Evaluation of Services and DirectoriEs (*DESDE*)), были широко использованы для мэппинга служб медицинских состояний (психического здоровья, хронических заболеваний, нетрудоспособности, старения) и секторов услуг (здоровье, социальные службы, трудовая занятость, образование) более чем в 34 странах[6].

Процесс прояснения структуры помощи, облегченный при помощи ESMS/DESDE, не ограничивается описаниями служб. Он предоставляет операциональное определение неотложной помощи: оценку и начальное лечение кризисного состояния, есть ли ухудшение физического или психического состояния, оценку поведения или социального функционирования пациента, которое связано с состоянием здоровья, и может ли лечение быть обеспечено в тот же день или, как минимум, в течение 72 часов после возникновения необходимости такой помощи. Стандартные определения связанных служб и категорий неотложной помощи, таких как кризис, экстренность, стихийное бедствие или катастрофа, тоже требуют общепринятой терминологии[7].

Сопоставимое описание организаций на обслуживаемых территориях критически важно для доступности этих служб, их вместительности (например, в индивидуальных «местах» или койко-местах) и предоставлении рабочих мест. Однажды собранная, такая информация может быть использована для оценки развития системы, для анализа различий и сходств, оценки качества, а также моделирования эффекта и реализации новых служб и потребности в персонале. Таким образом, мэппинг системы оказания помощи был использован для расчета оптимальной рабочей силы в эквивалентных стационарных отделениях и дневных неотложных стационарах в Стране Басков (Испания) и относительной технической эффективности оказания услуг в обслуживаемых областях как неотложной, так и плановой служб[6].

Импакт-анализ – это следующий ключевой компонент для измерений в области психического здоровья. Он не должен ограничиваться на конечных оценочных точках, касающихся пациентов. Наибольшее внимание должно быть уделено процессу осуществления и анализу готовности, а также используемости, принятию и внедрению новой службы в условиях реального мира[8]. Стремясь к точности, мы не должны забывать о необходимости адаптации к местному контексту[9].

Отдельно стоит упомянуть роль международных сетей в продвижении новых моделей оказания помощи и их применения. Соответствующими примерами являются *Crisis Now/Recovery International* – повсеместно растущая сеть учреждений, которая реализует дружелюбный, партнерский и основанный строго на социальных началах сервис, еще не подкрепленный тщательными исследованиями; *I-CIRCLE* – консорциум, который распространяет социальные модели в урбанизированной среде; *EUCOM* – модель социальной помощи в Европе.

Более широкие биопсихосоциокультуральные инновации развивались с акцентом на комплексном научном подходе, сочетая в себе реальный опыт, семейную экспертизу, соблюдение прав человека и основанный на сообществе подход к восстановлению. Попытки изменить или отменить экономически выгодные реформы, основанные на сообществе, часто сопровождаются повышением потребности в койках в стационаре[4]. Эти госпиталь-центричные взгляды не должны в дальнейшем преобладать над податливыми и целостными экосистемами, включающими общественный и стационарный компоненты.

Трансформация неотложной психиатрической помощи в сторону моделей, основанных на сообществе, расширяет системы психиатрической помощи, предвещая более обширные реформы неотложной помощи в целом и поддерживая движение в сторону помощи через сообщество. В соответствии с предыдущими преимуществами, оценка психиатрического сектора неотложной помощи должна адаптировать экосистемный взгляд, включая систематическую оценку доставки своих услуг службами, их вклад в процесс лечения, результаты, рабочую силу и особенно обслуживание самих пациентов и их семей, подтверждая живой опыт.

