Неотложная психиатрическая помощь: подходы к расширению спектра услуг и улучшению доступа к медицинской помощи и ее качества

Sonia Johnson[1,2], Christian Dalton-Locke[1], John Baker[3], Charlotte Hanlon[4,5], Tatiana Taylor Salisbury[4], Matt Fossey[6], Karen Newbigging[7,8], Sarah E. Carr[9], Jennifer Hensel[10], Giuseppe Carrà[11], Urs Hepp[12], Constanza Caneo[13], Justin J. Needle[14], Brynmor Lloyd-Evans[1]

[1]Division of Psychiatry, University College London, London, UK; [2]Camden and Islington NHS FoundationTrust, London, UK; [3]School of Healthcare, University of Leeds, Leeds, UK; [4]Centre for Global Mental Health, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK; [5]Department of Psychiatry, School of Medicine, and Centre for Innovative Drug Development andTherapeuticTrials for Africa, College of Health Sciences,Addis Ababa Uni- versity, Addis Ababa, Ethiopia; [6]Faculty of Health, Education, Medicine and Social Care,Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK; [7]Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK; [8]Institute for Mental Health, University of Birmingham, Birmingham, UK; [9]Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK; [10]Department of Psychiatry, University of Manitoba,Winnipeg, MB, Canada; [11]Department of Medicine and Surgery, University of Milano Bicocca, Milan, Italy; [12]Integrated Psychiatric Services Winterthur, Zürcher Unterland,Winterthur, Switzerland; [13]Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; [14]Centre for Health Services Research, School of Health Sciences, City, University of London, London, UK

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

Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, Newbigging K, Carr SE, Hensel J, Carrà G, Hepp U, Caneo C, Needle J, Lloyd-Evan B. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):220-236. doi:10.1002/wps.20962

Резюме. *Службы неотложной психиатрической помощи очень важны для пациентов и их близких и поглощают значительную долю ресурсов в области психического здоровья во многих странах. Однако неотложная медицинская помощь зачастую непопулярна, а иногда и носит принудительный характер, а данные о том, какие модели лучше всего подходят для опыта и результатов лечения пациентов, остаются на удивление ограниченными, отчасти отражая трудности в проведении исследований с участием людей, находящихся в кризисной ситуации. Особенно ощущается нехватка данных о наилучших подходах к первоначальной оценке состояния пациентов и непосредственному управлению процессами лечения, однако потенциально полезными могут оказаться некоторые новаторские модели, предусматривающие проведение расширенной оценки состояния, кратковременное вмешательство и диверсификацию условий и стратегий оказания поддержки. Палаты неотложной помощи по-прежнему играют центральную роль на этапе интенсивного лечения после кризиса, однако необходимо разработать, оценить и внедрить новые подходы к сокращению масштабов принуждения, решению проблем, связанных с травмами, к диверсификации методов лечения и занятости в стационарах, принятию решений и сотрудничеству в уходе. Данные, свидетельствующие о том, что некоторые лица, пользующиеся услугами по интенсивному домашнему лечению или в амбулаторных отделениях и общинных кризисных службах, не принимаются в больницы: более глубокое понимание того, как лучше всего оказать помощь в широком спектре контекстов и что лучше всего подходит для пациентов, было бы очень ценным. Подходы к урегулированию кризисов в частном и волонтерском секторе более гибкие и неформальные: такие услуги могут дополнять имеющиеся подходы и давать ценный опыт в отношении работы государственного сектора, особенно для групп, которые, как правило, недостаточно охвачены или совсем не охвачены такими услугами. В таких подходах часто участвуют сотрудники, имеющие личный опыт работы в кризисных ситуациях, связанных с психическим здоровьем, эти люди играют важную потенциальную роль в повышении качества неотложной медицинской помощи во всех секторах. Во многих странах с низким и средним уровнем дохода существует значительный разрыв в оказании услуг, обусловленный недостаточным доступом к качественной психиатрической помощи. Ответные меры должны основываться на существующих мерах реагирования, принятых в обществе, и обеспечивать конкретные условия организации помощи. Необходимость выхода за рамки формальных систем в условиях нехватки ресурсов может привести к более широкому изучению местных стратегий оказания помощи.*

Ключевые слова: *неотложная медицинская помощь; психические кризисные ситуации; стационарные психиатрические отделения; кризисные центры; отделения неотложной помощи; бригады по урегулированию кризисных ситуаций и лечению на дому; интенсивное лечение на дому.*

Неотложная психиатрическая помощь, включая стационарные отделения неотложной помощи и службы, которые занимаются урегулированием психических кризисов в отделениях неотложной помощи и в сообществах, поглощает значительную долю ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья во многих странах[1]. Тем не менее она по-прежнему часто непопулярна, иногда воспринимается как травматичная или принудительная и имеет мало научных доказательств того, что она приводит к устойчивому улучшению результатов.

Тем не менее беспрепятственный доступ к мерам реагирования в кризисных ситуациях по-прежнему имеет большое значение для многих пользователей услуг, лиц, осуществляющих уход, врачей и лиц, обращающихся за психиатрической помощью. Таким образом, инновации, которые приводят к улучшению опыта и результатов лечения и более эффективному использованию ресурсов, имеют высокий потенциал для общего воздействия на оказание помощи. В настоящем документе мы подводим итоги исследования существующих моделей услуг и их доказательной базы и выявляем инновации, перспективные на будущее.

Рассмотрим первоначальные меры реагирования на острый кризис, включая оценку, сортировку и планирование первичного ухода. Затем обсудим условия, в которых осуществляется интенсивное вмешательство в целях урегулирования кризиса. И наконец, предложим некоторые межсекторальные подходы к оказанию помощи в кризисных ситуациях, уделяя особое внимание вкладу добровольного сектора; роли пользователей

услуг и коллег в разработке, руководстве и предоставлении кризисных услуг; дистанционному оказанию помощи в кризисных ситуациях; предотвращению кризисов.

В отношении географического охвата невозможно по-настоящему глобально взглянуть на неотложную психиатрическую помощь. Однако, хотя большинство авторов этой статьи базируются в Великобритании и, следовательно, склонны опираться на примеры Национальной службы здравоохранения (*NHS*) этой страны, мы также включаем в обзор работы авторов из нескольких других стран и заканчиваем разделом, посвященным исследованиям из стран с низким и средним уровнем дохода (*LMICS*), в которых отсутствуют специализированные формы кризисной службы.

Мы ориентируемся в первую очередь на неотложную помощь взрослым трудоспособного возраста, а не на специализированные модели для лечения детей и подростков или пожилых людей. Отдельные кризисные службы для этих последних групп редки в большинстве стран, и оказываемый ими уровень неотложной помощи, которые мы обсуждаем в этом документе, сильно варьируется.

Проектирование и разработка методологии оказания неотложной помощи должны основываться на фактических данных, и мы бы предпочли сосредоточиться в первую очередь на вмешательствах, для которых имеются надежные фактические данные. Однако практические и этические проблемы при наборе участников, переживающих кризис психического здоровья, затрудняют исследования в этой области[2], поэтому доказательная база далеко не пропорциональна важности неотложной психиатрической помощи. Поэтому мы включаем в статью не только подходы и модели, которые опираются на сильную доказательную базу, но и другие, которые кажутся ценными для проведения оценки.

ОЦЕНКА И НЕМЕДЛЕННОЕ ПРЕОДОЛЕНИЕ КРИЗИСА

Обзор вопросов оказания неотложной помощи психиатрическим больным в больницах общего профиля

Для многих людей, испытывающих острую проблему с психическим здоровьем, посещение отделения неотложной помощи местной больницы общего профиля является вариантом по умолчанию в кризисной ситуации[3], и в некоторых системах охраны психического здоровья направление на первичную медицинскую помощь может быть только в такие больницы. Несмотря на усилия по разработке альтернатив, количество таких пациентов в неотложных отделениях, как сообщается, растет в США[4], Австралии[5] и Англии[6]. Сообщается, что их посещаемость снова возросла после спада на ранних этапах пандемии COVID-19[7,8].

Обзор фактических данных из семи стран[9] показал, что наиболее часто в отделениях неотложной помощи встречаются пациенты со следующими симптомами и болезнями: самоповреждения, попытки самоубийства, суицидальные мысли, депрессия и шизофрения (такие больные составляют 4% от общего потока пациентов).

Несмотря на высокую доступность, часто сообщается, что отделения неотложной помощи оказываются плохой средой для лечения психиатрических пациентов. Такие люди, как правило, беспокойны и могут заставлять других длительно ожидать и быть свидетелями неприятных зрелищ и звуков. Диагностика проводится в совершенно иной и более институциональной среде, отличной от обычного социального контекста пациентов, и сообщалось, что диагностика в таких отделениях с большей вероятностью приведет к госпитализации, чем при оценке аналогичных кризисов в других учреждениях[10].

Сотрудники отделений неотложной помощи могут не иметь подготовки, необходимой для эффективной работы и выражения сопереживания людям, находящимся в кризисе психического здоровья[11]. Часто сообщалось о негативном отношении к пациентам с признаками психического расстройства[12], особенно к тем, кто неоднократно наносил себе самоповреждения и у кого может быть диагноз «расстройство личности»[13].

Качество и объем исследований, изучающих эффективность различных подходов к улучшению оценки психического здоровья и лечения в отделениях неотложной помощи, могут не соответствовать требуемым. Проблемы включают в себя очень разнообразный характер задач, выполняемых в отделениях неотложной помощи и, в более широком смысле, в больницах общего профиля, где используется модель психиатрических связей; отсутствие качественных рутинных данных; трудности с объединением источников данных больниц общего профиля и поставщиков психиатрических услуг; трудности с выбором соответствующих показателей результатов для отражения кратких контактов[14].

Международный систематический обзор моделей оказания психиатрической помощи выявил всего 17 соответствующих исследований, относящихся только к Австралии, Канаде, Великобритании и США[15]. Сотрудники службы психического здоровья могут быть интегрированы в команду отделения, поддерживая ее при оценке пациентов и сортировке. Служба связи с психиатрами может работать по всему отделению неотложной помощи и больнице общего профиля. Соглашения различных форм могут быть заключены между отделением неотложной помощи и психиатрической службой в рамках одной и той же больницы, чтобы последняя могла предоставлять информацию пациентам при направлении. Наконец, как обсуждается далее, центры психического здоровья могут располагаться вдали от больницы общего профиля. Сообщалось о множестве преимуществ этих моделей, в основном связанных с мерами по использованию услуг, такими как время ожидания, ограничения или незапланированные выезды из отделения неотложной помощи. Большинство исследований не включают клинические результаты или сообщения пациентов.

Какая бы модель ни использовалась, задача в отделениях неотложной помощи заключается в обеспечении того, чтобы в течение короткого периода оценки кризиса быстро устанавливались теплые и поддерживающие терапевтические отношения, чтобы избежать травматического и принудительного опыта ухода и создать контекст для совместного принятия решений о следующих шагах[16,17]. Было бы полезно провести дополнительные исследования, посвященные клинической коммуникации, терапевтическим отношениям и подходам к оценке при кризисах психического здоровья в отделениях неотложной помощи.

Модели расширенной диагностики и сортировки пациентов после посещения отделений неотложной помощи

Международный анализ данных показал, что исследования сильно различались в разных странах[9]. Усилия по повышению качества первичной оценки после посещения отделений неотложной помощи привели к созданию моделей, которые продлевают период оценки психического здоровья в обстановке, которая должна быть более успокаивающей и способствующей оказанию качественной психиатрической помощи, чем в отделениях неотложной помощи.

Целый ряд таких подходов разработан и описан на международном уровне. Службы неотложной психиатрической помощи (*PES*; другие названия которых включают комплексную программу неотложной психиатрической помощи, *CPEP*; экстренную психиатрическую оценку, лечение и исцеление, *EmPATH*) широко распространены в США (где неотложная психиатрия является отдельной специализацией) и в Канаде. Они используются в некоторых отделениях неотложной помощи[18], которые укомплектованы многопрофильными психиатрическими бригадами, включая медсестер по охране психического здоровья и психиатров (доступных по вызову при отсутствии на месте), обычно оказывающих круглосуточную помощь.

В отличие от стандартного подхода к сортировке и переводу пациентов, служба неотложной психиатрической помощи имеет дополнительные возможности для наблюдения за пациентами и обеспечения интенсивного лечения (как правило, в течение 24 часов) с целью стабилизации кризиса и уменьшения потребности пациента в госпитализации. Данные об эффективности службы неотложной психиатрической помощи, обслуживающей большую территорию Калифорнии и связанной с несколькими отделениями неотложной помощи, показали, что их работа существенно сократила время ожидания пациентов в отделениях и повысила эффективность[19].

О подобных моделях сообщается и в других странах. Например, в Австралии отделение поведенческой диагностики с шестью койками в отделении неотложной помощи в Мельбурне было спроектировано для обеспечения успокаивающей обстановки, оценки психического здоровья и наблюдения с целью выписки домой в течение 24 часов. Сравнение состояния пациентов до и после показало сокращение продолжительности госпитализации и ограничительных вмешательств[20].

Подразделения по принятию психиатрических решений были созданы в небольшом количестве медицинских центров в Соединенном Королевстве[21], и доступ к ним осуществляется через группы по связям с психиатрами в ED. Эти подразделения предлагают пребывание пациентов в их стенах в течение от 12 до 72 часов, предоставляя кресла с откидывающейся спинкой вместо кроватей (с учетом некоторой критики[22]), и стремятся обеспечить успокаивающую обстановку, психосоциальную оценку, краткие вмешательства и последующий перевод в другие отделения или выписку. В целом, хотя имеются многообещающие сообщения о повышении качества оказания неотложной помощи, существенные оценки расширенной диагностики и сортировки в отделениях неотложной помощи пока отсутствуют, и необходимо лучше понять влияние этих нововведений на опыт пациентов.

