

Факторы, способствующие и препятствующие недобровольной госпитализации в психиатрии

Подавляющее большинство специалистов в области психического здоровья положительно относится к недобровольной госпитализации лиц с психическими расстройствами в случаях наличия определенных законом критериев к таковой¹. Однако большинство специалистов не знают о том, что фактические обстоятельства, при которых во всем мире происходит недобровольные госпитализации, весьма различны. Это отражается в широком разбросе числа таких госпитализаций в различных странах², что не может быть объяснено лишь клиническими переменными.

Факторы, повышающие или снижающие пороговое значение числа недобровольных госпитализаций, можно разделить на три уровня: макроуровень, включающий более широкую социальную перспективу и национальное законодательство; мезоуровень, включающий организацию психиатрической помощи и, в частности, осуществление стратегий вмешательства, направленных на сокращение числа таких госпитализаций; и микроуровень, включающий социально-демографические и клинические особенности госпитализированных лиц, а также отношение к ним тех, кто оказывает им помощь.

На макроуровне предубеждение о том, что люди с тяжелыми психическими расстройствами, в частности шизофренией, непредсказуемы и опасны, все еще широко распространено среди населения многих стран. Именно в связи с этим национальное законодательство в области психического здоровья часто определяет риск причинения вреда другим в качестве основного критерия недобровольной госпитализации в целях обеспечения защиты населения в целом. Определение порога такой опасности может существенно варьировать в зависимости от контекста и специалиста, и это, очевидно, влияет на вероятность недобровольной госпитализации.

В большинстве законов о психическом здоровье недобровольная госпитализация также служит целям защиты лица с психическим расстройством от причинения вреда себе. Однако концептуализация и восприятие причинения вреда самому себе могут также существенно отличаться от ситуации к ситуации и от заключения специалиста к заключению специалиста, так что причины недобровольной госпитализации могут быть ограничены непосредственной и/или серьезной опасностью или, в других случаях, определяться возможными долгосрочными угрозами ухудшения психического и/или физического здоровья человека. Это, опять же, может повлиять на частоту недобровольных госпитализаций.

Наконец, официальный законодательный акт, т.е. какой юридический орган берет на себя ответственность за недобровольную госпитализацию (независимый орган или сама медицинская система), и гарантии, которые предоставляются пациенту, включая право оспорить решение, также вносят свой вклад в определение порогового числа недобровольных госпитализаций.

На мезоуровне организация здравоохранения в области психического здоровья является решающим фактором, влияющим на уровень недобровольных госпитализаций. Непрерывность оказания медицинской помощи и, в частности, эффективная интеграция между стационарным и амбулаторным звеньями, вероятно, имеют в данном случае решающее значение. Однако мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований «интегрированного лечения» (фактически включавшим только одно исследование групп оказания кризисной помощи, два исследова-

ния интегрированного лечения при первом эпизоде шизофрении и одно исследование психообразования с мониторингом) не выявил существенного снижения риска недобровольной госпитализации³.

В этом мета-анализе также не выявили существенного снижения риска, основываясь на двух исследованиях по повышению комплаентности (изучавших соответственно подходы по приверженности к лечению и возможность финансового поощрения с целью улучшения приверженности к антипсихотической терапии) и трех исследованиях по изучению «ордеров на лечение в сообществе» (т.е. решения об оказании недобровольной помощи в сообществе)³.

Почему эти стратегии неэффективны, остается неясным. Большинство вышеуказанных исследований было проведено в англосаксонских странах, и возможно⁴, что в этих странах отдельные характеристики персонала способствуют учащению недобровольных госпитализаций, такие как работа в выходные дни, выгорание и недостаток связей с другими службами. В других культуральных условиях и среди персонала менее подверженного дистрессу аналогичные стратегии вмешательства могут быть более успешными⁵.

В некоторых странах значительное увеличение числа случаев недобровольных госпитализаций наблюдалось в процессе деинституционализации², что возродило дебаты о том, способствует ли психиатрическая помощь в сообществе эффекту «вращающихся дверей», т.е. повторяющимся – в том числе недобровольным – госпитализациям вследствие слишком ранней выписки из стационара в подразделения, оказывающие амбулаторную помощь. Однако вышеуказанный рост числа госпитализаций, по-видимому, отражает более общее увеличение использования психиатрических услуг, а не несостоятельность оказания психиатрической помощи в сообществе².

На микроуровне неоднократно подтверждалось, что лица мужского пола, молодые, безработные, проживающие в городских условиях, принадлежащие к низшим социальным классам и имеющие различное этническое и языковое происхождение имеют больший риск недобровольной госпитализации⁶. Однако большинство из этих факторов риска, скорее всего, являются косвенными, отражающими социальную изоляцию, которая в комплексном взаимодействии с клиническими особенностями может способствовать недобровольной госпитализации.

Возможно эффективным подходом по предотвращению недобровольной госпитализации являются предварительные заявления от потенциальных пациентов. Это документы, которые позволяют лицам, находящимся в группе высокого риска, заявить о своих будущих предпочтениях в отношении лечения в случае, если они не смогут принимать взвешенных решений. Мета-анализ четырех рандомизированных контролируемых исследований, изучавших влияние предварительных заявлений³, выявил статистически и клинически значимое снижение числа недобровольных госпитализаций на 23% среди взрослых пациентов психиатрических учреждений. В настоящее время за внедрение «предварительных заявлений» выступают такие международные органы как Всемирная Организация Здравоохранения⁷.

