

# Упрочнение сотрудничества для улучшения доступа к психиатрической помощи в глобальном масштабе

Unützer J, Carlo AD, Collins PY. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry* 2020;19(1):36-37.

В большинстве стран мира для удовлетворения спроса в области психического здоровья недостаточно специалистов. Особенно остро ощущается нехватка психиатров, обладающих необходимой квалификацией для лечения пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями, диагностики сложных коморбидных состояний и подбора терапии. Как и во многих видах неравенства в области здравоохранения, эта нехватка непропорционально выражена в районах с низким уровнем доходов, сельских и малообеспеченных местностях. Чтобы оценить масштаб проблемы, стоит сказать, что в странах с высоким уровнем дохода психиатров более чем в 100 раз больше, чем в странах с низким уровнем дохода<sup>1</sup>.

Растущее осознание глобальной нужды в услугах в области психического здоровья привело к проведению ряду мероприятий по расширению охвата населения психиатрической помощью путем налаживания партнерских отношений с медицинскими работниками других профилей, главным образом в сфере первичной медико-санитарной помощи. Существует богатая история внедрения и оценки таких стратегий, которые часто называют «интеграцией психического здоровья», «интеграцией психосоциального здоровья» или просто «комплексной помощью».

Некоторые стратегии интеграции фокусируются на координации и коммуникации между психиатрами и специалистами первичной медицинской помощи (координированная помощь), другие – на наличии сразу двух специалистов в одном пространстве (совместная помощь). Тем временем другие модели акцентируют внимание на принципах популяционного здоровья и включают систематическую коммуникацию и координацию персонала, работающего совместно для удовлетворения всех потребностей каждого пациента в медицинской помощи (полностью интегрированная помощь).

Одна из таких моделей – «совместная помощь» (collaborative care) – осуществляется в учреждениях первичного звена медицинской помощи и включает в себя совместное выполнение задач и оказание услуг группой специалистов здравоохранения для оказания лично ориентированного, основанного на принципах доказательной медицины лечения распространенных психических расстройств, таких как депрессия и тревога.

В частности, принцип совместного ухода подразумевает обученного менеджера по охране психического здоровья для проведения оценки и сбора данных с помощью общеизвестных инструментов скрининга, таких как опросник состояния здоровья (уровня депрессии) пациента-9 (PHQ-9), и обеспечивает научно обоснованные психологические интервенции, такие как мотивационное интервью, поведенческая активизация и совершенствование проблемно-решающих навыков. Данные менеджеры способствуют проведению длительной психофармакотерапии, назначаемой специалистами первичной медицинской помощи, и ее коррекции в динамике под руководством психиатра-консультанта, который является сотрудником этого учреждения или находится в другом месте и подключается с помощью телемедицинских технологий.

В научно обоснованных программах совместной помощи клинические результаты отслеживаются с помощью электронного реестра, и менеджеры поддерживают регулярный

контакт с пациентами, чтобы убедиться, что никто не выпадает из-под наблюдения. Во время регулярных осмотров психиатр-консультант и менеджер по охране психического здоровья оценивают всю выборку наблюдаемых пациентов, сосредотачивая внимание на тех, кто представляет диагностические сложности или не демонстрирует ожидаемой положительной динамики. Психиатры-консультанты дают диагностические и лечебные рекомендации менеджеру, который вместе со специалистами первичного звена работает над выполнением этих рекомендаций. Пациенты, состояние которых не улучшается, могут быть направлены на очное или виртуальное психиатрическое обследование или в дополнительные специализированные психиатрические, соматические или социальные службы по клиническим показаниям. Коллективная группа по уходу регулярно взаимодействует с первичным звеном медицинской помощи для предоставления актуальной информации о ходе лечения и внесения необходимых корректировок в план лечения.

Хотя первоначально принцип совместной помощи изучался в рамках первичной медико-санитарной помощи<sup>2</sup> в отношении депрессии, с тех пор он был оценен в более чем 80 рандомизированных контролируемых исследованиях (в основном в США и других странах с высоким уровнем дохода) и для других распространенных психических расстройств<sup>3,4</sup>, и подавляющее большинство исследований показали, что этот подход по эффективности превосходит обычную помощь.

По данным Центра передовых решений в области интеграции психического здоровья (Advancing Integrated Mental Health Solutions, AIMS) при университете штата Вашингтон, научно обоснованная совместная помощь включает в себя пять основных принципов: коллективная помощь, ориентированная на пациента, помощь крупным группам населения, лечение на основании принципов доказательной медицины и ответственности<sup>5</sup>. В дополнение к их применению в хорошо контролируемых экспериментальных условиях, программы совместной помощи, которые следуют этим основным принципам, были успешно приняты во многих странах мира, включая страны с низким уровнем дохода и регионы с ограниченным доступом к специалистам в области психического здоровья на местах.

Несмотря на то, что модель совместного ухода является высокоэффективной и надежной для различных условий здравоохранения, она не лишена недостатков, связанных с реализацией и стабильностью. Как и другие мероприятия служб здравоохранения, которые впервые изучаются в хорошо обеспеченных ресурсами и хорошо контролируемых условиях, они могут испытывать значительные «перепады напряжения» при реализации в реальных условиях без пристального внимания к качеству исполнения или соблюдению основных принципов, изложенных выше.

