионального руководства⁸. В прогрессивных регионах мира, в частности, в Ирландии, Канаде, Дании, Израиле, Нидерландах, Франции, Сингапуре и частично в Англии и Калифорнии⁹, появляются люди, внедряющие подобные системы, филантропы, вдохновляющие лидеры и покровители. Детская и подростковая психиатрия, будучи все еще недооцененной областью, начинает признавать необходимость и возмож-

ности для смены парадигмы, названной «психиатрия перехода». Увеличивается приток ресурсов здравоохранения, которые могут сыграть решающую роль в прокладывании пути для распространения революции в оказании психиатрической помощи.

**Patrick McGorry¹⁻³, Jason Trethowan³,
Debra Rickwood³**

¹Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Parkville, Australia;

²Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Parkville, Australia;

³Headspace, the National Youth Mental Health Foundation, Melbourne, Australia

Перевод: Скугаревская Т.О. (Минск)

Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

McGorry P, Trethowan J, Rickwood D. Creating headspace for integrated youth mental health care. *World Psychiatry* 2019;18(2):140-141.

Библиография

1. Patel V, Saxena S, Lund C et al. *Lancet* 2018;392:1553-98.
2. McGorry PD, Goldstone SD, Parker AG et al. *Lancet Psychiatry* 2014;1:559-68.
3. Porter ME, Lee TH. *Harv Bus Rev* 2013;91:50-70.
4. McGorry PD, Tanti C, Stokes R et al. *Med J Aust* 2007;187:S68-70.
5. Hilferty F, Cassells R, Muir K et al. Is headspace making a difference to young people's lives? Final report of the independent evaluation of the headspace program. Sydney: University of New South Wales, 2015.
6. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR et al. *Med J Aust* 2015;202:537-42.
7. Rickwood D, Paraskakis M, Quin D et al. *Early Interv Psychiatry* 2019;13:159-66.
8. Timms H, Heimans J. *New power: how it's changing the 21st century – and why you need to know*. London: Pan Macmillan, 2018.
9. Hetrick SE, Bailey AP, Smith KE et al. *Med J Aust* 2017;207:S5-18.

DOI: 10.1002/wps.20619

Колледжи восстановления как инновация в системе психиатрической помощи

В психиатрическом сообществе существует единогласное мнение, согласно которому выздоровление после психического расстройства включает гораздо больше, чем просто ремиссию симптомов. Действительно, люди с психическими расстройствами часто описывают выздоровление как полную смысла, автономии и полномочий жизнь в обществе¹. Несмотря на это, они продолжают испытывать неравенство во многих областях, включая высокий уровень безработицы, низкий уровень полученного образования, значительную общественную стигматизацию и социальную изоляцию.

Колледжи восстановления – это новая инициатива, предназначенная для людей с психическими расстройствами и призванная поддержать их выздоровление и исправить перечисленные неравенства. Первые колледжи восстановления появились в США в 1990-х годах в соответствии с моделью, которая в последнее десятилетие была принята и внедрена по всему миру¹. В 2009 году первый подобный колледж был открыт в Лондоне, и теперь их количество в Великобритании превышает 70². Сейчас колледжи восстановления существуют более чем в 20 странах, включая Гонконг, Италию, Шри-Ланку, Израиль, Японию и Нидер-

ланды. Более того, было создано международное сообщество колледжей восстановления с целью продвижения исследований, обмена знаниями и лучшего взаимопонимания.

Некоторые описательные исследования изучали определяющие характеристики, ключевые ценности и центральные черты колледжей восстановления. В основном это исследования, проводившиеся в одном месте^{3,4}, которые были сопоставимы по общим темам в двух недавних систематических обзорах^{5,6}. Эти исследования указывают на существование нескольких общих основных характеристик колледжей восстановления.

Во-первых, колледжи восстановления обычно основываются на теории и практике обучения взрослых, а не на клинических и терапевтических моделях³. Следовательно, они обладают многими ключевыми характеристиками взрослого образовательного колледжа: регистрацией, зачислением, расписанием на семестр, рабочим персоналом, сессионными преподавателями и годовым циклом занятий. Слушатели являются студентами (а не пациентами, клиентами или получателями услуг), и колледжи стремятся быть местами серьезного обучения². Поэтому неко-