нии получить помощь и различный порог для отличающихся видов клинических вмешательств еще больше усложняют интерпретацию результатов. Несоответствия в бюджетах, обществе, инфраструктуре больницы, а также кадровом составе тоже осложняют сравнение. Несмотря на успех некоторых моделей и интерес к инновационным подходам, несовпадения в реальной практике в разных регионах делают задачу создания универсально применимой модели затруднительной.

Хоть оценка вмешательств и обязательна, их успешность не может быть автоматически применена к другим условиям. Фактически существует множество сложных программ, которые часто применяются в пробном режиме, успех которых обеспечен высоким уровнем финансовой, административной и политической поддержки, однако они сложны для оценки даже в схожих условиях. Их применимость в разных регионах, системах здравоохранения и странах может быть крайне сложной.

Гетерогенность состояний, с которыми сталкивается неотложная психиатрия, неодинаковые вмешательства и различие условий требуют понимания контекста. Реальность локальной окружающей среды и ее специфические проблемы требуют особых решений. Перенос структуры знаний, общих подходов и практики в условиях с разным контекстом может приводить к низким положительным результатам подходов к лечению[9]. Стандартизированные протоколы могут не учитывать местных проблем, требующих контекстуального анализа и интерпретаций, основанных на региональных реалиях. Это особенно актуально для многофакторных и междисциплинарных протоколов вмешательств, касающихся неотложной психиатрии и кризисной помощи.

Решения в клинической практике должны учитывать более широкий биопсихосоциальный контекст, включающий клинический, психологический, социальный и экономический аспекты, связанные с лечением осложнения, и риски, а также взгляды на лечение пациента и лица, оказывающего уход. Главный вызов, возникающий при попытке повторить успешный проект, – это необходимость понимать местный контекст, встраивать в него локальные знания и пробовать дополнять их специфическими для региона решениями.

Kuruthukulangara S. Jacob[1]

[1]University of Melbourne, Ballarat, VIC, 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):220–36.
2. Murphy S.M., Irving C.B., Adams C.E. et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 2015(12):CD001087.
3. Lyons N., Cooper C., Lloyd-Evans B. BMC Psychiatry. 2021; 21(1):315.
4. Hasselberg N., Holgersen K., Uverud G. et al. BMC Psychiatry. 2021; 21(1):231.
5. Cartwright N. Lancet. 2011; 377(9775):1400–1.
6. Haynes B. BMJ. 1999; 319(7211):652–3.
7. Marmot M. Lancet. 2005; 365(9464):1099–104.
8. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization, 2014.
9. Jacob K.S. Int Psychogeriatr. 2012; 24(11):1703–7.

DOI:10.1002/wps.20964

Необходимость правозащитного подхода к моделям оказания неотложной помощи

Newton-Howes G, Gordon S. The need for a rights-based approach to acute models of care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):240-241. doi:10.1002/wps.20965

Johnson и соавт.[1] предоставляют всеобъемлющий обзор спектра неотложных услуг и моделей ухода, которые в настоящее время рассматриваются и используются системами охраны психического здоровья, в первую очередь в странах с высоким уровнем дохода. Данная статья представляет собой отличную отправную точку для оценки диапазона, доступности и качества поддержки, доступной тем, кто испытывает острый психосоциальный дистресс[2]. Авторы ясно показывают, что существует множество возможных путей оказания медицинской помощи, множество методов оценки, которые могут быть применены, и столь же разнообразный набор потенциальных вариантов поддержки после оценки.

Широта и глубина всего этого просто поразительны. Однако, что не менее примечательно, так это отсутствие четкого научно обоснованного направления исследований. Это противоречит широко распространенному мнению о том, что существует доказательная база, лежащая в основе преимущественно биомедицинских подходов, используемых в большинстве стран с высоким уровнем дохода. Как отмечают *Johnson* и соавт., большинство исследований имеют отрицательные результаты или не находят пользы для предложенной модели ухода. Это приводит к тому, что подходы к планированию, внедрению и оценке неотложной помощи становятся серьезной проблемой[3]. «Объем» и «статус» неотложных услуг в настоящее время создают реальную головоломку для специалистов по планированию услуг и отдельных врачей: каковы наилучшие подходы к улучшению доступа и качества медицинской помощи?

На самом деле, маловероятно, что найдутся «наилучшие подходы», которые можно было бы обобщить для отдельных людей с точки зрения их представления, времени, культуры или модели здравоохранения для определенной страны. Что требуется, так это контекстуально релевантная модель ухода с адекватными доказательствами. Мы бы предположили, что суждения о том, являются ли подходы к неотложной помощи, доступные в обществе, достаточными и подходящими, в основном принадлежат пациентам, которые эту помощь получают, и их сетям поддержки[4]. Для проведения такой оценки представляется вероятным, что понимание острого психосоциального дистресса, с точки зрения пациента, оказывается необходимым условием и что это должно включать знание пациентами их прав.

Взятые в целом, существующие данные свидетельствуют о том, что биомедицинские модели оценки (такие как оценка в отделении неотложной помощи) в значительной степени бесполезны, с точки зрения пациента, и могут увеличить вероятность стационарного лечения. Такая работа зачастую проводится на основе плохо определенного «риска», который многие отделения ставят в приоритет пе-

ред смягчением последствий. Поэтому необходимы альтернативные варианты разработки более эффективных методов оценки и оказания неотложной помощи.

