Столкнувшись с «безумием», академический наблюдатель или человек с улицы подчеркивает метафоры темноты, путаницы и подземных путешествий, и иногда это совпадает с точкой зрения пациента. Но, как сообщают Fusar-Poli и соавт.[4], пациенты могут описывать некоторые «психотические» состояния как пронизанные чувством почти ослепляющей ясности и откровения. Мы должны остерегаться проецирования наших собственных желаний и ценностных суждений на пациентов. Они, по крайней мере иногда, могут чувствовать себя не ниже, но гораздо выше обыденных реалий нейротипичных людей, которые пренебрегают всеобъемлющими и основополагающими, хотя и невыразимыми истинами – истинами, возможно, доступными только в формах самосознания или гиперрефлексивного осознания, недоступных большинству из нас[3].

Следует признать некоторые пробелы в нашем понимании субъективности и ее значения для психиатрии. С точки зрения здравого смысла может быть очевидным, что осуществление свободной воли вместе с переживанием человеком осмысленности или значимости играют определенную роль в поведении индивида и тем самым влияют на материальный план функционирования мозга (если я решаю закрыть глаза во время молитвы, то изменяются паттерны в зрительной коре). Но верно и то, что нам трудно объединить области психической жизни и ее физического субстрата в рамках единого объяснения (проблема «душа/тело»). В частности, нам трудно объединить «действующую» и «воздействующую» части психологического существования[3], то есть оценить тонкие, но решающие способы, с помощью которых защитные или другие направленные на достижение цели формы мышления или поведения способны взаимодействовать с аспектами психической жизни, над которыми человек практически не имеет контроля.

Еще более важная задача – наблюдение и описание самого сознания, чей постоянно меняющийся, всеохватывающий поток мы как люди и носители языка постоянно испытываем искушение неправильно воспринять или описать. Мы поддаемся этому искушению, используя слова, которые подчеркивают существенные, а не преходящие аспекты опыта, или фокусируясь на конкретных объектах осознания, игнорируя тонкие изменения, например в переживании пространства, времени или общей атмосферы реальности. Но ни один подход не может быть полностью «очищенным» в чисто эмпирическом или теоретическом смысле: когда дело доходит до описания опыта, пациенты, равно как и профессионалы, обременены (хотя и благословлены) объективирующими предрассудками своего языка и мировоззрения. Изучение «прожитого опыта» может оказаться невозможным как безошибочное, квазиэмпирическое исследование. Тем не менее оно также необходимо как для этической, так и для научной деятельности психиатрии[9].

Louis Sass

Department of Clinical Psychology, Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University, Piscataway NJ, USA

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

Библиография

1. Sass L. J Humanist Psychol 2020; doi: 10.1037/hum0000186.
2. Dinishak J. Disabil Stud Q 2016; 36:4.
3. Sass L. Madness and modernism: insanity in the light of modern art, litera-ture, and thought. Oxford: Oxford University Press, 2017.
4. Fusar-Poli P., Estradé A., Stanghellini G. et al. World Psychiatry 2022; 21:168–88.
5. Ellenberger H.F. In: May R., Angel E., Ellenberger H.F. (eds). Existence: a new dimension in psychiatry and psychology. New York: Basic Books, 1958. P. 92–124.
6. Minkowski E. In: Cutting J (ed). The clinical roots of the schizophrenia con-cept. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. P. 188–212.
7. Sass L., Borda J.P., Madeira L. et al. Schizophr Bull 2018; 44:720–7.
8. Feyaerts J., Kusters W., Van Duppen Z. et al. Lancet Psychiatry 2021; 8:784–96.
9. Sass L. Crit Inq 2021; 47:544–64.

DOI:10.1002/wps.20986

Что такое хорошая неотложная психиатрическая помощь (и откуда нам это знать)?

Tracy D. and Phillips D. What is good acute psychiatric care (and how would you know)? *World Psychiatry*. 2022; 21(2): 166–167. doi: 10.1002/wps.20958

Существует старая острота про туриста, который спрашивал, в какую сторону идти, а местный житель дал ему своеобразный совет: «Я бы не стал начинать отсюда». У нас есть службы неотложной психиатрической помощи, доставшиеся в наследство. Приюты, закрытые в эпоху деинституционализации, неуклюже превращаются в современные стационары. Созданы (без какой-либо реальной доказательной базы) кризисные группы, что должно было обеспечить выбор и снизить частоту принудительного лечения, но часто, кажется, они функционируют исключительно для (в ужасающих современных заявлениях руководства) избегания госпитализации.

