

Обеспечение качества психологической поддержки: развитие глобальной компетентной рабочей силы

Brandon A. Kohrt, Alison Schafer, Ann Willhoite et al. Ensuring Quality in Psychological Support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. *World Psychiatry* 2020;19(1):115-16.

Во всем мире подавляющее большинство людей с психическими заболеваниями не получают эффективной помощи. Среди людей, живущих с депрессией, только 1 из 5 человек в странах с высоким уровнем дохода и 1 из 27 в странах с уровнем дохода ниже среднего получают минимально адекватное лечение¹. Существует также проблема нехватки работников в сфере здравоохранения, прошедших подготовку по оказанию психиатрической помощи, при этом на одного провайдера приходится 10 000 человек в большинстве стран². Одним из ключевых моментов улучшения доступа к психиатрической помощи является расширение услуг психологической и психосоциальной поддержки, предоставляемых различными кадрами в разных условиях³.

В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что лица, не являющиеся специалистами в области психического здоровья, могут эффективно осуществлять психологические вмешательства, но они должны быть надлежащим образом обучены и находиться под контролем⁴. В число таких неспециалистов входят работники первичной медико-санитарной помощи, общественные работники, социальные работники, учителя, члены семьи и сверстники. Однако, в отличие от лицензированных специалистов, для которых существуют профессиональные ассоциации по обеспечению стандартами, для неспециалистов обычно нет систем или механизмов, проверяющих подготовку и осуществляющих контроль достижения минимальной компетентности для эффективного и безопасного проведения вмешательств. Возникает вопрос: каким образом правительства стран и население в целом могут быть уверены, что неспециалисты будут оказывать качественную помощь?

Одним из способов решения этой проблемы является создание подходов, основанных на компетентностном обучении и оценке компетентности, которые смогут использовать правительственные и неправительственные организации для определения навыков оказания безопасной и эффективной помощи. Оценка компетентности может использоваться для определения того, кто является или не является компетентным, а также для организации надзора и дополнительного обучения для устранения пробелов в навыках. Имея целевые показатели компетентности, можно также указать продолжительность и содержание обучения, необходимые для разных мест или кадров. Подходы, основанные на компетентностном обучении, уже продемонстрировали успех в различных областях здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов, включая хирургию и акушерскую помощь^{5,6}.

Для становления основанных на компетентностном обучении подходов в психосоциальной поддержке, психологическом лечении и навыках оказания помощи Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разрабатывает платформу обеспечения качества в психологической поддержке (Ensuring Quality in Psychological Support, EQUIP) ([https:// www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/)).

Платформа EQUIP согласуется с работой ВОЗ по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, которая заключается в создании рамок компетенций во всех областях здравоохранения. EQUIP будет онлайн-ресурсом,

который поможет руководителям программ и инструкторам оценивать тренинги и давать обратную связь по результатам для поддержки развития обучающихся и изменения учебных программ.

Полный комплект будет включать учебные пособия по внедрению оценок компетентности, в том числе о том, как добиться взаимной достоверности с глобальными рейтинговыми стандартами и как использовать ролевые игры для оценки компетентности. Он будет включать руководство для инструкторов по реализации программ обучения на основе компетенций, и внедрению, и адаптации психологических вмешательств. Кроме того, платформа EQUIP будет предлагать учебные модули по общим факторам, которые могут быть выбраны на основе результатов оценки компетентности. Общие факторы – это общие элементы психосоциальной поддержки и психологической помощи, такие как коммуникативные навыки, эмпатия, сотрудничество и альянс «помощник–клиент», которые являются жизненно важными составляющими эффективности любого вмешательства⁷.

Содержимое платформы EQUIP было проиллюстрировано на семинаре по теории изменений, в котором приняли участие заинтересованные лица, работающие в области психического здоровья и психосоциальной службы, с различным практическим опытом из разных стран мира. Команда EQUIP рассмотрела руководства и учебные материалы для вмешательств, проводимых неспециалистами, эффективность которых продемонстрирована в рандомизированных контролируемых исследованиях. В результате были выявлены компетенции как для общих факторов, так и для конкретных классов психологических вмешательств (например, терапии методами решения проблем, когнитивных, межличностных, поведенческих и травма-ориентированных методов).

EQUIP будет включать в себя инструмент оценки компетенций, «Улучшение оценки общих терапевтических факторов» (Assessment of Common Therapeutic Factors, ENACT), который был разработан для оценки навыков оказания помощи в сфере психического здоровья и психосоциальной поддержки на основе ролевой игры для неспециалистов и специалистов в разных культурах, контекстах и типах вмешательств^{8,9}. Кроме того, разрабатывается и тестируется набор инструментов оценки компетентности на основе ENACT. Ниже мы кратко опишем, кто, как, где и когда можно использовать EQUIP.

Кто может использовать EQUIP? EQUIP предназначен для инструкторов, супервизоров и менеджеров по проектам, оказывающих психосоциальную поддержку и психологические вмешательства.

Как можно использовать EQUIP? EQUIP может использоваться для улучшения реализации планов, оценки компетентности обучаемых и совершенствования учебных и контрольных программ по общим факторам для сопровождения вмешательств, проводимых с использованием руководств. Оценки компетентности могут также использоваться для отбора обучаемых и проведения институциональной сертификации после достижения минимальных целевых навыков.