Еще одна модель, которая может быть связана с отделением неотложной помощи, – это отделение кратковременной госпитализации, где вместо полномасштабной госпитализации первичная осуществляется в отделение, в котором проводится интенсивная оценка и планирование лечения в строго установленные сроки, обычно в течение нескольких дней. Несколько ранних испытаний этой модели показали скромные результаты[23], хотя проводились в условиях, когда интенсивные кризисные альтернативы, как правило, были недоступны. Более поздняя версия этой модели в Великобритании не выявила ее влияния на продолжительность пребывания[24], и нам неизвестно о существенных недавних оценках сортировки или кратковременного пребывания в палатах, связанных с отделениями неотложной помощи, или о недавнем всеобъемлющем обобщении литературы по данной тематике.

Центры диагностики за пределами больницы общего профиля

Службы диагностики кризисных ситуаций также могут располагаться вдали от больницы общего профиля в отдельно стоящих центрах, в помещениях общественной службы охраны психического здоровья или совместно со специализированными психиатрическими больницами. Отсутствуют данные о том, какие места в таких случаях оказываются лучшими и для кого. Несмотря на недостатки отделений неотложной помощи, рассмотренные выше, связи между неотложной помощью в области психического и физического здоровья важны (например, после самоповреждения, а также для людей с проблемами как физического, так и психического здоровья или с функциональными соматическими и неврологическими симптомами).

Таким образом, даже в системах охраны психического здоровья, где пациенты с психическими заболеваниями из первичной медицинской помощи направляются в другое отделение, как во многих европейских странах, психиатрическая помощь по-прежнему необходима в отделениях неотложной помощи. Эффективное включение этого опыта в системы стационарной помощи общего профиля и психиатрической помощи, а также обеспечение непрерывности ухода между службами неотложной и квалифицированной, специализированной помощи – сложная задача, представляющая различные проблемы в каждой национальной системе[25].

В 1960-е и 1970-е годы общинные центры оценки психического здоровья, часто называемые клиниками неотложной помощи, были важным нововведением в некоторых странах, включая США и Великобританию. Эти услуги предусматривали предварительную оценку, сортировку и иногда краткосрочное лечение пациентов, часто основанное на теории кризисного вмешательства[26], которая рассматривает кризис не как проявление проблем с психическим здоровьем, а как общую реакцию человека на тяжелые психосоциальные стрессоры, представляющие проблемы, но также и возможности для роста. Подобные модели позже появились в Нидерландах, Италии[27] и немецкоязычных странах, хотя исследование их деятельности показало, что они, как правило, не сосредотачивались на людях с серьезными проблемами психического здоровья[28,29].

Сегодня существует множество международных центров диагностики психических патологий, некоторые из которых используют традиционные модели клинической диагностики и лечения, не отличающиеся от услуг неотложной помощи, в то время как другие предлагают более новаторские альтернативные модели. Упомянутые ранее службы неотложной психиатрической помощи могут располагаться вдали от помещений больниц общего профиля, даже если сохраняют тесную связь с отделениями неотложной помощи. Такие службы также могут быть созданы для предотвращения направления людей, находящихся в кризисной ситуации, непосредственно на обследование в психиатрические отделения, что, как было замечено, связано с высокими показателями госпитализации. В Швейцарии, например, создание подразделения для принятия клинических решений в целях оценки направлений, а не прямого обращения к отделениям сократило ненужные госпитализации и расходы[30].

Переполненность отделений неотложной помощи и соображения инфекционного контроля во время пандемии COVID-19 привели в некоторых странах к дальнейшему развитию центров кризисной оценки за пределами больниц. Например, исследование, проведенное в Англии, показало, что поставщики услуг в области психического здоровья в 80% районов

предоставляют альтернативу своим местным пунктам неотложной помощи больным психиатрического профиля, чаще всего в месте, где оказывались другие услуги в области психического здоровья[31]. Психиатры сообщали, что часто обеспечивали лучшие условия, чем отделения неотложной помощи, для оказания психиатрической помощи, но имели очень ограниченные возможности для проведения диагностики и лечения соматических заболеваний. Были высказаны опасения, что удаление специалистов по психическому здоровью из отделений неотложной помощи может усилить стигму среди персонала скорой помощи и негативно повлиять на уход за многими людьми с проблемами как физического, так и психического здоровья. Была описана итальянская система обслуживания[32], в которой общинный центр психического здоровья, уже использовавшийся в качестве места для некоторой кризисной оценки, сместил акцент на более активное оказание кризисной помощи во время пандемии.

Кризисные центры в сообществе также могут стремиться предоставить более четкую альтернативу стандартным клиническим подходам. Например, за последнее десятилетие в Англии появилась модель «кризисного кафе», которую иногда называют «тихой гаванью» или «убежищем»[33]. Эти услуги обеспечивают предварительную оценку, поддержку и сортировку людей, переживающих кризис психического здоровья, предназначены для обеспечения менее формальной и клинической среды и обычно предоставляются добровольным сектором с персоналом, не имеющим формальной профессиональной квалификации в области психического здоровья, хотя часто со значительным соответствующим опытом. Некоторые также укомплектованы специалистами по поддержке равных, а некоторые возглавляют люди с жизненным опытом проблем с психическим здоровьем (например, *Well-bean Crisis Café* в Лидсе, Англия). Обычно такие организации открыты в нерабочее время (вечером и в выходные дни), когда другие формы поддержки могут быть недоступны, и расположены отдельно от любой другой службы здравоохранения.

Кризисные кафе обеспечивают немедленную поддержку. Люди, находящиеся в кризисной ситуации, обычно могут получить к ним доступ без направления, что способно предотвратить эскалацию кризиса до такой степени, что это привело бы к посещению отделения неотложной помощи или госпитализации. Потенциал таких услуг очевиден, но исследования, оценивающие их эффективность и безопасность, все еще отсутствуют.

Оценка кризиса в сообществе

Высокая тревожность, изнуряющая депрессия или когнитивная дезорганизация могут помешать некоторым людям, находящимся в кризисе психического здоровья, активно обращаться за помощью. Воспринимаемая стигматизация психиатрических служб или предыдущий опыт неудовлетворительного лечения после обращения за помощью или несочувственная реакция в больничных отделениях неотложной помощи[34] также могут создавать барьеры.

Диагностика на дому может быть более осуществимой и менее пугающей или огорчающей для многих. Это позволяет оценить чью-то жизненную ситуацию, текущее преодоление проблем и потенциальные риски в доме. Это может помочь клиницистам рассмотреть социальные предпосылки кризиса, которые в противном случае могут остаться незамеченными[35]. Диагностика на дому может привлечь семью с самого раннего этапа, помогая клиницистам понять и справиться с кризисом[36]. По этим причинам в рамках общественного психиатрического движения разработаны службы оценки кризисных ситуаций на дому, одним из первых примеров которых были междисциплинарные бригады «скорой психиатрической помощи» в Нидерландах в 1930-е годы[37,38].

Созданы специальные группы разрешения кризисных ситуаций и лечения на дому (CRHTT), единственной функцией которых является обеспечение диагностики и краткосрочного междисциплинарного лечения на дому для людей во время кризиса психического здоровья. CRHTT впервые появились в США[42] и Австралии[43], теперь они предоставляются на национальном уровне в Англии и Норвегии, а также во многих регионах Европы, Северной Америки и Австралии[44]. Установленные критерии достоверности для CRHTT включают стандарты простоты направления, быстрого реагирования, круглосуточного обслуживания, уверенного участия и всеобъемлющей первоначальной оценки[45].

Две ключевые проблемы диагностики кризисов в сообществе связаны с обеспечением быстрого реагирования и управлением безопасностью и рисками.

Что касается быстрого реагирования, очная оценка в течение четырех часов с момента направления была принята в качестве проверенного на национальном уровне показателя эффективности в Англии. Тем не менее опрос CRHTT в Англии, проведенный в 2016 г., показал, что целевое время ответа варьировалось от одного часа до одной недели, при этом менее половины команд обычно предоставляли ответ в течение четырех часов. Менее трети норвежских CRHTT достигают хорошей точности по критерию быстрого реагирования[46]. Сотрудники CRHTT подчеркивают необходимость быстрого реагирования на новые направления, в то же время надежно поддерживая частые, запланированные визиты для лечения на дому людей, которым предлагается поддержка в кризисной ситуации[47].

Для решения этой проблемы в Англии решили разделить функции оценки кризисных ситуаций и краткого описания домашнего лечения кризисных ситуаций на две разные группы. Эта разделенная модель в настоящее время реализуется более чем в трети английских регионов здравоохранения[33]. Группы по оценке кризисных ситуаций, иногда называемые группами «первого реагирования», добились заметного улучшения доступности услуг и времени реагирования при проведении местных оценок[48], а также предлагают точку доступа «нет неправильной двери» для людей, находящихся в кризисе психического здоровья любой степени тяжести. Однако такие группы рискуют привести к новым разрывам между оценкой и лечением, что может повлечь потерю информации или привести к тому, что людям в кризисной ситуации придется рассказывать свою историю несколько раз разным специалистам. На данный момент нет убедительных доказательств, сравнивающих эффективность или опыт пользователей таких услуг.

Что касается безопасности и риска, диагностика на дому не подходит, когда кому-то требуется срочное медицинское обследование или лечение (например, после передозировки или другого самоповреждения). Врачам-одиночкам в незнакомой домашней обстановке может быть труднее, чем в клинических условиях, справиться с эскалацией рисков для человека в кризисной ситуации или для других людей. Кокрановский обзор предупреждает, что люди с самым высоким риском или употребляющие наркотики и алкоголь, как правило, исключались из исследований, которые давали положительные оценки[49].

Поэтому тщательный сбор информации и сортировка пациентов необходимы до того, как будет предложена оценка состояния пациента на дому. К этой работе можно привлечь круглосуточные телефонные линии

экстренной помощи, укомплектованные квалифицированными врачами и имеющие связи с другими местными или национальными службами здравоохранения; также необходимо улучшить доступность кризисной поддержки[33]. Эффективная системная интеграция с полицией и службами скорой помощи требуется в обстоятельствах, когда потребность в немедленном доступе к больнице или поликлинике становится очевидной во время оценки состояния на дому, и помощь служб экстренной помощи необходима для обеспечения безопасной перевозки человека. Это обсуждается в следующем разделе данной статьи.

Также рекомендуется принять практические меры, помогающие обеспечить безопасность персонала, такие как регуляция политики одиночной работы с регистрацией и последующими процессами, организацию сигнализации для персонала и возможность группового посещения в паре при наличии показаний[44]. Проблемы организации оказания помощи усугубляются в отдаленных районах, и роль телепсихиатрии в кризисных ситуациях обсуждается ниже.

Инициативы по содействию оперативной оценке состояния пациентов после контакта с полицией

Обзор литературы 2016 г. показал, что примерно каждый десятый человек взаимодействовал с полицией перед обращением за психиатрической помощью[50], хотя автор нашел по этой теме только исследования из Северной Америки. В канадском городе около половины обращений в полицию по вопросам психического здоровья заканчивались задержанием на основании законодательства в области психического здоровья, половина из которых приводила к госпитализации[51]. Во всем мире сообщалось об опасениях, что полицейские, не имея надлежащей подготовки или поддержки со стороны окружающих, часто первыми сталкиваются с людьми с острыми психозами, что может привести к ухудшению прогноза для людей, находящихся в критической ситуации, получению травм и принуждению, а также увеличению числа ненужных арестов[52] и госпитализаций[53].

Были разработаны различные модели оказания помощи, созданные для улучшения результатов лечения людей, переживающих кризис психического здоровья после обращения в полицию. Обычно это сотрудничество полиции и психиатрических служб, которые вместе реагируют на вызовы службы экстренной помощи, связанные с психическим здоровьем. Сообщалось о некоторых успехах в сокращении ненужного использования недобровольной госпитализации. Например, в Торонто (Канада) обнаружено, что использование модели включающей дополнительное обучение и совместные действия медсестер психиатрических служб и полицейских, привела к снижению показателей принудительного сопровождения в больницу, а также арестов и травм, хотя общее число госпитализаций увеличилось[54].

В Великобритании около 70% поставщиков медицинских услуг имеют службу уличной сортировки, включающую различные модели совместного реагирования полиции и специалистов в области психического здоровья: начиная от телефонной связи и заканчивая (в некоторых случаях) круглосуточным совместным реагированием[47,55]. Систематический обзор исследований возможностей совместного ответа выявил наличие таких работ в Австралии, Канаде, Великобритании и США[56]. Были признаки того, что службы совместного реагирования сократили количество недобровольных госпитализаций и арестов.

Отзывы как сотрудников полиции, так и медиков, работающих в уличных бригадах сортировки или аналогичных моделях оказания помощи, в целом положительные[55,57], но исследований, посвященных изучению опыта пациентов, не хватает[56]. Существующие показывают, что пациенты ценят тех, кто оказывает помощь, опираясь на знания в области психического здоровья и навыки деэскалации[54].