Alan Rosen[1,2],
Luis Salvador-Carulla[3,4]

[1]Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong, Wollongong, NSW, Australia;

[2]Brain & Mind Institute, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; [3]Health Research Institute, Faculty of Health, University of Canberra, Canberra, NSW, Australia; [4]Menzies Centre for Health Policy, University of Sydney, Sydney, NSW, Australia

Перевод: Северцев В.В. (Москва)
Редактура: к. м. н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J., et al. World Psychiatry. 2022;21(2):220–236.
2. Starling A. Int J. Care Coord. 2018; 21(1–2):50–54.
3. Rosen A, Gill N.S., Salvador-Carulla L. Curr Opin Psychiatry. 2020; 33(4):375–390.
4. Rosen A., Rock D., Salvador-Carulla L. Aust N Z J Psychiatry. 2020; 54(12):1154–1156.
5. Leginski W.A., Croze C., Driggers J. et al. Data standards for mental health decision support systems. Washington: Department of Health and Human Services, 1989.
6. Romero-López-Alberca C., Gutiérrez-Colosía M.R., Salinas-Pérez J.A., et al. Eur Psychiatry. 2019; 61:97–110.
7. Rosen A., Cleneghan P., Richard S. et al. In: Johnson S., Needle J.J., Bindman J. et al (eds). Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge: Cambridge University Press, 2008: 235–50.
8. Salvador-Carulla L., Fernandez A., Sarma H. et al. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(15):7924.
9. Goodrich D.E., Miake-Lye I., Braganza M.Z. et al. The QUERI roadmap for implementation

DOI:10.1002/wps.20963

Неотложная психиатрическая помощь: необходимость понимания контекста и адаптированных решений

Jacob KS. Acute psychiatric care: the need for contextual understanding and tailored solutions. *World Psychiatry*. 2022;21(2):238-239. doi:10.1002/wps.20964

Jonson и соавт.[1] рассмотрели разнообразные аспекты неотложной психиатрической помощи с целью найти доказательно обоснованные подходы, которые помогут расширить объем вмешательств, а также повысят доступность и качество помощи. Они ознакомились с ассортиментом используемых вмешательств и разнооб-

разными параметрами систем здравоохранения в разных странах.

Кризисные состояния – междисциплинарный феномен, который служит результатом сложного сочетания психического заболевания, потребления психоактивных веществ, эмоциональных резервов и социальной поддержки пациента. Эти состояния оказываются сложными вызовами для оценки их многочисленных аспектов и требуют многостороннего реагирования.

Качество доказательств для современных кризисных вмешательств и моделей оказания неотложной психиатрической помощи находится сегодня в лучшем случае на среднем уровне. Доступность лишь нескольких исследований, многие из которых отличаются малыми выборками, узкими критериями включения, прицельным фокусом на оценку результатов и недостатком всеобъемлющей карты вклада специалистов и приверженности к терапии, обуславливает отсутствие надежной доказательной базы для многих типов вмешательств[2,3].

Разнообразные показатели точности для реализации различных моделей вмешательств и программ в отдельных регионах предлагают разнящиеся переводы кризисных комплексов[4]. Непредсказуемость кризисных ситуаций и необходимость в срочной помощи осложняют оценку вмешательств. Рандомизация участников в кризисных обстоятельствах сталкивается со значительными этическими трудностями.

Большинство оценок качества осуществления медицинской помощи дается медицинскими специалистами с низкой вовлеченностью пациентов. Пациентские сообщества, в основе которых лежит борьба за гражданские права, социальную справедливость и культурную ответственность, представляются многообещающими для разрешения кризисов и даже для их предотвращения, поэтому такие организации должны быть включены в дальнейшие исследования. Вовлечение в лечебный процесс волонтерских движений для улучшения реализации поддержи, особенно для социально незащищенных категорий граждан, тоже должно быть систематично исследовано.

Реализация неотложной психиатрической помощи в последнее время сильнее сконцентрировалась на телепсихиатрии, которая стала вытеснять очное взаимодействие. Хотя телефония, видеоконференции и приложения для смартфонов позволяют увеличить ресурс медицинских специалистов, уменьшить время ожидания, снизить цену и повысить доступность помощи, они не решают проблемы, связанные с отсутствием доступа к гаджетам, приватностью в домах пациентов, терапевтическими отношениями, качеством помощи и методами оплаты. Эти технологии ожидают доказательств, чтобы быть использованными в рутинной клинической практике.