С другой стороны, в трех рандомизированных контролируемых исследованиях было установлено, что хранение записей у пациентов (т.е. информации о течении заболева-

ния и оказываемой помощи) не оказывают существенного влияния на недобровольные госпитализации в сравнении со стандартным лечением⁸.

Может ли участие лиц, оказывающих помощь, в планировании лечения повлиять на недобровольные госпитализации остается неясным. Оценка недобровольных госпитализаций персоналом учреждений, оказывающих помощь, в целом благоприятна⁹, поскольку они являются первыми, кому приходится справляться с острыми состояниями у пациентов и нести большую часть сопутствующей нагрузки. Таким образом, их отношение может, по крайней мере в части случаев, способствовать недобровольным госпитализациям, хотя этот вопрос никогда не изучался систематически.

Из приведенного выше «синтетического» обзора ясно, что литература по факторам, способствующим или предотвращающим недобровольные госпитализации в психиатрии, является скорее спекулятивной, чем основанной на эмпирических данных, и что имеющиеся данные часто противоречивы и трудно поддаются интерпретации. Кроме того, кросс-культурные исследования очень редки, хотя они могут быть чрезвычайно полезны для прояснения некоторых аспектов. Учитывая высокую клиническую и этическую актуальность вопроса, дальнейшие исследования в этой области, очевидно, оправданы.

Вполне вероятно, что многие из факторов, которые мы кратко рассмотрели, незначительно способствуют или вносят небольшой вклад в предотвращение недобровольных

госпитализаций, и что данные мероприятия также должны быть дифференцированы и проводиться на разных уровнях.

Wulf Rössler

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; Psychiatric University Hospital, University of Zurich, Zurich, Switzerland; Institute of Psychiatry, University of São Paulo, São Paulo, Brazil

Перевод: Мурашко А.А.

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

Rössler W. Factors facilitating or preventing compulsory admission in psychiatry. *World Psychiatry*. 2019;18(3):355–356

Библиография

1. Nordt C, Rössler W, Lauber C. *Schizophr Bull* 2006;32:70914.
2. Salize HJ, Dressing H. *Br J Psychiatry* 2004;184:1638.
3. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M et al. *JAMA Psychiatry* 2016;73:65764.
4. Priebe S, Fakhoury W, White I et al. *Br J Psychiatry* 2004;185:30611.
5. Lay B, Kawohl W, Rössler W. *Psychol Med* 2018;48:84960.
6. Keown P, Weich S, Bhui KS et al. *BMJ* 2011;343:d3736.
7. Funk M, Drew N. *World Psychiatry* 2019;18:434.
8. Farrelly S, Brown GE, Flach C et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD001711.
9. Giacco D, Fiorillo A, Del Vecchio V et al. *Br J Psychiatry* 2012;201:48691.

DOI:10.1002/wps.20678

Систематическое включение культуральных данных в МКБ-11

Опыт и симптоматика психических расстройств подвержены влиянию культуры и социальной среды не только у пациентов и их семей, но также у отдельных лиц из системы здравоохранения. Эти культурные взгляды влияют на то, что считается нормальным или патологическим, поэтому они все больше учитываются в современных системах классификации.

Более ранние издания двух доминирующих систем классификации в психиатрии использовали несколько иные подходы к отражению культурных влияний на диагностику. Клинические описания и диагностические указания (Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, CDDG) для психических и поведенческих расстройств МКБ-10 не включали классификацию культурно-специфических расстройств, но, скорее, отмечали наличие культурных различий у широких группах в проявлениях расстройств (например, соматоформного расстройства), в обращении за помощью и поведении, связанном с болезнью, однако, культуральные особенности не были систематически включены в данное руководство. В отличие от него, DSM-IV включала краткие описания культурных особенностей при специфических расстройствах, выделяла компоненты культурного подхода и двадцать пять «культурно-специфических синдромов»¹.

При разработке МКБ-11 большое внимание уделяется принципу глобальной применимости, то есть созданию таких диагностических руководств, которые бы хорошо работали по всему миру, в разных регионах, странах и на разных языках². Отражение культурного контекста, в котором происходят клинические встречи, вероятно, послужит этой цели. Тем не менее, существует неизбежное противоре-

чие между включением местного релевантного материала и основной целью международной системы классификации, которая должна надежно передавать клиническую информацию сквозь разнообразные границы. Ответ на этот вызов требует прагматического баланса, который включает в себя признание культурных различий, где они важны, не позволяя им отвлекать от цели общего глобального диагностического языка³.

Для рассмотрения культуральных особенностей в диагностическом процессе Департамент психического здоровья и наркологии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в числе прочего создал рабочую группу для разработки руководства по культуральным аспектам для CDDG МКБ-11, основанного на текущем состоянии клинически применимой информации для конкретных расстройств и / или их групп.

Акцент был сделан на предоставлении практически применимого материала в помощь клиницистам при оценке ими состояния пациентов с использованием МКБ-11 и снижении предвзятости при принятии клинических решений путем облегчения диагностической оценки с учетом культурных особенностей.

Так, например, признавая, что на конкретные идиомы, относящиеся к психическим заболеваниям, всегда влияет культура, руководство описывает эмоции, когнитивные процессы или поведение, которые универсальны и поэтому не являются уникальными для какой-либо культуры.

Рабочая группа разработала следующие вопросы, направляющие генерацию материала о культуре:

- Есть ли свидетельства, что культура оказывает сильное влияние на представленность расстройства? Например,