Существует множество проблем, связанных с совместным реагированием в разных организациях с очень разными ролями, и модели, которые могут привести к более активному участию полиции в управлении кризисами психического здоровья, могут оказаться неприемлемыми или иметь непреднамеренные негативные последствия. Например, модель интегрированного наставничества *Serenity* (*SIM*), развернутая в Англии примерно половиной трастов *NHS*, разработана как согласованный подход служб охраны психического здоровья и полиции к более эффективной поддержке людей, которые часто обращаются в службы неотложной помощи. Но появились сообщения о том, что это привело к ненадлежащему отвлечению от служб здравоохранения и подходам, по большей части основанным на соблюдении границ. Эти сообщения способствовали тому, что коалиция *#StopSIM* пользователей услуг организовала кампанию против развертывания модели при поддержке союзников в секторе психического здоровья[58,59,60], после чего политики потребовали от трастов срочно пересмотреть его дальнейшее использование. Большая часть дебатов была сосредоточена на этичности участия полиции в оказании помощи острым пациентам и на отсутствии подкрепляющей доказательной базы, что свидетельствует о рисках применения моделей, не подкрепленных надежными доказательствами.

ИНТЕНСИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ КРИЗИСА

Лечение кризисов в больнице

Несмотря на повсеместное распространение стационарных отделений неотложной психиатрической помощи в системах охраны психического здоровья, было на удивление мало их определений или обсуждений их роли, функций и структуры. *Bowers* и соавт.[61] предлагают концептуальную модель стационарного лечения. Первичные задачи госпитализации для стационарного лечения могут включать некоторые или все из следующих аспектов: обследование, лечение острого заболевания, обеспечение безопасных и комфортных палат, реабилитацию и минимизацию личного стресса.

Стационарные отделения имеют уникальную возможность обеспечить проведение недобровольного лечения, постоянное наблюдение для сдерживания рисков и проводить лечение пациентов, чье поведение неуправляемо или неприемлемо в обществе. Стационарная госпитализация также предлагает пространство для устранения стрессоров, которые возникают в домашней обстановке человека, а также возможность благодаря круглосуточному уходу обеспечить высокий уровень межличностного контакта и терапевтического взаимодействия[61].

Таким образом, очевидна роль стационарных отделений в оказании помощи и поддержки тем, кто находится в наиболее тяжелом состоянии, в то время как общественные службы не могут предложить безопасную альтернативу. Тем не менее в контексте повествования о деинституционализации отделения неотложной помощи, как правило, рассматриваются как дорогостоящее наследие прошлой институционализированной системы помощи, где госпитализация отражает неэффективность лечения, а не как уникальные и специализированные клинические услуги, играющие важную роль в рамках сбалансированной системы охраны психического здоровья[62].

На международном уровне обеспечение коек неизбежно зависит от национальной и региональной конфигурации систем охраны психического здоровья[63]. В целом в Европе существуют системы охраны психического здоровья с преимущественно ориентированными на сообщества подходами, например в Великобритании, Италии и Испании; районы с высокой доступностью общественных, жилых и больничных услуг (в основном в скандинавских странах); и районы, где процесс деинституционализации все еще не завершен, а стационарные услуги являются основным источником помощи, например в сельской Франции или там, где этот процесс все еще находится на очень ранних стадиях, как в некоторых странах Восточной Европы[64].

Недавнее исследование с участием 22 стран с высоким уровнем дохода в Европе, Северной Америке и Австралии выявило большие различия в степени стационарного обеспечения: среднее количество коек на 100 тыс. населения составляло 64 с межквартильным диапазоном 46–93[65]. По всей Европе и в других местах число коек в психиатрических стационарах в последние десятилетия имело тенденцию к сокращению. Например, количество коек в Англии сократилось на 62% в период с 1988 по 2008 г.[66]

Большая часть литературы по стационарному лечению посвящена негативному опыту пациентов и рискам. Потенциальный ятрогенный вред включает институционализацию, обострение психотических симптомов из-за интенсивных социальных контактов с другими, травмы или виктимизацию со стороны других пациентов, одиночество из-за отделения от своей домашней среды и социальных контактов, отчаяние и депрессию, возникающие из-за окружения и наблюдения за другими очень нездоровыми пациентами, и стигматизацию[61]. Женщины уязвимы к сексуальным домогательствам или нападениям, особенно в смешанных стационарных отделениях[67].

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что стационарные психиатрические отделения неотложной помощи часто небезопасны и имеют высокий уровень внутренних и международных различий по степени конфликтов и сдерживания[68,69]. Во время стационарного лечения пациенты могут столкнуться с большим числом ограничений (физические и механические ограничения, принудительное лечение); дискриминация по признаку этнической принадлежности, пола или диагноза; стать жертвой преступления (физическое или сексуальное насилие, преступная деятельность, употребление наркотиков); и общим ограничениям и правилам. В Англии наиболее частые инциденты связаны с агрессией и членовредительством[70].

Инциденты, связанные с безопасностью, часто сопряжены с большими физическими, эмоциональными и финансовыми затратами. Физический и психологический вред для пациента, который может увеличить продолжительность пребывания в больнице, а также оказать негативное влияние на качество жизни, связанное со здоровьем[71], часто недооценивается даже в тех службах, которые стремятся использовать модели помощи с информацией о травмах, цель которых состоит в том, чтобы избежать повторения неприятного опыта, который привел к психологической травме[72]. В некоторых случаях также могут иметь место травмы персонала, что приводит к затратам на замену и влияет на выгорание, стресс и моральное состояние медицинских работников[73]. Финансовые затраты на сдерживание, изоляцию, купирование агрессии и неадекватного поведения и индивидуальный уход тщательно не изучались. Один инцидент в палате может увеличить вероятность дальнейших инцидентов из-за нарушенной среды и социального заражения[74].

Часто сообщается о негативном опыте недобровольного лечения пациентами и персоналом, и это вызывает особую озабоченность, учитывая контраст между такими практиками и принципами сотрудничества и согласия, которые обычно отстаиваются в качестве основных основополагающих ценностей лечения психических заболеваний[75,76].

Количество недобровольных госпитализаций в психиатрические больницы выросло в некоторых странах с высоким уровнем дохода и соответственно снизилось в других за последние десятилетия[65]. Объяснения того, почему это происходит, остаются запутанными. Вероятно, здесь задействована сложная комбинация социальных, служебных и правовых факторов[65]. Доказательства связи количества коек и их доступности с показателями содержания под стражей неоднозначны и неубедительны[77]. Однако в странах, где стремление к сокращению больничных коек было сильным, широко распространены опасения и представления о том, что нехватка коек привела к более высоким порогам для госпитализации, большей вероятности того, что госпитализированные будут принудительно задержаны, более высокой концентрации в палатах людей, которые очень остро больны и имеют сложные потребности и нарушенную палатную среду. Сочетание этих факторов создает высокий риск ятрогенного вреда. Недобровольная госпитализация увеличивает вероятность повторных госпитализаций[78].

Стационарная госпитализация обеспечивает быстрый доступ к необходимым лекарствам, интенсивный мониторинг и своевременную смену терапии, при необходимости принудительное лечение – все это может быть проблематичным при оказании внебольничной помощи[61]. Тем не менее сообщается, что во многих случаях практика назначения лекарств слишком сильно зависит от высоких доз препаратов, полипрагмазии и дополнительных доз по мере необходимости[79], и существует недостаток данных об эффективных немедикаментозных подходах к лечению острых заболеваний и агрессивного поведения[80]. Литература по когнитивно-поведенческим вмешательствам при психозах, адаптированных к стационарным условиям, начинает развиваться и предоставляет примеры возможных подходов для лечения людей со сложными потребностями, но еще не предлагает убедительных доказательств в поддержку крупномасштабной трансформации лечебных подходов[81]. Кроме того, поразительно не хватает доказательств хорошего качества эффективности стационарного лечения людей с диагнозом «расстройство личности».

В последние годы разработаны вмешательства, специально предназначенные для уменьшения конфликтов и для использования ограничительных практик в стационарных отделениях. В недавнем систематическом обзоре[82] выявлены две программы, доказавшие эффективность в ходе испытаний: *Safeward*[83] и *Six Core Strategies*[84], обе из которых широко используются на практике[85]. Это многокомпонентные вмешательства на командном уровне, которые направлены на предотвращение или смягчение потенциальных горячих ситуаций, возникающих в результате взаимодействия между пациентами, между персоналом и пациентом или нормативно-правовой или физической средой отделения. Также была подчеркнута необходимость улучшения терапевтического взаимодействия и культуры ухода в палатах в целом[86].

Общий обзор вмешательств, направленных на снижение недобровольных госпитализаций в службах охраны психического здоровья, подводит к выводу, что имеются подтверждающие данные в пользу вмешательств по обучению персонала[87]. Однако доказательства эффективности

инициатив, которые пытались улучшить терапевтическое качество палат, таких как планирование защищенного времени для общения персонала отделения с пациентами, как правило, неубедительны. Скука считается общей проблемой для пациентов в стационарных отделениях, но необходимы дополнительные эмпирические данные о ее воздействии на пациентов и наилучших способах решения этой проблемы[88].

Еще одна область, в которой международная практика различается и где отсутствуют доказательства в поддержку наилучших решений, – это расположение отделений. В некоторых странах встраивание отделений неотложной помощи в больницы общего профиля считается выгодным из-за тесных связей со службами физического здоровья, нормализации психического здоровья и доступности для местных сообществ[89]. Однако к потенциальным недостаткам относятся палаты, не предназначенные специально для пациентов с психическими заболеваниями, и отсутствие доступа к безопасному открытому пространству.

Необходимо лучше понять, как спроектировать лечебную среду, которая предлагает уединенное пространство, свет, доступ к свежему воздуху и внимание к деталям, относящимся к выздоровлению (например, сделать среду благоприятной для аутистов)[90]. Выявление и международное распространение примеров хорошей практики было бы очень ценным, поскольку характер и, возможно, качество палатной среды сильно различаются в разных странах. Другие вопросы, которые еще предстоит решить, касаются ценности специализированных палат, разделенных на основе диагноза, других показателей, а также по половому признаку[91].

Кадровое обеспечение – еще одна область, в которой есть возможности инноваций для улучшения ухода. Укомплектование палат персоналом остается прерогативой медсестры, которая в основном обеспечивает круглосуточный уход за стационарными пациентами. Подход к укомплектованию персоналом часто ограничивается бюджетом и обычаями, а не фактическими данными, и нам не хватает высококачественных исследований относительно безопасных уровней укомплектования персоналом или оптимального сочетания навыков работы в стационарных отделениях. Принятие клинических решений в большинстве случаев все еще имеет тенденцию к доминированию психиатров, часто с использованием традиционной модели обхода отделения. Более широкое вовлечение других членов междисциплинарной команды, таких как психологи и эрготерапевты, имеет большой потенциал для обогащения как принятия решений, так и терапевтической среды и деятельности, хотя недостаточное количество специализированных медицинских кадров может ограничивать эту возможность[2]. Возможность еще больше обогатить набор навыков, предоставив роли специалистам по поддержке, защитникам психического здоровья, жилищным инспекторам и социальным работникам, может помочь устранить отчуждение пациентов от сообщества и решить те ключевые проблемы, которые ускоряют и продлевают госпитализацию, такие как социальная изоляция, бедность и плохое жилье.

Будущее неотложной стационарной помощи требует серьезного внимания. Услуги могут улучшаться, и ключом к этому является прислушивание к голосу пациента[86,93]. Существует необходимость прислушиваться к тем голосам пациентов, которые подвергаются маргинализации в результате пола, этнической принадлежности или диагноза, включая тех, у кого есть ярлык «пограничное расстройство личности», которые могут подвергаться наибольшему риску получения некачественной помощи[94]. Получение высококачественной помощи по месту жительства и поддержка людей вне больниц по праву становятся политическим приоритетом на международном уровне, но жизненно важно, чтобы это сопровождалось постоянными усилиями по изменению и улучшению оказания помощи в неотложных стационарных условиях, перебалансировке многопрофильных команд, учетом мнений пользователей и инвестированием в мероприятия, демонстрирующие улучшение результатов лечения пациентов.

Домашнее лечение

Программы раннего лечения кризисов на дому стали частью широкого движения за деинституционализацию, направленного на минимизацию стигмы и нормализацию кризисов психического здоровья. В этом разделе мы обсуждаем интенсивное лечение в домашних условиях. Мы отмечаем, что во многих системах одни и те же команды предлагают как кризисную домашнюю диагностику (описанную выше), так и интенсивное домашнее лечение.

Домашнее лечение от *CRHTT* может уменьшить воспринимаемую стигму и принуждение, связанные с госпитализацией. Требуя переговоров и происходя на территории человека, находящегося в кризисе, такая терапия потенциально уменьшает дисбаланс сил и помогает уважать автономию людей[95]. Это может способствовать большему вниманию к межличностным вопросам и вовлечению семьи в лечение и получение пациентом более широкой системы поддержки[34,96]. Это также может помочь избежать сложностей переноса стратегий преодоления трудностей и навыков, полученных в условиях больницы, в домашнюю обстановку[41].

Обзор *Cochrane Collaboration* по вмешательству в кризисных ситуациях на уровне сообщества для людей с тяжелыми психическими заболеваниями[49] включал шесть исследований *CRHTT* (и две услуги в кризисных ситуациях по месту жительства). Оказалось, что *CRHTT* могут сократить использование стационарных услуг, улучшить клинические результаты и качество обслуживания пациентов, а также снизить затраты. Обсервационные исследования также предполагают, что внедрение *CRHTT* в местном районе позволит снизить общее количество госпитализаций в связи с психическим здоровьем при правильном внедрении[97]. Квалификация этой многообещающей доказательной базы заключается в том, что кризисное лечение на дому не подходит для людей с самым высоким риском для себя или других, а *CRHTT* не продемонстрировали эффективности в предотвращении принудительной госпитализации[98].