Большинство доказательств, касающихся неотложной психиатрической помощи, поступает из стран с высоким уровнем дохода. Психиатрическая помощь в странах с низким и средним уровнем дохода, учитывая их ограниченные финансовые и человеческие ресурсы, разрыв между городом и деревней, а также разнообразные убеждения о психических болезнях (например, религиозные и традиционно-медицинские модели объяснения, вспомогательные лечебные средства, стигма и табу), часто отличается неадекватным обеспечением здравоохранения, недостатком основанных на доказательных данных руководств по использованию интервенций и огромными пробелами в лечении. Окончательно усугубляют ситуацию отсутствие правового регулирования, ориентированности на восстановление и инклюзивные практики в обществе по отношению к кризисным явлениям, а также высокая стоимость, недоступность и непринятие специалистов из области психиатрии.

Несмотря на успех некоторых программ, проблемы, связанные с эффективностью, работоспособностью и выгодностью вмешательств в неотложной психиатрической помощи, должны быть исследованы[5]. Пока рандомизированные контролируемые исследования остаются краеугольным камнем в доказательной медицине, результаты отдельного исследования или систематического обзора нескольких таких исследований предоставляют доказательства эффективности лечения (то есть того, что «лечение работает где-то»), но необязательно служат доказательствами работоспособности в клинической практике (то есть того, что «лечение работает чаще всего»).

Экстраполирование знаний, полученных в рандомизированных контролируемых исследованиях, проведенных на других выборках, тоже представляет проблему. Доказательства эффективности («работает ли это?»), работоспособности («применимо ли это в практике?») и рентабельности («стоит ли оно того?») должны быть получены до широкого распространения каких-либо моделей или программ[6]. Хоторнский эффект также оказывает влияние на сравнение инновационных вмешательства и «группы контроля с применением стандартной терапии». Мотивационный ответ субъекта может быть вызван интересом, заботой и вниманием, получаемым в процессе наблюдения и оказания помощи, а не самим специфическим вмешательством.

Изменения в рутине клинической практики с течением времени, различия в системах здравоохранения, разнообразие в демографических и клинических характеристиках пациентов, а также социальные условия, определяющие как физическое[7], так и душевное здоровье[8], – все это факторы, влияющие на репрезентативность клинических исследований. Множество кризисных ситуаций сформировано под значительным влиянием социально-экономических и внешнесредовых условий, в которых они живут. В то время как прицельные психиатрические вмешательства будут помогать людям в кризисной ситуации структурно, вмешательства популяционного уровня и уровня общественного здоровья должны использоваться для уменьшения влияния социального неравенства на здоровье[8].

Подходы, сформированные в разных дисциплинах (такие как теория кризисных вмешательств, психиатрический взгляд), различные уровни общественной поддержки (например, лица, оказывающие уход, консультанты и специалисты), разделение задач (например, сортировка, оценка и лечение), различные варианты оценки (такие как очный, с помощью телефона или видеосвязи), разные пути предоставления помощи (такие как здравоохранение и полиция), совместная работа разных служб (полиции, скорой помощи, специалистов здравоохранения), особый правовой статус (например, добровольный, недобровольный и принудительный), возможность для оказания помощи в разных местах (например, на дому, в отделениях неотложной помощи, совмещенных с психиатрическими отделениями), широкий спектр явлений (например, ситуационный кризис, расстройства личности, употребление психоактивных веществ/отравления, психоз), разные виды нарушений (как суицидальные мысли, так и несуицидальное самоповреждение, суицидальные попытки, насилие) делают сравнение разных видов помощи во множестве регионов сложным. Аналогично различные терапевтические тактики (например, психологические, фармакологические, практики физического ограничения) и отличия в последовательности оказания помощи в отдельных моделях делают экстраполяцию результатов затруднительной.

В дополнение, отличия в распространенности кризисных состояний в разных популяциях, разница в жела-