Все больше данных литературы сосредоточено на применении модели совместной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода, и в недавних докладах был отмечен ряд препятствий, таких как отсутствие технологических ресурсов или надежных источников электроэнергии, недостаточная координация деятельности правительства или системы здравоохранения, стигматизация психического здоровья, нехватка квалифицированных работников, недостаточная поддержка со стороны местных лидеров, от-

сутствие доступа к лекарствам и проблемы финансирования<sup>7,8</sup>. Для успешного осуществления этой модели необходима организованная система первичной медико-санитарной помощи, которая способна не только решать острые медицинские проблемы, но и оказывать постоянную помощь при хронических или рецидивирующих заболеваниях.

Несмотря на наличие сложностей, модель совместной помощи остается одним из наиболее изученных и эффективных подходов к улучшению доступа к психиатрической помощи во всем мире. В ряде недавних исследований были определены стратегии преодоления общих барьеров для внедрения и стабилизации подхода, такие как мобилизация и использование существующих ресурсов сообщества, взаимодействие с мировыми общественными деятелями и формирование концепции интеграции психического здоровья в качестве пути совершенствования системы здравоохранения в целом<sup>8</sup>.

В ряде исследований была продемонстрирована целесообразность оказания психиатрической помощи населению с использованием подобных моделей в странах с низким и средним уровнем дохода, в т.ч. программ "Улучшение психиатрической помощи (Programme for Improving Mental Health Care, PRIME)" и "Формирование системы психического здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода (Emerging Mental Health Systems in Low- and Middle-Income Countries, EMERALD)" на примере некоторых регионов Африки и Азии<sup>9</sup>.

Таким образом, модель совместной помощи имеет большую доказательную базу об эффективности для лечения распространенных психических расстройств в различных учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В условиях острой нехватки психиатров по всему миру ин-

терес к способам оптимизации ограниченных ресурсов и привлечения специалистов в области психического здоровья туда, где они наиболее необходимы, растет. Хотя до настоящего времени большинство исследований по вопросам совместной помощи проводилось в странах с высоким уровнем дохода, в последних данных литературы есть основания предполагать, что общие барьеры могут быть преодолены и что этот подход может быть успешно адаптирован и внедрен в условиях ограниченных ресурсов.

**Jürgen Unützer<sup>1</sup>, Andrew D. Carlo<sup>1</sup>,  
Pamela Y. Collins<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington, Washington, WA, USA (США)

<sup>2</sup>Department of Global Health, University of Washington, Washington, WA, USA (США)

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Дорофейкова М. В. (Санкт-Петербург)

#### Библиография

1. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Unützer J, Katon W, Callahan CM et al. JAMA 2002;288:2836-45.
3. Archer J, Bower P, Gilbody S et al. Chichester: Wiley, 2012:2-4.
4. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ et al. Am J Prev Med 2012;42:525-38.
5. AIMS Center. Principles of collaborative care. <https://aims.uw.edu>.
6. Patel V, Belkin GS, Chockalingam A et al. PLoS Med 2013;10:e1001448.
7. Thornicroft G, Ahuja S, Barber S et al. Lancet Psychiatry 2019;6:174-86.
8. Acharya B, Ekstrand M, Rimal P et al. Psychiatr Serv 2017;68:870-2.
9. Lund C, Tomlinson M, Patel V. Br J Psychiatry 2016;208(Suppl. 56):s1-3.

DOI:10.1002/wps.20696

## Роль новых технологий в оценке динамики психопатологии и оказания аналитически обоснованной помощи молодым людям

Hickie IB. The role of new technologies in monitoring the evolution of psychopathology and providing measurement-based care in young people. *World Psychiatry* 2020;19(1):38-39.

Двумя важнейшими инновациями в клинической психиатрии за последнее десятилетие стали развертывание программ раннего вмешательства, ориентированных на молодежь, и разработка системы стадирования для терапевтических вмешательств и патофизиологических исследований<sup>1,2</sup>. Они вовлекают молодежь в активную психиатрическую помощь, продвигают стратегии вторичной профилактики и обеспечивают платформу для более углубленных клинических исследований.

Данные нововведения непосредственно связаны с эпидемиологическими данными, т. к. известно, что большинство психотических синдромов и расстройств настроения манифестируют в подростковом возрасте, ассоциированы с проблемами социальной и образовательной дезадаптации и другими формами рискованного поведения (в частности, суицидальные мысли и поведение, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами)<sup>3</sup>.

Критики этих нововведений подчеркивают возможные негативные последствия, включая преждевременное установление диагнозов, неоправданное воздействие лекарств и нецелевое использование специализированных ресурсов здравоохранения. Истинная ценность этих разработок мо-

жет быть определена только путем углубленной долговременной оценки соответствующих клинических, социальных и профессиональных исходов<sup>4</sup>. Для наиболее затронутых лиц, их семей и опекунов это означает обязательное серьезное долгосрочное взаимодействие с организациями, оказывающими помощь, в рамках которого собираются соответствующие данные.

Для проведения содержательного анализа нам необходимо детальное отслеживание данных в течение 5–15 лет после начала заболевания (т. е. от подросткового возраста до 30 лет). Также требуется согласование данных, получаемых из нескольких источников (отдельных лиц, членов семьи и опекунов, врачей, а также других медицинских работников и связанных с ними социальных, образовательных и трудовых организаций).

Методы сбора данных требуют высокоперсонализированных и гибких подходов, так что большая часть сведений собирается не только в ключевых периодах биологического или социального развития, но и тогда, когда молодой человек подвергается серьезному новому фактору риска, переносит серьезное ухудшение состояния или проходит эффективное лечение.