CRHTT не исходят из строго определенной теоретической модели лечения. Основные характеристики типовых услуг включают мультидисциплинарную команду; доступность 24/7 и быстрое реагирование на кризисы; интенсивное краткосрочное лечение на дому (обычно менее шести недель и с посещениями чаще одного раза в день); сотрудничество с семьями и другими задействованными службами; работу с людьми в кризисной ситуации, которые в противном случае были бы госпитализированы, и содействие ранней выписке из больницы госпитализированных[43]. Имеются некоторые эмпирические данные о том, что наличие психиатра в команде связано с эффективностью *CRHTT*[99]. Была разработана более конкретизированная модель *CRHTT* и сопутствующая шкала точности[44], при этом выявлено, что показатели достоверности связаны с показателями госпитализации и удовлетворенностью уходом[100], но относительную важность индивидуальных критериев достоверности и критических компонентов *CRHTT* еще предстоит установить.

Внедрение модели *CRHTT* оказалось сложной задачей. Точность модели обычно низкая или умеренная в Англии и Норвегии – двух странах, где она была расширена на национальном уровне[45,101]. Критика со стороны пациентов и их семей включала плохую непрерывность помощи в рамках командной работы *CRHTT*, узкий терапевтический фокус на риске и лекарствах (с соответствующим отсутствием других значимых терапевтических вмешательств), а также отсутствие поддержки или участия семей[33,99,102,103]. Персонал *CRHTT* обратил внимание на трудности в прояснении роли *CRHTT* в системе охраны психического здоровья, а также в совместной работе со стационарными службами и группами долгосрочной помощи по месту жительства[46].

Три инициативы могут предложить полезные способы решения некоторых из этих трудностей и повышения эффективности *CRHTT*. Во-первых, исследование в Великобритании[104] показало, что программа улучшения обслуживания для *CRHTT* в течение одного года, включающая инструктаж со стороны старшего врача, регулярную оценку эффективности и доступ к онлайн-банку практических ресурсов, повысила точность модели и привела к сокращению числа и длительности госпитализаций. Во-вторых, недавнее исследование в Швейцарии[105] сообщило, что *CRHTT* удалось сократить использование стационарных коек, несмотря на то, что основное внимание уделялось почти исключительно быстрой выписке из больницы, а не предотвращению госпитализаций, что показывает важность тесного сотрудничества со стационарными отделениями для прекращения пребывания в стационаре, как только лечение на дому становится жизнеспособной альтернативой. В-третьих, разработан ряд моделей для расширения участия семей в неотложной психиатрической помощи, обычно делающие акцент на общение и совместное принятие решений[106].

Наибольшее внимание на международном уровне уделяется подходу открытого диалога (*ODA*). ODA – это модель кризиса и непрерывного ухода, характеризующаяся быстрым реагированием на проявление кризиса; уход сосредоточен на регулярных встречах участников всей сети поддержки человека, находящегося в кризисе; и психологически обоснованный подход к уходу, осуществляемый клиницистами, прошедшими подготовку в области семейной терапии. В трех оценках *ODA* в Финляндии были получены многообещающие результаты[107], хотя надежные доказательства эффективности и применимости модели в других областях здравоохранения еще не представлены. В Англии проводится рандомизированное контролируемое исследование адаптированного подхода *ODA* в контексте современного *CRHTT*[108].

Кризисная оценка и интенсивное лечение на дому в некоторых системах обслуживания считаются функциями общинных психиатрических бригад, которые также обеспечивают долгосрочную помощь[109,110]. Это имеет преимущества для непрерывности помощи и терапевтических отношений. Тем не менее общественные группы, также выполняющие ряд других функций, могут испытывать затруднения при оказании интенсивной поддержки и быть не в состоянии работать с людьми, которые еще не имеют определенной занятости.

Домашнее лечение может быть бесполезным для людей, которые крайне социально изолированы или имеют напряженные отношения с другими членами семьи, что способствует кризису; а бывает, что другим членам семьи требуется передышка от их обязанностей по уходу. «Семейные спонсирующие дома» – краткосрочное размещение в кризисных ситуациях в принимающих семьях, которые обучаются и поддерживаются командами по охране психического здоровья, – были созданы в США и Англии[33], хотя практические и юридические проблемы ограничивают внедрение этой модели на международном уровне.

Отделение острых состояний

Организация отделений острых состояний (*ADU*) обычно предполагает программы, сочетающие терапию, мероприятия и социальные контакты для людей, переживающих кризисы психического здоровья, близких к порогу госпитализации и посещающих их несколько раз в неделю в течение нескольких недель. Традиционно их называют дневным стационаром или службой частичной госпитализации, но нынешнее использование таких названий, как отделение острых состояний или реабилитационный центр, отражает опасения, что термин «дневной стационар» может иметь неоправданно институциональные коннотации[111].

История *ADU* берет начало в прошлом веке: Москва в начале 1930-х годов иногда упоминается как место их рождения, выдающиеся модели были созданы в Европе и США до и после Второй мировой войны, а в дальнейшем стали появляться во многих странах в 1950–1980-е гг.[112]

Доказательная база для *ADU*, возможно, является наиболее надежной при любом варианте госпитализации. Авторы Кокрейновского обзора пришли к выводу, что примерно каждый пятый из тех людей, кто в противном случае был бы госпитализирован в психиатрическое отделение неотложной помощи, мог бы успешно лечиться в условиях отделения острых состояний, имея аналогичные клинические и социальные результаты[113]. Самое последнее исследование в Великобритании показало большую удовлетворенность услугами и улучшение симптомов у пациентов *ADU*[114] , но за последние 15 лет во всем мире не было новых исследований по этой проблеме, поэтому нельзя предположить, что результаты опыта Великобритании будут воспроизведены в современных системах обслуживания, которые, как правило, имеют высокие пороги для госпитализации и другие подходы, такие как *CRHTT*, предоставляющие альтернативы. Тем не менее недавнее натуралистическое исследование сравнило результаты лечения *ADU* и *CRHTT*, обнаружив большую удовлетворенность услугами и лучшие итоги лечения депрессии и благополучия для *ADU*[115].

Несмотря на убедительные подтверждающие доказательства, в Великобритании зарегистрировано снижение предоставления *ADU*[116], которое, возможно, ускорилось во время пандемии COVID-19, в то время как в других странах мира опубликовано мало новых данных по этому вопросу. Причины этого могут включать в себя представление о том, что данная модель является чрезмерно институциональной, значительные помещения, необходимые для поддержки сравнительно небольшого числа пользователей услуг, и появление других альтернатив доступа.

Уход за формой *ADU* также может быть интегрирован в центры психического здоровья по месту жительства, где они играют центральную роль в предоставлении услуг. Тем не менее качественная работа, а также данные испытаний указывают на некоторые конкретные преимущества, которые могут отсутствовать у других альтернатив поступления: *ADU* обладают важным потенциалом для преодоления одиночества, социальной изоляции и отсутствия целенаправленной деятельности, а также служат потенциальной средой для поощрения как формальной, так и неформальной поддержки сверстников[117]. Доказательств важности социальных связей, чувства принадлежности и поддержки сверстников в восстановлении психического здоровья становится все боль-

ше, и целенаправленная деятельность отделений также имеет значение для выздоровления. Таким образом, возрождение *ADU* в качестве основной службы неотложной помощи было бы своевременным.

Кризисные службы жилых кварталов

Как и ADU, кризисные дома и другие альтернативы подобны госпитализации. Обычно это организации, допускающие краткосрочное пребывание в них пациентов от нескольких дней до нескольких недель, с круглосуточным персоналом и терапевтическими программами, которые варьируются от клинических услуг, направленных на проведение лечения аналогичного стационарному, но в менее принудительных и институциональных условиях, до более радикальных альтернатив[118].

Одним из первых примеров таких организаций в США был *Soteria House* в Калифорнии, который с 1971 по 1983 г. стремился лечить первый и второй эпизоды психоза с помощью минимального количества лекарств без изоляции пациентов, с некоторыми положительными результатами[119]. Впоследствии кризисные дома были описаны во всем мире в самых разных форматах. В Великобритании в последние годы доступность такого вида помощи возросла, и в 2019 г. немногим более половины обслуживаемых территорий имели частичный доступ к кризисному жилью[33].

Доказательства эффективности модели кризисного дома существенны, хотя и не окончательно подтверждены. Сообщалось о небольшом количестве рандомизированных контролируемых испытаний, что отражает трудности проведения таких испытаний с людьми в кризисной ситуации[2]. Систематический обзор[23] включал пять рандомизированных испытаний и 11 нерандомизированных исследований альтернатив госпитализации. Услуги были разнообразны по теоретической модели, содержанию и рабочей силе и включали 11 исследований в США, два в Великобритании и два в Швейцарии. Обобщенные выводы заключались в том, что, согласно ограниченным имеющимся данным, кризисные дома демонстрируют аналогичные, а в некоторых случаях и лучшие клинические результаты по сравнению с больницами, с аналогичными или более низкими затратами и большей удовлетворенностью пациентов.

Последующий обзор в США[120] включал услуги для пациентов в подострых состояниях, необязательно с круглосуточным персоналом, но с доступом для экстренной госпитализации с целью предотвращения кризиса. Сообщалось об эквивалентных или лучших клинических результатах и большей удовлетворенности пациентов по сравнению с пребыванием в отделениях неотложной помощи, при этом в некоторых исследованиях также были обнаружены более низкие затраты на лечение.

Авторы этих исследований отмечают, что общественные службы неотложной помощи оказывают помощь населению, как и отделения неотложной помощи, но часто исключая людей, которые оцениваются как представляющие значительную опасность или которые были принудительно задержаны[118]. Нам известно, что за последние 10 лет не проводилось ни одного рандомизированного контролируемого исследования альтернатив стационарам.

Положительные сообщения, касающиеся опыта пользователей услуг, терапевтических взаимоотношений и доступности нестандартных терапевтических моделей, занимают видное место в литературе по кризисным домам[121-124]. И это наряду с доказательствами удовлетворительных результатов и аналогичных или более низких затрат по сравнению со стационарным лечением дает основание для включения альтернатив стационарной неотложной помощи в качестве стандартной части спектра услуг в любую систему охраны психического здоровья, где приоритет отдается выбору, гибкости и экономической эффективности. Несмотря на это, нам неизвестно о странах, где появление кризисных домов является стандартным элементом неотложной помощи, хотя такая модель существует во многих странах.

Литература по кризисным службам в жилых районах предполагает их разнообразие[118]. Хотя это и является препятствием для получения обобщающих выводов об их результатах, но это потенциальная сила в разработке гибкой системы кризисной помощи, удовлетворяющей ряд потребностей пациентов. Потребности людей сильно различаются во время кризиса психического здоровья: например, пациент, начинающий принимать лекарства после рецидива психоза или биполярного расстройства, может получить пользу от пребывания в кризисном доме, в котором работают ряд клинических специалистов и подходов, в то время как индивид с эскалацией стресса и риском членовредительства в контексте комплексной травмы и/или диагноза «расстройство личности» может извлечь больше пользы из менее клинического подхода, в котором основными элементами могут быть забота о взаимоотношениях, психотерапевтические подходы к травме и сложным эмоциональным потребностям, а также поддержка сверстников. Таким образом, оптимизированная система кризисной помощи может включать в себя множество вариантов проживания, предлагающих выбор подходов к нуждам пациентов и вариантов направления к врачам.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ

Предотвращение кризисов

Наше основное внимание в этой статье уделяется управлению переломными моментами психического здоровья. Однако, очевидно, что наилучшим вариантом является предотвращение таких кризисов, если это вообще возможно, инвестируя вместо этого в поддержание хорошего психического здоровья и поддержку выздоровления в сообществе[125]. Быстрый анализ фактических данных показал, что несколько вмешательств, рекомендованных руководящими принципами Национального института здравоохранения и передового опыта в области здравоохранения (*NICE*) Великобритании, содержат некоторые подтверждающие данные, касающиеся предотвращения обострения и/или рецидивов болезни[126]. К ним относятся услуги раннего вмешательства при психозах, модели интенсивного ведения пациентов и ряд фармакологических и психологических вмешательств при психозах и биполярном расстройстве. Инвестиции в полное внедрение таких моделей потенциально могут сократить использование кризисной помощи. Помимо таких клинических моделей, социальные стрессоры и неблагоприятные социальные обстоятельства способствуют возникновению кризисов, и комплексная программа по уменьшению невзгод и неравенства, а также по осуществлению мероприятий при тяжелых психических заболеваниях, которые явно основаны на фактических данных, возможно, является оптимальным подходом к предотвращению кризисов[125].

Широкий спектр подходов непосредственно ориентирован на предотвращение кризисов, включая программы мониторинга признаков раннего предупреждения и предотвращения рецидивов, в том числе в цифровой форме, совместные планы действий в кризисных ситуациях и предварительные заявления или директивы. Поддерживаемое самообладание, часто включающее в себя профилак-

тику рецидивов, является простым вмешательством, которое показывает влияние на ряд клинических и социальных результатов[127], так что широкое применение представляется желательным в оптимизированной системе психического здоровья. Время, прошедшее после кризиса, является очевидной целью для принятия мер по предотвращению дальнейших кризисов: в ходе масштабного эксперимента, проводившегося при поддержке сотрудников, оказывающих поддержку в области самоуправления. На объектах по всей Англии было установлено, что оно сократило повторное использование экстренных услуг[128].