Где можно использовать EQUIP? EQUIP будет онлайн-платформой с офлайн-форматами.

Когда можно использовать EQUIP? Чтобы усовершенствовать платформу и ее материалы, EQUIP разрабатывается ориентированной на человека для повышения удобства использования и взаимодействия, и апробируется во многих странах. После апробации материалы будут доступны на английском, арабском и испанском языках.

В конечном счете EQUIP призван стать ресурсом, который подвергнется итеративному преобразованию на основе обратной связи с мировым сообществом практикующих специалистов. Удовлетворение потребностей и нужд сферы психического здоровья и психосоциальной поддержки требует радикального роста мировой рабочей силы для обеспечения безопасного и эффективного оказания психосоциальной поддержки и основанных на фактических данных психологических вмешательств. Платформа EQUIP сделает ресурсы обучения и оценки на основе компетенций широкодоступными и адаптируемыми к условиям и потребностям местных организаций и специалистов-практиков.

Благодарность

Финансирование WHO EQUIP обеспечивается USAID. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в данном материале, и они не обязательно отражают взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны.

Brandon A. Kohrt¹, Alison Schafer², Ann Willhoite³, Edith van't Hof², Gloria A. Pedersen¹, Sarah Watts², Katherine Ottman¹, Kenneth Carswell², Mark van Ommeren²

¹Department of Psychiatry, George Washington University, Washington, DC, USA;

²Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland;

³Bureau of Democracy, Conflict and Humanitarian Assistance, United States Agency for International Development (USAID), Washington, DC, USA

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

Редактура: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Библиография

1. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S et al. Br J Psychiatry 2017;210:119-24.
2. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization, 2018.
3. Fairburn CG, Patel V. Am J Psychiatry 2014;171:495-8.
4. Singla DR, Raviola G, Patel V. World Psychiatry 2018;17:226-7.
5. McCullough M, Campbell A, Siu A et al. World J Surg 2018;42:646-51.
6. Ameh CA, Kerr R, Madaj B et al. PLoS One 2016;11:e0167270.
7. Wampold BE. World Psychiatry 2015;14:270-7.
8. Kohrt BA, Jordans MJD, Rai S et al. Behav Res Ther 2015;69:11-21.
9. Kohrt BA, Mutamba BB, Luitel NP et al. Int Rev Psychiatry 2018;30:182-98.

DOI:10.1002/wps.20704

Определение патологической социальной отгороженности: предложенные диагностические критерии для хикикомори

Takahiro A. Kato, Shigenobu Kanba, Alan R. Teo. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. World Psychiatry 2020;19(1):116-17.

В конце 1990-х годов тяжелая и длительная форма социального отчуждения, наблюдаемая чаще среди подростков и молодых людей на этапе перехода во взрослую жизнь, плотно вошла в коллективное национальное сознание в Японии. Данное явление, названное «хикикомори», в последние годы перестало быть проблемой только Японии и теперь рассматривается как, вероятно, носящее глобальные последствия для здоровья населения¹. Этот сдвиг был обусловлен увеличением количества сообщений о случаях хикикомори в эпидемиологических исследованиях, сериях клинических случаев и средствах массовой информации во всем мире².

По мере того, как внимание к хикикомори растет в разных культурах и странах, возрастает потребность в установлении четкого определения и критериев диагностики расстройства. Около десяти лет назад были разработаны предварительные диагностические критерии³ и полуструктурированное диагностическое интервью⁴. За последнее десятилетие мы и другие исследователи этой новой области приобрели большой опыт оценки, лечения и наблюдения за группой лиц с хикикомори, а также членами их семей в Японии и за ее пределами. Это привело к эволюции нашего биопсихосоциального понимания расстройства^{4,5} и острой необходимости ограничить его более ранние определения. Мы считаем, что настало время предоставить обновленное предложение для диагностических критериев хикикомори, приведенное ниже.

Хикикомори – это форма патологической социальной отчужденности или социальной изоляции, неотъемлемой чер-

той которой является физическая изоляция в доме. Человек должен соответствовать следующим критериям: а) заметная социальная изоляция в доме; б) продолжительность непрерывной социальной изоляции не менее 6 месяцев; в) значительные функциональные нарушения или расстройства, связанные с социальной изоляцией.

Лица, которые иногда покидают свой дом (2–3 дня/неделю), редко покидают свой дом (1 день/неделю или менее) или редко покидают одну комнату, могут соответствовать легкой, умеренной или тяжелой степени тяжести расстройства. Лица, которые часто покидают свой дом (4 или более дней в неделю), по определению, не соответствуют критериям хикикомори. Также предполагается значительная продолжительность социальной отгороженности. Лица с продолжительностью социальной изоляции не менее 3 (но не 6) месяцев должны быть классифицированы как пре-хикикомори. Возраст манифестации обычно приходится на подростковый период или период раннего взросления. Однако манифестация после третьего десятилетия жизни также не редкость, при этом домохозяйства и пожилые люди, соответствующие вышеупомянутым критериям, могут также получить диагноз.

Следует сконцентрировать особое внимание на четырех аспектах пересмотренного определения хикикомори. Во-первых, пребывание дома в одиночестве – физический аспект ухода и социальной изоляции – остается центральной и определяющей чертой хикикомори. Тем не менее, это определение уточняет, какую частоту выхода из дома по-прежнему можно квалифицировать как «заметная со-