Проведем мысленный эксперимент: если бы вы начали заново, создавали бы все без багажа существующих зданий и служб, то что бы вы создали? И еще немного пофантазируем: ваш бюджет безграничен, а набор и удержание персонала не проблема. Вы бы не построили то, что у нас есть сейчас. Но почему нет и чем бы вы это заменили? Были бы у вас стационарные палаты? Конечно, лучше оборудованные, с большими удобствами и количеством персонала; но сколько бы их было, зачем они вам и что именно в них будет допустимо? Нужны бригады по лечению на дому (не все пациенты в критической ситуации хотят находиться в больнице), но какие вмешательства они должны проводить? Насколько творчески вы могли бы подходить к новым моделям лечения, привлекая социальную помощь, третий сектор и местные сообщества?

Итак, сначала мы ударяемся о стену реальности, так как слышим напоминание о том, что у нас ограничен бюджет, не хватает персонала и сами здания стационаров находятся в аварийном состоянии. Мы вступаем в мир вероятных расходов: содержание отделения может требовать сокращения штата персонала или набор меньшего числа узких специалистов. А потом мы врезаемся в стену с доказательствами. Для чего нужны отделения, что в них будет проводиться? Изоляция, превентивные меры, попечение? Все это естественно, но, видимо, акцент сделан на первые два пункта (и многие люди не знают, что большая часть первоначального

шлюзования палат была направлена на то, чтобы помешать публике входить в пространство, где люди находятся в наиболее уязвимом положении, а не наоборот). Но работает ли подобная «изоляция»? Немецкие данные свидетельствуют о том, что закрытые отделения функционируют хуже, чем открытые, в отношении показателей суицидальности[1]. Другую часть вызовов системе можно бросить на домашние группы лечения. Есть данные, подтверждающие, что такая тактика экономит деньги (что само по себе неплохо) и сокращает количество госпитализаций[2], но ее влияние на предотвращение и сокращение случаев принудительного лечения незначительно, а данные об опыте пациентов скромные[3].

Можно задаться вопросом, что означает эффективность: являются ли предотвращение ущерба и избежание госпитализации пределом наших перспектив и амбиций относительно оказания неотложной помощи? Во время оценивания эффективности часто акцентируют внимание именно на эти факторы, поскольку их легче оценить. Что, помимо упомянутых критериев, мы могли бы исследовать (и как бы вы оценили эти дополнения)? Стараться в минимальный срок проводить психологические интервенции, ориентированные на переломные моменты (какие именно?); больше сосредоточиться на философии взаимопомощи; лучше прорабатывать с группами пациентов вопросы условий проживания каждого и проблемы домашнего насилия? Спорим, что ваши ответы будут очень разными в зависимости от того, пользуетесь ли вы услугами психиатрической помощи, работаете в сфере ее оказания, регулируете предоставление данных услуг или лично предоставляете их.

В журнале Johnson и соавт.[4] приводят всесторонний обзор существующих фактических данных в области неотложной психиатрической помощи, а также пробелов в работе таких служб и возможностей для инноваций. Исследователи убедительно доказывают, что ключевыми шагами станут сокращение принудительного лечения, обращение внимания на психологические травмы, разностороннее развитие методов лечения и обучения персонала, а также обеспечение сотрудничества при принятии решений и оказании помощи. Авторы справедливо признают и подчеркивают сложные этические реалии исследований, принимая участие в которых люди часто находятся в наиболее уязвимом положении.

Нас особенно поразило описание презентаций в отделениях неотложной помощи. Кого может не удивить частая неадекватность условий и сообщаемые высокие показатели предвзятого отношения к проблемам психического здоровья в данных отделениях? Вторая область, которая вызвала громкий резонанс, – это описание инициативной работы с полицией. Это стало причиной возникновения беспокойства по поводу того, что такое взаимодействие в критические моменты может быть обычным явлением, но без надлежащей подготовки или ресурсов они рискуют нанести реальный вред. В Великобритании данная проблема недавно стала предметом пристального внимания общественности из-за обеспокоенности специфичным вмешательством – интегрированной моделью наставничества Serenity. Доказательная база и отсутствие четкого вклада пользователей сервиса в разработку указанной модели подверглись резкой критике.

Нам необходимо выйти за рамки проблем, связанных с избеганием госпитализации пациентами, числом коек-мест и продолжительностью пребывания пациентов в стационаре. Первая проблема создает стационарным службам негативную репутацию; для двух других мы никогда не знаем, какое правильное число коек и как заботит госпитализированного человека средняя продолжительность пребывания в отделении?