Совместное планирование того, что должно произойти во время кризиса, в настоящее время является вмешательством, которое представляется наиболее эффективным для предотвращения принудительной госпитализации, формы неотложной помощи, которой наиболее желательно избегать[98]. В идеале, как утверждается в Независимом обзоре Закона о психическом здоровье в Англии, это должно включать предварительные заявления, имеющие юридическую силу, относительно того, что должно произойти, когда предполагается принудительная госпитализация[129].

Роль добровольческого сектора

Во многих странах с высоким уровнем дохода добровольческий сектор (включая благотворительные организации и сообщества и группы пользователей услуг) играет все более важную роль в оказании поддержки в области психического здоровья, которую ценят за отличительные подходы, которые он предлагает, и его большее внимание к равенству.

Факторы, ускоряющие вклад добровольческого сектора в кризисную поддержку, включают: а) признание того, что ограниченная направленность официальной неотложной психиатрической помощи приводит к тому, что люди не могут восполнить пробелы в оказании помощи[130]; б) неудовлетворенность пациентов кризисной поддержкой, предоставляемой вторичными службами охраны психического здоровья[131,132]; в) непропорционально высокие показатели недобровольного содержания под стражей представителей некоторых общин меньшинств, а также обеспокоенность тем, что их потребности недостаточно удовлетворяются государственными службами[133].

Особый вклад добровольческих служб определяется тем, как они работают, с кем они работают, и их ролью в местных сообществах[134,135,136]. Их основы часто лежат в низовых организациях и активизме, и они, как правило, «подкреплены духом неформальности, продвижения доступности, использования подходов, основанных на отношениях, и ценности самоорганизации и результатов, определяемых самими пациентами»[130]. Иерархия часто плоская, и роли пользователей услуг, волонтеров и сотрудников могут частично совпадать. Таким образом, они потенциально лучше приспособлены для удовлетворения потребностей маргинализированных групп, а также тех, кто либо не имеет доступа к основным службам здравоохранения, либо не доверяет им, например, люди из расистских сообществ[137], бездомные или лица, исключенные из жизни общества по причине сложного характера проблем или таких диагнозов, как «пограничное расстройство личности» (хотя охват маргинализированных общин может быть неравномерным).

Например, Хатчинсон и его соавт.[138] обнаружили, что мужчины, пользующиеся некоммерческими службами охраны психического здоровья в Лондоне, чаще были безработными и имели больше неудовлетворенных потребностей, чем местные пользователи государственных служб охраны психического здоровья. Те, кто пользуется услугами добровольного сектора, ссылались на желание избежать «системы», при этом уровень неудовлетворенности услугами общественного сектора в области психического здоровья, по сообщениям, был особенно высок среди чернокожих жителей Карибских островов.

Среди рассмотренных выше моделей кризисные кафе/убежища и кризисные дома развивались преимущественно в некоммерческом секторе. Отличительные характеристики предполагаемых подходов[130,139] может включать: позитивное отношение к психическому здоровью; целостное понимание кризисных ситуаций, которые находят свое отражение в биографическом, социальном и реляционном контексте жизни людей; пространство и время для того, чтобы люди говорили о своем бедственном положении; безопасная, спокойная и гостеприимная обстановка и безопасность отношений; неформальность и легкое прикосновение к оценке и ведению записей; большая самостоятельность, выбор и ответственность за клиентов; прочные терапевтические отношения и отношения со сверстниками; предоставление людям возможности поддерживать связи с «нормальной жизнью» и обществом; и менее стигматизирующий и менее «больничный» подход, при котором лица, оказывающие услуги по уходу, включая социальных работников и волонтеров, работают в местных общинах.

Виды помощи, предлагаемой такими кризисными службами, включают эмоциональную поддержку, индивидуальную и групповую терапию; поддержку коллег и наставничество; социальную и терапевтическую деятельность; программы по улучшению управления психическим здоровьем; защиту интересов; и связь с общественным сектором и другими некоммерческими организациями. Таким образом, управление кризисными ситуациями в области психического здоровья часто сочетается с услугами, которые могут способствовать не только выздоровлению, но и позволяют людям решать финансовые, жилищные и социальные проблемы.

Помимо этих служб поддержки, многие некоммерческие организации играют роль в кризисной поддержке, предотвращении кризисов, восстановлении и устранении неравенства в доступе к медицинской помощи и поддержке. К ним относятся те, кто поддерживает определенные группы с риском ухудшения психического здоровья, например, члены сообщества лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и квир-персон (ЛГБТК), глухие, национальные меньшинства, беженцы, а также те, кто попал в жизненные кризисы, такие как тяжелая утрата, изнасилование или бездомность[130].

Исследовательская литература о вкладе некоммерческих и общественных организаций остается относительно скудной на международном уровне, и очень ценными были бы убедительные доказательства их роли в местных системах, их опыте и полученных результатах. Сообщаемые преимущества предполагают, что подходы, разработанные в некоторых некоммерческих кризисных службах, потенциально могут решить проблемы с доступностью, приемлемостью, равенством и соответствием конкретным сообществам[33,125]. Таким образом, можно говорить о том, что этот сектор должен быть признан и включен во всеобъемлющую кризисную систему, а также что он представляет собой модель для переосмысления доминирующих моделей оказания помощи в кризисных ситуациях, чтобы обеспечить наилучшую доступность, приемлемость и целесообразность ответных мер для всех членов популяции[130].

Вклад инициатив, созданных самими пациентами, и коллегиальной поддержки

Переход к кризисным и неотложным услугам постоянно находился в

центре внимания движения за права больных психиатрического профиля[140]. В 1970-х годах активисты в Великобритании требовали правозащитной реформы условий и лечения в психиатрических больницах[141]. Позже, в контексте «общественной помощи», организации, возглавляемые пациентами, зарекомендовали себя как источники взаимной поддержки, защиты интересов пациентов и форумы для проведения кампаний и работы по вовлечению в терапию[142]. Неформальная поддержка в таких организациях естественным образом возникала, когда люди с проблемами психического здоровья собирались вместе и пытались разрабатывать более организованные формы поддержки людей с психическими расстройствами, в том числе для переживающих кризисы психического здоровья и острые дистрессы[143].

С момента своего появления на низовом уровне организованные версии индивидуальной и групповой поддержки стали влиятельными для кризисных и неотложных служб в Великобритании, США, Канаде, Новой Зеландии и Австралии[144]. Эта модель была внедрена в неотложную стационарную среду в Великобритании[145-146], и небольшие качественные исследования показывают, что пациенты могут найти ее полезной для предоставления ориентированной на человека эмоциональной и практической поддержки и для моделирования надежды[147]. Исследования внедрения и эффективности групп взаимной поддержки в кризисных и неотложных службах продолжаются во всем мире[148], и хотя результаты некоторых исследований по выписке и повторной госпитализации в неотложную помощь кажутся многообещающими[128], по-прежнему необходима надежная доказательная база[149,150].

Первоначально предполагалось, что поддержка в группах взаимопомощи основывается на наборе ценностей и принципов[144], которые иногда могут противоречить клинической среде и методам лечения, связанным с неотложными услугами, такими как изоляция и ограничение свободы[151]. Пользователи психиатрических услуг, их организации и союзники работали над установлением набора принципов и нормативных подходов, для предоставления услуг поддержки равных равным в основных службах психического здоровья, включая стационарную и кризисную помощь[152]. Недавнее исследование формализации взаимной поддержки в службах охраны психического здоровья Великобритании показывает, что «нам необходимо обратить внимание на ценности, лежащие в основе взаимопомощи… [и] сопротивляться воспроизведению… параклинической модели взаимной поддержки»[153], в результате чего работники поддержки равных становятся просто еще одним видом непрофессиональных сотрудников, пополняющих ряды клинических бригад. Некоторые обеспокоены тем, что профессионализация поддержки равных может подорвать ее ценности и аутентичную практику, а также может негативно повлиять на группы пользователей и сообщества, которые установили свои собственные формы поддержки равных в кризисных ситуациях вне психиатрической системы[154].

Международный консорциум лидеров поддержки равных согласился с тем, что нынешние и будущие инновации поддержки равных должны соответствовать ценностям и принципам, основанным на поддержании «ролевой целостности», а также на гражданских правах, социальной справедливости и реагировании на местные культурные мировоззрения[155]. Эти принципы должны применяться вне зависимости от того, находятся ли кризисные службы в государственных системах охраны психического здоровья (например, *Open Dialogue*[156]) или вне их в рамках независимых проектов, управляемых пользователями, таких как Кризисная служба под руководством выживших в Лидсе (*LSLCS*).

LSLCS известна как независимая организация, предлагающая альтернативу госпитализации и обязательной помощи в кризисных ситуациях, основанную на принципах и ценностях взаимной поддержки[157]. Анализ социальной отдачи от инвестиций (*SROI*) для услуги показал, что «коэффициент *SROI* для *LSLCS* находится в диапазоне от 4,00 до 6,50 фунтов стерлингов социальной ценности, создаваемой на каждый вложенный 1 фунт стерлингов»[158].

Будущая задача состоит в том, чтобы поддерживать и развивать разнообразие основанных на ценностях, инновационных и отзывчивых служб поддержки коллег для людей, находящихся в кризисных и острых состояниях. Вероятно, это еще больше распространится на цифровое и онлайн пространство для предотвращения кризисов и ликвидации их последствий[159]. Необходимы исследования в области внедрения, разработки и эффективности с использованием целого ряда методологий, чтобы обеспечить создание надежной базы фактических данных о текущих и возникающих формах взаимной поддержки как в рамках основных служб, так и за их пределами.

Другие важные соображения для планирования услуг в будущем включают преимущества подхода совместного производства и лидерства пользователей услуг. Учитывая часто негативные взгляды пользователей услуг на основные услуги неотложной помощи, такие подходы потенциально могут многое предложить в системе неотложной помощи.

Дистанционное оказание неотложной помощи

Большая часть литературы по телепсихиатрии посвящена видеоконференциям, которые рассматриваются как предпочтительная замена личного взаимодействия, но оперативность и широкая доступность предполагает, что телефонная поддержка играет важную роль в кризисных ситуациях. Волонтерские организации имеют долгую историю оказания такой поддержки в области психического здоровья и, как было установлено, справляются с лицами, склонными к самоубийству, так же эффективно, как и профессионалы[160]. Использование горячих линий по вопросам психического здоровья значительно возросло на ранних стадиях пандемии COVID-19[161]. Телефонные услуги также могут использоваться во вторичной психиатрической помощи в качестве первоначального контакта, поддержки и сортировки: например, все трасты *NHS* в Англии теперь обязаны предоставлять местную линию доверия[162].

Телепсихиатрия, преимущественно с использованием инструментов видеоконференцсвязи, использовалась в течение десятилетий для преодоления географических барьеров на пути к специализированной помощи, особенно в сельских районах Австралии и Канады, а также в некоторых частях США[163,164,165]. Внедрение этих услуг расширилось до кризисных ситуаций для предоставления срочных и неотложных консультаций, информирования руководства по уходу и принятия решений о переводе в больницу[166]. Например, Программа неотложной психиатрической помощи – доступ в сельской местности обеспечивает телефонную и видео сортировку и оценку неотложных психиатрических проявлений в Западной Австралии[167,168].

Городские чрезвычайные ситуации, характеризующиеся различными видами психиатрического охвата, также могут обслуживаться моделью телепсихиатрической связи. Такие модели продемонстрировали перспективность в США и Канаде для расширения доступа к консультациям, сокращения времени ожидания, снижения системных затрат и улучшения ре-

зультатов визитов после неотложной помощи[169,170,171]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что обученная команда, соблюдающая всесторонние протоколы безопасности, может надежно оценить широкий спектр презентаций удаленно[172,173]. Это включает оценку суицидального поведения, психоза, аффективных симптомов и употребления ПАВ.

Виртуальная помощь быстро расширяется, включая веб-программы и приложения, которые могут быть полезны в условиях кризиса. Ориентированные на пациента приложения, предназначенные для того, чтобы помочь людям справляться с кризисами, могут быть предоставлены в местах оказания медицинской помощи для поддержки посткризисного самоконтроля и планирования безопасности[174]. Персональные видеоконференции в настоящее время становятся жизнеспособным средством оказания прямой медицинской помощи, устраняя необходимость в традиционном комплексе телемедицины и позволяя проводить оценку с людьми, остающимися в своих домах или других доступных условиях. В результате некоторые центры вводят новшества и раздвигают обычные границы оказания экстренной помощи[175], а модели виртуальной больницы на дому могут стать важным форматом оказания неотложной помощи в будущем[176].

Тем не менее, серьезные препятствия для эффективного расширения масштабов телепсихического здоровья включают модели вознаграждения, цифровое исключение, неадекватную конфиденциальность в домах многих пользователей услуг и восприятие того, что качество ухода и терапевтические отношения ухудшаются[177]. Таким образом, необходимы тщательные исследования для информирования о будущем развитии дистанционной помощи в кризисных ситуациях в конкретных системах здравоохранения[178,179,180].

Кризисная помощь в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД)

Во многих странах с низким и средним доходом, а также в недостаточно обслуживаемых районах стран с высоким уровнем доходов службы здравоохранения часто не являются первыми пунктами обращения для людей, находящихся в кризисе, и их семей. Отчасти это связано с ограниченной доступностью и плохой доступностью психиатрической помощи. Среднее количество психиатров на миллион населения колеблется от 0,6 в странах с низким уровнем дохода до 20 в странах с уровнем дохода выше среднего[1]. Даже при усилиях по расширению доступа к медицинской помощи за счет интеграции в систему первичной медико-санитарной помощи[1] охват услугами в СНСД остается низким: только 14–22% лиц, отвечающих критериям психического расстройства, получают лечение[181]. Прошлый опыт некачественной или принудительной помощи, которая не отвечает приоритетным потребностям, также может сдерживать обращение за помощью[182]. Только 44–50% стран Африки и Юго-Восточной Азии имеют правовую защиту для людей, нуждающихся в экстренной психиатрической помощи[1], и правоприменение может быть минимальным.

Низкая осведомленность населения о психическом здоровье, высокий уровень стигмы в отношении психического здоровья и, в некоторых странах, предпочтение религиозных и народных целителей еще больше способствуют низкому уровню обращения за помощью в официальные службы[183]. В этом разделе мы сосредоточимся главным образом на тех странах, где специализированные службы охраны психического здоровья, кроме крупных психиатрических больниц, недоступны, что применимо к большинству стран с низким и некоторым средним уровнем дохода.

Сообщения о кризисных ситуациях зачастую не рассматриваются в качестве проблем психического здоровья в странах с низким уровнем дохода. Реагирование общества на кризисы в области психического здоровья может быть сосредоточено на явных проявлениях проблемы, включая острые поведенческие расстройства или стресс, суицидальное поведение и членовредительство, тяжелые физические последствия (например, обезвоживание в тяжелой депрессии или истощение, связанное с манией) и внезапная потеря сенсорных или двигательных функций как часть конверсионного расстройства[184]. Неопровержимые показатели психического кризиса, такие, как суицидальные мысли, могут не быть приоритетными для вмешательства.

Семья человека часто инициирует реакцию на кризис психического здоровья, опираясь на неформальную поддержку со стороны сообществ. Реагирование на острое поведенческое расстройство может включать в себя привлечение полиции или религиозных или народных целителей[185], дополнительные или гомеопатические средства, оставление человека на улице[186], некоторые формы сдерживания[187] или экстренное обращение в психиатрическую службу. Участие полиции подвергает лицо риску подвергнуться физическому насилию, чрезмерной силе, ограничениям и задержанию[188]. Ограничение свободы в контексте семей часто рассматривается как крайняя мера при отсутствии доступной и эффективной помощи[189].

Стигма и табу, связанные с членовредительством и суицидальным поведением, могут привести к сокрытию семьи или наказанию человека. Физическое лечение последствий членовредительства или попыток самоубийства обычно не сопровождается какой-либо оценкой или лечением психического здоровья.

Реагирование сообщества может представить острый дистресс как духовный кризис или как понятное последствие серьезных социальных невзгод (например, насилие со стороны интимного партнера, острый жизненный стресс) и соответствующим образом мобилизовать ресурсы. Эти ответы могут включать посредничество в трудных отношениях, материальную поддержку или придание смысла невзгодам[190].

Систематический обзор вмешательств в области психического здоровья при кризисах в неспециализированных учреждениях в СНСД, проведенный в 2015 году, выявил отсутствие основанных на фактических данных руководств по оказанию помощи в кризисных ситуациях[184]. Было выявлено только одно интервенционное исследование. В недавно опубликованном руководстве Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) изложила рекомендации по правозащитным и ориентированным на выздоровление мерам реагирования на кризисы психического здоровья[191]. При разработке руководства ВОЗ стремилась выявить тематические исследования передовой практики, которые соответствовали бы Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов 2006 г. и соответствовали пяти критериям (использование непринудительных практик, вовлечение сообщества, участие в уходе, восстановительный подход, уважение дееспособности). Выявление тематических исследований передовой практики в странах с низким и средним доходом было приоритетом, но так и не было найдено.

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода комплексная реакция психического здоровья на кризисные проявления встречается редко. Может иметь место направление к специализированным службам охраны психического здоровья, но стоимость, недоступность и неприемлемость являются серьезными препятствиями для обращения. Участие лю-

дей с психическими расстройствами в принятии решений о кризисной помощи очень ограничено[182]. Последствия существующих мер реагирования включают нарушения прав человека, пролонгирование тяжелого психического заболевания, связанное с повышенной уязвимостью и неблагоприятным прогнозом, риск острого физического ухудшения здоровья и преждевременной смертности, а также более принудительную психиатрическую помощь (если она вообще предоставляется).

Программа ВОЗ по устранению пробелов в области психического здоровья (*mhGAP*) включает в себя руководство по вмешательству (*mhGAP-IG*), включающее основанные на фактических данных алгоритмы оказания экстренной помощи при остром психозе или мании, суицидальном поведении или членовредительстве, а также остром поведенческом расстройстве в контексте деменции или нарушений развития[192]. Тем не менее, он не дает четких указаний по ключевым компонентам ухода, основанного на соблюдении прав человека (включая поддержку принятия решений, информированное согласие на лечение и ненасильственные методы), а оценка людей с кризисными проявлениями была ограничена[193].

В Сомалиленде[194] и на Ямайке[195] были предприняты небольшие усилия по предоставлению альтернатив госпитализации для людей, находящихся в остром кризисе, но эти модели помощи не подвергались тщательной оценке и имеют ограниченный потенциал для масштабирования из-за зависимости от специалистов-психиатров. Адаптированная форма модели группы кризисного вмешательства, широко используемая в США, была апробирована с сотрудниками правоохранительных органов в Либерии с предварительными доказательствами положительного воздействия на знания, стигматизирующее отношение и взаимодействие с клиницистами по психическому здоровью[188].

На сегодняшний день было проведено два рандомизированных контролируемых исследования кризисных вмешательств у людей, обратившихся в неспециализированные службы после суицидальных попыток в СНСД[196,197]. В обоих испытаниях оценивалась модель краткого вмешательства и контакта, включающая первоначальный часовой психообразовательный сеанс во время попытки, за которым последовали девять телефонных звонков в течение следующих 18 месяцев, в ходе которых оценивались суицидальные наклонности и потребности в поддержке. Более крупное исследование в нескольких странах (Бразилия, Китай, Индия, Иран и Шри-Ланка) продемонстрировало влияние вмешательства на повторные попытки членовредительства и самоубийства, в то время как исследование в одной стране (Французская Полинезия) не показало никакого влияния[197].

В будущем совершенствование реагирования на кризисы в СНСД потребует разработки и оценки контекстуально соответствующих вмешательств, основанных на существующих ресурсах сообщества и позволяющих членам сообщества выявлять и поддерживать тех, кто находится в остром кризисе, наряду с расширением доступа к психиатрической помощи и изменениями в политике и законодательстве. Использование ресурсов сообщества и оснащение доступных лиц (например, «коллег по несчастью», членов семьи, медицинских работников сообщества, традиционных и религиозных лидеров, лидеров сообщества, учителей, полиции) для оказания первой психологической помощи в ответ на кризис психического здоровья является важным шагом к улучшению ухода[198]. Подход группы кризисного вмешательства, который применялся к сотрудникам правоохранительных органов[188] может также иметь отношение к народным и религиозным целителям или общественным деятелям, которые играют важную роль в определении реакции общества на человека с острым нарушением поведения.

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на наличие и доступность психиатрической помощи во всем мире, в том числе в СНСД[199]. Использование горячих линий и цифровых технологий создает новые возможности для оказания поддержки в кризисных ситуациях, а также для выявления и реагирования на лиц, которым угрожает суицид, хотя, как и везде, наиболее уязвимые лица также могут подвергаться высокому риску цифрового исключения. Крайне важно обеспечить доступность кризисной помощи в местных учреждениях первичной и общей медико-санитарной помощи. Основанные на компетенциях оценки медицинских работников, проводящих ВОЗ *mhGAP-IG*[200] в неспециализированных учреждениях, должны включать методы деэскалации, а программы должны основываться на рекомендациях ВОЗ по оказанию помощи в кризисных ситуациях[191] и обеспечить поддержку принятия решений и предоставление альтернатив принудительному уходу.

Официальные кризисные психиатрические службы также должны иметь возможность перемещаться за пределы учреждений, например, для оказания помощи тем, кто находится в кризисной ситуации, но является бездомным или находится дома в условиях ограниченного доступа и не может получить доступ к медицинской помощи. Потенциальный вклад взаимной поддержки во многие аспекты психиатрической помощи, включая кризисное реагирование, набирает обороты в СНСД[201,202], но начинается с низкой базы участия и расширения прав и возможностей людей с жизненным опытом психических расстройств[203].

Политика и законодательство, защищающие права человека лиц, страдающих психическим расстройством, необходимы для реализации и устойчивости эффективных и надлежащих вмешательств. ВОЗ уточнила, какие законы и правила должны быть включены, а также как они могут быть реализованы. Например, текущие усилия в Индии по реализации этих принципов с помощью нового законодательства в области психического здоровья включают стратегии поддержки принятия решений людьми, переживающими кризис психического здоровья, посредством предварительных директив и назначенных представителей[204].

Гораздо более надежная оценка должна сопровождать программы по улучшению реагирования на кризис в сообществах, гарантируя, что не возникнут непреднамеренные неблагоприятные последствия, например, когда правоохранительные органы или народные целители вовлекаются в реагирование на кризис. Прежде чем адаптировать существующие или разрабатывать новые вмешательства, нам необходимо лучше понять, что происходит в момент кризиса, чтобы определить пути перехода к более основанной на правах и ориентированной на человека помощи. Вмешательства должны разрабатываться совместно с пациентами, их семьями, медицинский персоналом и социальными работниками и другими ключевыми членами сообщества, чтобы повысить их доступность, приемлемость и устойчивость.

В будущем, хотя перенос высокоинтенсивных, ресурсоемких, специализированных моделей из стран с высоким уровнем дохода в СНСД, вероятно, будет нежелательным и неэффективным для удовлетворения потребностей, обратные инновации возможны. Там, где кризисные меры разрабатываются с участием сообществ и пациентов, как в случае моделей добровольной помощи, рассмотренных ранее, они могут служить образцом для совместной кризисной помощи в странах с высоким уровнем дохода.

ВЫВОДЫ

Основное внимание в этой статье уделялось конкретным моделям неотложной помощи и потенциалу, который они несут для улучшения помощи и расширения спектра вариантов, доступных в условиях кризиса. Однако это отражает точку зрения врача, а не пациента. Во время кризиса больной психиатрического профиля может обратиться за помощью и получить поддержку от ближайшего пункта медицинской помощи, и на него будет влиять не столько качество отдельных услуг, сколько общая доступность соответствующих видов помощи и степень, в которой гибкие меры реагирования на кризисные ситуации доступны от отзывчивого и чуткого персонала[205].

До сих пор очень мало исследований было посвящено общему пути пациента и системам экстренной помощи[47]. Оптимальной представляется гибкая и доступная локальная система экстренной помощи, которая предлагает различные варианты решения кризисных ситуаций для удовлетворения потребностей и предпочтений пациентов и объединяет различные модели. Однако относительно сложная система обслуживания, включающая несколько моделей кризисного обслуживания, также может привести к фрагментации и пробелам в обслуживании. Поэтому мы предлагаем, чтобы разработка интегрированных местных систем экстренной помощи стала приоритетом дальнейших исследований. Совместная разработка таких систем с пациентами и окружением, а также с персоналом во всех соответствующих секторах, имеет важное значение для такой реорганизации, позволяющей эффективно и приемлемо разрешать психические кризисы.