Мы имеем набор из всех необходимых компонентов: разработки и совместного производства услуг; сострадательного, чуткого ухода; а также ряда психосоциальных и фармакологических вмешательств. Первый из них, безусловно, очевиден, но недостаточно практикуется: если вы работаете в отделении неотложной помощи, спросите тех, кто проходит лечение в вашем отделении, как они себя чувствуют во время процесса. Второе не вознаграждается системами, которые ставят во главу угла «предотвращение вреда», а не «причинение добра». Johnson и соваторы отмечают, что в существующей литературе по стационарному лечению часто делается акцент на негативной практике: это важно, но «хорошее» – это не только отсутствие «плохого», и нам нужно лучше приветствовать положительные стороны. Детали типа и спектра услуг и ухода остаются, пожалуй, самой сложной и наименее понятной частью системы. Но в них заключается возможность для развития, тестирования и оценки моделей и результатов оказания необходимой помощи. Почему что-то работает (или не работает), какие факторы лежат в основе этого (клинические проблемы, вмешательство, врачи или география/окружающая среда), и что можно перенести в другие ситемы, особенно в страны с низким и средним уровнем дохода.

На наш взгляд, существуют две основные возможности. Во-первых, мы согласны с Johnson и соавторами в необходимости улучшения разработки и совместного предоставления услуг, а также проведения исследований с теми, кто ими пользуется. В Твиттере хештег #CrisisTeamFail набрал популярность, поскольку люди описывают свой плохой опыт ухода за ними. Профессиональным службам нужно это услышать, понять и принять участие в исправлении ошибок, а не реагировать на замечания в защитной манере. Никто более, чем пользователи и их сети поддержки, не может быть заинтересован в улучшении услуг, заполнении пробелов и оценке того, что важно.

Все оценивают реальный бюджет, но мы все равно должны вести тщательно продуманные обсуждения того, что мы можем совместно сделать с теми ресурсами, которые у нас есть. Запросы от тех, кто пользуется услугами, остаются стабильными. Четкий распорядок дня и привитие здоровых привычек, а не дни, которые, казалось бы, строятся исключительно вокруг приема лекарств и времени приема пищи. Больше трудотерапии и содержательных мероприятий, обеспечение того, чтобы эти вопросы находились в центре внимания персонала, с упором на управление и при поддержке профессиональных кадров, о которых говорилось выше, ведение учетных записей и ввод информации в компьютер, а также недопущение нарушений или остановки оказания услуг из-за таких недостатков, как отсутствующие батареи или утерянное оборудование. Люди понимают, что в бригадах по лечению на дому действуют сменные системы и происходит текучесть кадров, но персонализация ухода для понимания индивидуальных перспектив и проблем, в том числе связанных с посещениями на дому и возможными причинами заболевания, не является сложной задачей. Прежде всего, уважение и доброта персонала не менее важны в отделении неотложной помощи, а пора предвзятых комментариев от профессионалов давно прошла.

Во-вторых, существует международная тенденция перехода к оказанию более «интегрированных услуг». В Великобритании происходит медленный, но серьезный сдвиг в сторону интегрированных систем ухода[5], которые объединяют психическое здоровье, острые и хронические проявления соматического неблагополучия, социальную помощь и местные ресурсы с обслуживаемым населением. Johnson и соавт. отмечают рост инноваций, таких как «кризисные кафе» и «кризисные дома», и правильно определяют, как услуги добровольного сектора могут работать по-разному в (часто монолитной) отрасли здравоохранения. Существует много плодотворных возможностей для сотрудничества. Необходимы настоящие популяционные ис-

следования: беспорядочные наборы данных за пределами стандартных рандомизированных контролируемых исследований: реальные люди в их повседневной жизни. Возможно, мы не хотели начинать с того места, где мы сейчас находимся, но, если использовать эту метафору, самое длинное путешествие начинается с одного шага.

Derek K.Tracy[1-3], Dina M. Phillips[4]

[1]West London NHS Trust, London, UK;

[2]Institute of Psychiatry, Psychology & Neu-roscience, King's College London, London, UK;

[3]Department of Psychiatry, University College London, London, UK;

[4]Mind in Bexley, London, UK

Перевод: Лукьянова А.В. (Санкт-Петербург)

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

Библиография

1. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E et al. Lancet Psychiatry 2016;3:842–9.
2. Tracy DK. Lancet Psychiatry 2017;4:5-–6.
3. Carpenter RA, Tracy DK. J Ment Health 2015;24:98–102.
4. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J et al. World Psychiatry 2022;21:220–36.
5. Tracy DK, Hanson K, Brown T et al. Br J Psychiatry 2019;214:315–7.

DOI: 10.1002/wps.20958