Библиография

1. World Health Organization. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Howard LM, Leese M, Byford S et al. Methodological challenges in evaluating the effectiveness of women's crisis houses compared with psychiatric wards: findings from a pilot patient preference RCT. J Nerv Ment Dis 2009;197:7227.
3. Fossey M, Godier-McBard L, Guthrie EA et al. Understanding liaison psychiatry commissioning: an observational study. Ment Health Rev J 2020;25:301-16.
4. Santillanes G, Axeen S, Lam CN et al. National trends in mental health-related emergency department visits by children and adults, 20092015. Am J Emerg Med 2020;38:2536-44.
5. Tran QN, Lambeth LG, Sanderson K et al. Trend of emergency department presentations with a mental health diagnosis in Australia by diagnostic group, 2004-05 to 2016-17. Emerg Med Australas 2020;32:190-201.
6. UK National Health Service. The NHS five year forward view. London: National Health Service, 2014.
7. Sampson EL, Wright J, Dove J et al. Psychiatric liaison service referral patterns during the UK COVID-19 pandemic: an observational study. Eur J Psychiatry 2022;36:35-42.
8. Jeffery MM, D'Onofrio G, Paek H et al. Trends in emergency department visits and hospital admissions in health care systems in 5 states in the first months of the COVID-19 pandemic in the US. JAMA Intern Med 2020;180:1328-33.
9. Barratt H, Rojas-García A, Clarke K et al. Epidemiology of mental health attendances at emergency departments: systematic review and meta-analysis. PLoS One 2016;11:e0154449.
10. Cotton M-A, Johnson S, Bindman J et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. BMC Psychiatry 2007;7:52.
11. Dombagolla MH, Kant JA, Lai FW et al. Barriers to providing optimal management of psychiatric patients in the emergency department (psychiatric patient management). Australas Emerg Care 2019;22:8-12.
12. Clarke D, Usick R, Sanderson A et al. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. Int J Ment Health Nurs 2014;23:273-84.
13. Rayner G, Blackburn J, Edward KL et al. Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: a meta-analysis. Int J Ment Health Nurs 2019;28:40-53.
14. Fossey M, Parsonage M. Outcomes and performance in liaison psychiatry. London: Centre for Mental Health, 2014.
15. Evans R, Connell J, Ablard S et al. The impact of different liaison psychiatry models on the emergency department: a systematic review of the international evidence. J Psychosom Res 2019;119:53-64.
16. Xanthopoulou P, Ryan M, Lomas M et al. Psychosocial assessment in the emergency department: the experiences of people presenting with self-harm and suicidality. Crisis 2021; doi: 10.1027/0227-5910/a000786.
17. MacDonald S, Sampson C, Turley R et al. Patients' experiences of emergency hospital care following self-harm: systematic review and thematic synthesis of qualitative research. Qual Health Res 2020;30:471-85.
18. Zeller S. Hospital-based psychiatric emergency programs: the missing link for mental health systems. Psychiatr Times 2019;36:1-31.
19. Zeller S, Calma N, Stone A. Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments. West J Emerg Med 2014;15: 1-6.
20. Braitberg G, Gerdtz M, Harding S et al. Behavioural assessment unit improves outcomes for patients with complex psychosocial needs. Emerg Med Australas 2018;30:353-8.
21. Goldsmith LP, Anderson K, Clarke G et al. The psychiatric decision unit as an emerging model in mental health crisis care: a national survey in England. Int J Ment Health Nurs 2021;30:95562.
22. Hussain D. Mental health patient slept in a CHAIR for a week while waiting for a bed. Birmingham Live, November 18, 2017.
23. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D et al. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. Br J Psychiatry 2009;195:109-17.
24. Williams P, Csipke E, Rose D et al. Efficacy of a triage system to reduce length of hospital stay. Br J Psychiatry 2014;204:480-5.
25. Grassi L, Mitchell AJ, Otani M et al. Consultation-liaison psychiatry in the general hospital: the experience of UK, Italy, and Japan. Curr Psychiatry Rep 2015;17:44.
26. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
27. Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an "Open Door-No Restraint" system of care for recovery and citizenship. J Nerv Ment Dis 2014;202:440-5.
28. Häfner H. Psychiatric crisis intervention – a change in psychiatric organization. Report on developmental trends in the Western European countries and in the USA. Psychiatria Clinica 1977;10:27-63.
29. Katschnig H, Konieczna T, Cooper JE. Emergency psychiatric and crisis intervention services in Europe: a report based on visits to services in seventeen countries. Geneva: World Health Organization, 1993.
30. Stulz N, Nevely A, Hilpert M et al. Referral to inpatient treatment does not necessarily imply a need for inpatient treatment. Adm Policy Ment Health 2015;42:474-83.
31. Parmar N, Bolton J. Alternatives to emergency departments for mental health assessments during the COVID-19 pandemic. London: Faculty of Liaison Psychiatry, Royal College of Psychiatrists, 2020.
32. Di Lorenzo R, Fiore G, Bruno A et al. Urgent psychiatric consultations at mental health center during COVID-19 pandemic: retrospective observational study. Psychiatr Q 2021;92:134159.
33. Dalton-Locke C, Johnson S, Harju-Seppanen J et al. Emerging models and trends in mental health crisis care in England: a national investigation of crisis care systems. BMC Health Serv Res 2021;21: 1174.
34. Mind. Listening to experience: an independent inquiry into acute and crisis mental healthcare. London: Mind, 2011.
35. Polak P. Patterns of discord: goals of patients, therapists, and community members. Arch Gen Psychiatry 1970;23:277-83.
36. Jones M, Polak P. Crisis and confrontation. Br J Psychiatry 1968;114:169-74.
37. Querido A. Community mental hygiene in the city of Amsterdam. Mental Hygiene 1935;19:17795.
38. Querido A. The shaping of community mental health care. Br J Psychiatry 1968;114:293-302.
39. Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure. Am J Orthopsychiatry 1998; 68:216-32.
40. Lambert M, Karow A, Gallinat J et al. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental

disorders (RECOVER). BMJ Open 2020;10:e036021.
41. Van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. Community Ment Health J 2007;43:42133.
42. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980;37:392-7.
43. Hoult J. Community care of the acutely mentally ill. Br J Psychiatry 1986;149:137-44.
44. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. Adv Psychiatr Treat 2013;19:115-23.
45. Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. BMC Psychiatry 2016;16:427.
46. Hasselberg N, Holgersen K, Uverud G et al. Fidelity to an evidence-based model for crisis resolution teams: a cross-sectional multicentre study in Norway. BMC Psychiatry 2021;21:231.
47. Morant N, Lloyd-Evans B, Lamb D et al. Crisis resolution and home treatment: stakeholders'views on critical ingredients and implementation in England. BMC Psychiatry 2017;17:254.
48. Northumberland Tyne and Wear NHS Foundation Trust. Sunderland and South of Tyne Initial Response Team. https://www.ntw.nhs.uk.
49. Murphy S, Irving CB, Adams CE et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2015;12: CD001087.
50. Livingston JD. Contact between police and people with mental disorders: a review of rates. Psychiatr Serv 2016;67:850-7.
51. Shore K, Lavoie JAA. Exploring mental healthrelated calls for police service: a Canadian study of police officers as 'frontline mental health workers'. Policing 2018;13:157-71.
52. Charette Y, Crocker AG, Billette I. Police encounters involving citizens with mental illness: use of resources and outcomes. Psychiatr Serv 2014;65:511-6.
53. Derrick K, Chia J, O'Donovan S et al. Examining Mental Health Act usage in an urban emergency department. Australas Psychiatry 2015;23:5179.
54. Lamanna D, Shapiro GK, Kirst M et al. Coresponding police-mental health programmes: service user experiences and outcomes in a large urban centre. Int J Ment Health Nurs 2018;27:891-900.
55. Kirubarajan A, Puntis S, Perfect D et al. Street triage services in England: service models, national provision and the opinions of police. BJPsych Bull 2018;42:253-7.
56. Puntis S, Perfect D, Kirubarajan A et al. A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage. BMC Psychiatry 2018;18:256.
57. Callender M, Knight LJ, Moloney D et al. Mental health street triage: comparing experiences of delivery across three sites. J Psychiatr Ment Health Nurs 2021;28:16-27.
58. StopSIM. Mental illness is not a crime. https://stopsim.co.uk.
59. Royal College of Nursing. RCN position on the national rollout of Serenity Integrated Mentoring (SIM) and other similar models in England. https://www.rcn.org.uk.
60. Royal College of Psychiatrists. RCPsych calls for urgent and transparent investigation into NHS Innovation Accelerator and AHSN following HIN suspension. https://www.rcpsych.ac.uk.
61. Bowers L, Chaplin R, Quirk A et al. A conceptual model of the aims and functions of acute inpatient psychiatry. J Ment Health 2009;18:316-25.
62. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. World Psychiatry 2002;1:84-90.
63. Almeda N, García-Alonso CR, Salinas-Pérez JA et al. Causal modelling for supporting planning and management of mental health services and systems: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2019;16:332.
64. Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez J et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. Epidemiol Psychiatr Sci 2019;28:21023.
65. Rains LS, Zenina T, Dias MC et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. Lancet Psychiatry 2019;6:403-17.
66. Keown P, Weich S, Bhui KS et al. Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008: ecological study. BMJ 2011; 343:d3736.
67. Cutting P, Henderson C. Women's experiences of hospital admission. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002;9:705-12.
68. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014;21:499-508.
69. Nijman H, Palmstierna T, Almvik R et al. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. Acta Psychiatr Scand 2005;111:12-21.
70. NHS England. Data on patient safety incidents reported to the NRLS by each NHS trust in England October 2019 to March 2020. https://www.england.nhs.uk.
71. Thapa PB, Palmer SL, Owen RR et al. P.R.N. (As-needed) orders and exposure of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications. Psychiatr Serv 2003;54:1282-6.
72. Muskett C. Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. Int J Ment Health Nurs 2014;23:51-9.
73. Johnson J, Hall LH, Berzins K et al. Mental healthcare staff well-being and burnout: a narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. Int JMent Health Nurs 2018;27:20-32.
74. Edwards D, Evans N, Gillen E et al. What do we know about the risks for young people moving into, through and out of inpatient mental health care? Findings from an evidence synthesis. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2015;9:55.
75. Akther SF, Molyneaux E, Stuart R et al. Patients'experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. BJPsych Open 2019;5:10.
76. Stuart R, Akther SF, Machin K et al. Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. BJPsych Open 2020;6:9.
77. Sheridan Rains L, Weich S, Maddock C et al. Understanding increasing rates of psychiatric hospital detentions in England: development and preliminary testing of an explanatory model. BJPsych Open 2020;6:e88.
78. Walker S, Mackay E, Barnett P et al. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. Lancet Psychiatry 2019;6:1039-53.
79. Paton C, Barnes TR, Cavanagh MR et al. Highdose and combination antipsychotic prescribing in acute adult wards in the UK: the challenges posed by P.R.N. prescribing. Br J Psychiatry 2008;192:435-9.
80. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2006;3:CD002084.
81. Wood L, Williams C, Billings J et al. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural informed psychological interventions for psychiatric inpatients with psychosis. SchizophrRes 2020;222:133-44.
82. Goulet M-H, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. Aggress Violent Behav 2017;34:139-46.
83. Bowers L, James K, Quirk A et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. Int J Nurs Stud 2015;52:1412-22.
84. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. Psychiatr Serv 2013;64:8505.
85. Baker J, Berzins K, Canvin K et al. Nonpharmacological interventions to reduce restrictive practices in adult mental health inpatient settings: the COMPARE systematic mapping review. Health Serv Deliv Res 2021;9:5.
86. McAllister S, Robert G, Tsianakas V et al. Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: an integrative review. Int J Nurs Stud 2019;93:10618.
87. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence. Br J Psychiatry 2021;218:18595.
88. Marshall CA, McIntosh E, Sohrabi A et al. Boredom in inpatient mental healthcare settings: a scoping review. Br J Occup Ther 2020;83:41-51.
89. Totman J, Mann F, Johnson S. Is locating acute wards in the general hospital an essential element in psychiatric reform? The UK experience. Epidemiol Psychiatr Sci 2010;19:282-6.
90. Sheehan B, Burton E, Wood S et al. Evaluating the built environment in inpatient psychiatric wards. Psychiatr Serv 2013;64:789-95.

91. Archer M, Lau Y, Sethi F. Women in acute psychiatric units, their characteristics and needs: a review. BJPsych Bull 2016;40:266-72.
92. Evlat G, Wood L, Glover N. A systematic review of the implementation of psychological therapies in acute mental health inpatient settings. Clin Psychol Psychother 2021;28:1574-86.
93. Weich S, Fenton S-J, Staniszewska S et al. Using patient experience data to support improvements in inpatient mental health care: the EURIPIDES multimethod study. Health Serv DelivRes 2020;8:21.
94. Stapleton A, Wright N. The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. J Ment Health 2019;28:443-57.
95. Johnson S, Needle JJ. Crisis resolution teams: rationale and core model. In: Johnson S, Needle J, Bindman J et al (eds). Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge University Press, 2008:67-84.
96. Winter DA, Shivakumar H, Brown RJ et al. Explorations of a crisis intervention service. Br J Psychiatry 1987;151:232-9.
97. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. Br J Psychiatry 2006;189:441-5.
98. Bone JK, McCloud T, Scott HR et al. Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a rapid evidence synthesis. EClinicalMedicine 2019;10:58-67.
99. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry 2015;15:74.
100. Lloyd-Evans B, Christoforou M, Osborn D et al. Crisis resolution teams for people experiencing mental health crises: the CORE mixed-methods research programme including two RCTs. Programme Grants for Applied Research 2019;7:1-102.
101. Lamb D, Lloyd-Evans B, Fullarton K et al. Crisis resolution and home treatment in the UK: a survey of model fidelity using a novel review methodology. Int J Ment Health Nurs 2020;29: 187-201.
102. Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007;14:310-8.
103. Lyons C, Hopley P, Burton CR et al. Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009;16:424-33.
104. Lloyd-Evans B, Osborn D, Marston L et al. The CORE service improvement programme for mental health crisis resolution teams: results from a cluster-randomised trial. Br J Psychiatry 2020;216:314-22.
105. Stulz N, Wyder L, Maeck L et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2020;216:32330.
106. Dirik A, Sandhu S, Giacco D et al. Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. BMJ Open 2017; 7:e017680.
107. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. Psychosis 2011;3:192-204.
108. Pilling S, Ziedonis D, De Oliveira Gomes M et al. Open Dialogue: development and evaluation of a social network intervention for severe mental illness (ODDESSI). https://www.ucl.ac.uk.
109. Mezzina R, Johnson S. Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre. In: Johnson S, Needle JJ, Bindman J et al (eds). Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge University Press, 2008:251-65.
110. Rosen A. Integration of the crisis resolution function within community mental health teams. In: Johnson S, Needle JJ, Bindman J et al (eds). Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge University Press, 2008:235-50.
111. Taube-Schiff M, Ruhig M, Mehak A et al. Staff perspectives: what is the function of adult mental health day hospital programs? J Psychiatr Ment Health Nurs 2017;24:580-8.
112. Schene A. Day hospital and partial hospitalization programmes. In: Thornicroft G, Szmukler G, Mueser KT et al (eds). Oxford textbook of community mental health. Oxford: Oxford University Press, 2011:283-93.
113. Marshall M, Crowther R, Sledge WH et al. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane Database Syst Rev 2011;12:CD004026.
114. Priebe S, Jones G, McCabe R et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional inpatient care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;188:243-9.
115. Lamb D, Steare T, Marston L et al. A comparison of clinical outcomes, service satisfaction and well-being in people using acute day units and crisis resolution teams: cohort study in England. BJPsych Open 2021;7:e68.
116. Lamb D, Davidson M, Lloyd-Evans B et al. Adult mental health provision in England: a national survey of acute day units. BMC Health Serv Res 2019;19:866.
117. Morant N, Davidson M, Wackett J et al. Acute day units for mental health crises: a qualitative study of service user and staff views and experiences. BMC Psychiatry 2021;21:146.
118. Johnson S, Gilburt H, Lloyd-Evans B et al. Inpatient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. Br J Psychiatry 2009;194:456-63.
119. Bola JR, Mosher LR. At issue: predicting drugfree treatment response in acute psychosis from the Soteria project. Schizophr Bull 2002;28:55975.
120. Thomas KA, Rickwood D. Clinical and costeffectiveness of acute and subacute residential mental health services: a systematic review. Psychiatr Serv 2013;64:1140-9.
121. Prytherch H, Cooke A, Marsh I. Coercion or collaboration: service-user experiences of risk management in hospital and a traumainformed crisis house. Psychosis 2020; doi:10.1080/17522439.2020.1830155.
122. Sweeney A, Fahmy S, Nolan F et al. The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a crosssectional study. PLoS One 2014;9:7.
123. Gilburt H, Slade M, Rose D et al. Service users'experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. Br J Psychiatry 2010;197(Suppl. 53):s26-31.
124. Osborn DP, Lloyd-Evans B, Johnson S et al. Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. Br J Psychiatry 2010; 197(Suppl. 53):s41-5.
125. Drake R, Bond G. Psychiatric crisis care and the more is less paradox. Community Ment Health J 2021;57:1230-6.
126. Paton F, Wright K, Ayre N et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technol Assess 2016;20:1-162.
127. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2019;214:260-8.
128. Johnson S, Lamb D, Marston L et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. Lancet 2018;392:409-18.
129. Department of Health and Social Care. Independent review of the Mental Health Act. London: Department of Health and Social Care, 2018. https://www.gov.uk.
130. Newbigging K, Rees J, Ince R et al. The contribution of the voluntary sector to mental health crisis care: a mixed-methods study. Health ServDeliv Res 2020;8:29.
131. Care Quality Commission. Right here, right now. People's experiences of help, care and support during a mental health crisis. Newcastle: Care Quality Commission, 2015. https://www.cqc.org.uk.
132. Crisp N, Smith G, Nicholson K. Old problems, new solutions - Improving acute psychiatric care for adults in England. The Commission on Acute Adult Psychiatric Care, 2016. https://www.rcpsych.ac.uk.
133. Care Quality Commission. Monitoring the Mental Health Act in 2016/17. Newcastle: Care Quality Commission, 2019. https://www.cqc.org.uk.
134. Dayson C, Wells P. Voluntary and community sector policy under the coalition government. People, Place and Policy 2013;7:91-9.
135. Macmillan R. 'Distinction' in the third sector. Volunt Sect Rev 2013;4:39-54.
136. Froggett L. Public innovation, civic partnership and the third sector – A psychosocial perspective. In: Agger A, Damgaard B, Hagedorn Krogh A et al (eds). Collaborative governance and public innovation in Northern Europe. Soest: Bentham, 2015:231-48.
137. Boscarato K, Lee S, Kroschel J et al. Consumer experience of formal crisis-response services and preferred methods of crisis intervention. Int J Mental Health Nurs 2014;23:287-95.
138. Hutchinson G, Gilvarry C, Fahy TA. Profile of service users attending a voluntary men-

tal health sector service. Psychiatr Bull 2000;24:251-4.
139.Morant N, Lloyd-Evans B, Gilburt H et al. Implementing successful residential alternatives to acute in-patient psychiatric services: what can we learn from professional stakeholders' perspectives? Psychiatr Prax 2011;38.
140.Edquist K. EU mental health governance and citizen participation: a global governmentality perspective. Health Econ Policy Law 2021;16:38-50.
141.Faulkner A, Basset T. A long and honourable history. J Ment Health Train Educ Pract 2012; 7:53-9.
142.Wallcraft J, Bryant M. The mental health service user movement in England. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2003.
143.Faulkner A, Kalathil J. The freedom to be, the chance to dream: preserving user-led peer support in mental health. London: Together for Mental Wellbeing, 2012. https://www.togetheruk.org.
144.Gillard S, Foster R, Gibson S et al. Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. Ment Health Soc Incl 2017;21:133-43.
145.Mead S. Defining peer support. http://chrysmassociates.co.uk.
146.Stone N, Warren F, Napier C. Peer support workers' experience of an intentional peer support scheme on an acute psychiatric ward. Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice 2010;7:93-102.
147.Rooney JM, Miles N, Barker T. Patients' views: peer support worker on inpatient wards. Ment Health Soc Incl 2016;20:160–6.
148.Moran GS, Kalha J, Mueller-Stierlin AS et al. Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and lowincome countries: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial (UPSIDES-RCT). Trials 2020;21:371.
149.Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. BMC Psychiatry 2014;14:39.
150.Lyons N, Cooper C, Lloyd-Evans B. A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. BMC Psychiatry 2021;21:315.151.
151.Vandewalle J, Debyser B, Beeckman D et al. Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: a literature review. Int J Nurs Stud 2016;60:234-50.
152.National Survivor User Network. Peer support charter. London: National Survivor User Network, 2019. https://www.nsun.org.uk.
153.Gillard S. Peer support in mental health services: where is the research taking us, and do we want to go there? J Ment Health 2019;28:341-4.
154.Faulkner A. Peer support: working with the voluntary, community and social enterprise sector. London: National Survivor User Network, 2020. https://www.nsun.org.uk.
155.Stratford AC, Halpin M, Phillips K et al. The growth of peer support: an international charter. J Ment Health 2019;28:627-32.
156.Wusinich C, Lindy DC, Russell D et al. Experiences of Parachute NYC: an integration of open dialogue and intentional peer support. Community Ment Health J 2020;56:1033-43.
157.Venner F. Leeds Survivor Led Crisis Service – survivor-led philosophy in action. A Life in the Day 2009;13:28-31.
158.Bagley A. Leeds Survivor Led Crisis Service. https://www.lslcs.org.uk.
159.Faulkner A. Remote and online peer support: a resource for peer support groups and organisations. London: National Survivor User Network, 2020. https://www.nsun.org.uk.
160.Mishara BL, Daigle M, Bardon C et al. Comparison of the effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professional paid staff: results from studies in the USA and Quebec, Canada. Suicide Life Threat Behav 2016; 46:577-87.
161.Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P et al. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2021;56:13-24.
162.NHS England. NHS mental health crisis helplines receive three million calls. London: NHS England, 2021. https://www.england.nhs.uk.
163.Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: a critical evaluation of videoconferencing-based approaches. World J Psychiatry 2015;5:286-304.
164.Hubley S, Lynch SB, Schneck C et al. Review of key telepsychiatry outcomes. World J Psychiatry 2016;6:269-82.
165.Serhal E, Crawford A, Cheng J et al. Implementation and utilisation of telepsychiatry in Ontario: a population-based study. Can J Psychiatry 2017;62:716-25.
166.Salmoiraghi A, Hussain S. A systematic review of the use of telepsychiatry in acute settings. J Psychiatr Pract 2015;21:389-93.
167.Saurman E, Johnston J, Hindman J et al. A transferable telepsychiatry model for improving access to emergency mental health care. J Telemed Telecare 2014;20:391-9.
168.Saurman E, Kirby SE, Lyle D. No longer 'flying blind': how access has changed emergency mental health care in rural and remote emergency departments, a qualitative study. BMC Health Serv Res 2015;15:156.
169.Donley E, McClaren A, Jones R et al. Evaluation and implementation of a telepsychiatry trial in the emergency department of a metropolitan public hospital. J Technol Hum Serv 2017;35:292313.
170.Hensel J, Graham R, Isaak C et al. A Novel emergency telepsychiatry program in a Canadian urban setting: identifying and addressing perceived barriers for successful implementation. Can J Psychiatry 2020;65:559-67.
171.Narasimhan M, Druss BG, Hockenberry JM et al. Impact of a telepsychiatry program at emergency departments statewide on the quality, utilization, and costs of mental health services. Psychiatr Serv 2015;66:1167-72.
172.Seidel RW, Kilgus MD. Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for Emergency Department psychiatry patients. J Telemed Telecare 2014;20:59-62.
173.Shore JH, Hilty DM, Yellowlees P. Emergency management guidelines for telepsychiatry. Gen Hosp Psychiatry 2007;29:199-206.
174.Melia R, Francis K, Hickey E et al. Mobile health technology interventions for suicide prevention: systematic review. JMIR Mhealth Uhealth 2020;8:e12516.
175.Hensel JM, Bolton JM, Svenne DC et al. Innovation through virtualization: crisis mental health care during COVID-19. Can J Community Ment Health 2020;39:2.
176.Woolliscroft JO. Innovation in response to the COVID-19 pandemic crisis. Acad Med 2020;95:1140-2.
177.San Juan NV, Shah P, Schlief M et al. Service user experiences and views regarding telemental health during the COVID-19 pandemic: a coproduced framework analysis. MedRxiv 2021;21251978.
178.Torous J, Bucci S, Bell IH et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. World Psychiatry 2021;20:318-35.
179.Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the coronavirus disease 2019 pandemic – current and future outcomes of the rapid virtualization of psychiatric care. JAMA Psychiatry 2020;77:1211–2.
180.Unützer J, Kimmel RJ, Snowden M. Psychiatry in the age of COVID-19. World Psychiatry 2020;19:130-1.
181.Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med 2018;48:1560-71.
182.Drew N, Funk M, Tang S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. Lancet 2011;378:1664-75.
183.Clement S, Schauman O, Graham T et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med 2015;45:11-27.
184.Nadkarni A, Hanlon C, Bhatia U et al. The management of adult psychiatric emergencies in low-income and middle-income countries: a systematic review. Lancet Psychiatry 2015;2:5407.
185.Gureje O, Nortje G, Makanjuola V. The role of global traditional and complementary systems of medicine in the treatment of mental health disorders. Lancet Psychiatry 2015;2:168-77.
186.Smartt C, Prince M, Frissa S et al. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. BJPsych Open 2019;5:e57.
187.Minas H, Diatri H. Pasung: physical restraint and confinement of the mentally ill in the community. Int J Ment Health Sys 2008;2:1-5.
188.Kohrt BA, Blasingame E, Compton MT et al. Adapting the crisis intervention team

(CIT) model of police-mental health collaboration in a low-income, post-conflict country: curriculum development in Liberia, West Africa. Am J Public Health 2015;105:e73-80.
189. Asher L, Fekadu A, Teferra S et al. "I cry every day and night, I have my son tied in chains": physical restraint of people with schizophrenia in community settings in Ethiopia. Glob Health 2017;13:1-14.
190. Tanaka C, Tuliao MTR, Tanaka E et al. A qualitative study on the stigma experienced by people with mental health problems and epilepsy in the Philippines. BMC Psychiatry 2018;18:325.
191. World Health Organization. Mental health crisis services: promoting person-centred and rightsbased approaches. Geneva: World Health Organization, 2021.
192. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG) for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0. Geneva: World Health Organization, 2019.
193. Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. Evid Based Ment Health 2021;24:124-30.
194. Odenwald M, Lingenfelder B, Peschel W et al. A pilot study on community-based outpatient treatment for patients with chronic psychotic disorders in Somalia: change in symptoms, functioning and co-morbid khat use. Int J Ment Health Systems 2012;6:8.
195. Nelson D, Walcott G, Walters C et al. Community engagement mental health model for home treatment of psychosis in Jamaica. Psychiatr Serv 2020;71:522-4.
196. Bertolote J, Fleischmann A, De Leo D et al. Repetition of suicide attempts: data from five culturally different low-and middle-income country emergency care settings participating in the WHO SUPRE-MISS study. Crisis 2010;31:194201.
197. Amadéo S, Rereao M, Malogne A et al. Testing brief intervention and phone contact among subjects with suicidal behavior: a randomized controlled trial in French Polynesia in the frames of the World Health Organization/Suicide Trends in At-Risk Territories study. Ment Illn 2015;7:5818.
198. Wang L, Norman I, Xiao T et al. Psychological first aid training: a scoping review of its application, outcomes and implementation. Int J Environ Res Public Health 2021;18:4594.
199. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. Lancet Psychiatry 2021;8:53550.
200. 200. Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A et al. Ensuring Quality in Psychological Support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. World Psychiatry 2020;19:115-6.
201. Puschner B, Repper J, Mahlke C et al. Using peer support in developing empowering mental health services (UPSIDES): background, rationale and methodology. Ann Glob Health 2019;85:53.
202. Ryan GK, Kamuhiirwa M, Mugisha J et al. Peer support for frequent users of inpatient mental health care in Uganda: protocol of a quasiexperimental study. BMC Psychiatry 2019;19:374.
203. Ryan GK, Semrau M, Nkurunungi E et al. Service user involvement in global mental health: what have we learned from recent research in low and middle-income countries? Curr Opin Psychiatry 2019;32:355-60.
204. Pathare S, Kapoor A. Implementation update on Mental Healthcare Act, 2017. In: Duffy R, Brendan K (eds). India's Mental Healthcare Act, 2017. Singapore: Springer, 2020:251-65.
205. Groot B, Vink M, Schout G et al. Pathways for improvement of care in psychiatric crisis: a plea for the cocreation with service users and ethics of care. Arch Psychol 2019;3.

DOI:10.1002/wps.20962