Интересно наблюдать, что бригады неотложной помощи на дому, которые не основаны на теоретической модели, более позитивно воспринимаются пациентами, как и кризисные дома по месту жительства. Они существуют по всей Новой Зеландии и субъективно отражают положительный опыт, описанный в литературе. Обе эти модели имеют менее клиническую направленность, с акцентом на потребности человека, попавшего в беду, и подходы к их удовлетворению, в отличие от акцента на риске. Подразумевается, что биомедицинские модели, описанные как «острие копья», могут быть недостаточными или даже устаревшими и что совместно разработанные модели неотложной помощи необходимы для их адекватного дополнения с целью удовлетворении потребностей пациентов и их сетей поддержки.

Мы отмечаем различие между обзором, относящимся к странам с высоким уровнем дохода, и обзором, касающимся стран с низким и средним уровнем дохода (*LMICS*) в статье *Johnson* и его соавторов[1]. Определенную озабоченность вызывает критический подход к проблемам и стратегиям, существующим в странах с низким уровнем дохода. Выявленный систематический обзор вмешательств в области психического здоровья при кризисах в условиях работы неспециалистов в *LMICs*[5], который выявил отсутствие основанных на фактических данных рекомендаций по оказанию помощи в критических ситуациях, в целом согласуется с выводами обзора *Johnson*[1]. Как отметил Специальный докладчик Организации Объединенных Наций (ООН) в 2020 г., «во всем мире почти все контексты разделяют необходимость смены парадигмы в области психического здоровья, хотя то, как этот сдвиг выглядит на практике, является предметом многочисленных дискуссий… хотя доминирующий глобальный статус-кво в области психического здоровья существует, он разрушается под давлением этих разнородных и мощных движений и переживаний»[6]. Аналогичным образом, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщает, что «общесекторальные решения требуются не только в странах с низким уровнем дохода, но и в странах со средним и высоким уровнем дохода»[7]. Мы бы предположили, что проблемы, выявленные в странах с низким и средним уровнем дохода, распространяются и на страны с высоким уровнем дохода.

Одно из мощных движений, на которое ссылается Специальный докладчик ООН, представлено ожиданиями стран, подписавших и ратифицировавших Конвенцию ООН о правах инвалидов 2006 г. Данное движение включает, в частности, право лиц с инвалидностью (включая психосоциальную инвалидность) на правоспособность, которое охватывает как собственно правоспособность (способность обладать правами), так и правосубъектность (способность осуществлять эти права).

Распространенным предположением, опровергающим этот подход, является осознанная необходимость заменить выбор человека с острым психосоциальным расстройством, чтобы удовлетворить его/ее потребности, с помощью, например, законодательства о психическом здоровье. Возможно, эти опасения основаны на плохо определенных терминах, таких как «понимание», и все больше споров возникает вокруг надлежащих оценок их потенциала[8], даже в острых обстоятельствах[9]. В ответ на это опасение Конвенция требует, чтобы людям оказывалась поддержка в принятии решений в соответствии с их собственной волей и предпочтениями даже в ситуациях, когда у них могут быть нарушены навыки принятия решений.

Как указано *Johnson* и соавторами, в недавно опубликованном руководстве ВОЗ[7] излагаются основные принципы, основанные на правах пациентов, ориентированные на восстановление подходов к службам охраны психического здоровья в сообществе, включая кризисные службы. В данные принципы входят обязательство уважать правоспособность, непринудительную практику, вовлечение общин, участие и подход к восстановлению. По сути, потребности и права человека, попавшего в беду, должны быть ориентиром при выборе модели оказания помощи.

В целом, *Johnson* и соавт. дают отличный обзор текущего спектра услуг и соображений качества, связанных с неотложной психиатрической помощью. Авторы указывают на то, что литература разрозненна или не поддерживает многие из предлагаемых повседневных вмешательств. Меняющийся глобальный контекст для оказания помощи с постоянно растущим признанием прав людей, испытывающих острые психосоциальные расстройства, также ставит под сомнение статус-кво.

Мы хотели бы присоединиться к выводу авторов о том, что необходимо разработать, оценить и внедрить новые подходы, и мы бы предположили, что основанные на правах человека, ориентированные на восстановление подходы должны способствовать любому расширению спектра и улучшению доступа и качества неотложной психиатрической помощи. Совместная работа с людьми с жизненным опытом и сетями их поддержки, вероятно, наилучшим образом облегчит это изменение.

Giles Newton-Howes[1], Sarah Gordon[2]

[1]Department of Psychological Medicine, University of Otago, Wellington, New Zealand; [2]World of Difference, University of Otago, Wellington, New Zealand

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

Библиография

1. Johnson S., Dalton-Locke C., Baker J. et al. World Psychiatry 2022; 21:220–36.
2. Aubrecht K. Rev Disabil Stud 2012; 8:1–15.
3. Head B.W. Public Policy 2008; 3:101–18.
4. Priebe S., Miglietta E. World Psychiatry 2019; 18:301.
5. Nadkarni A., Hanlon C., Bhatia U. et al. Lancet Psychiatry 2015; 2:540–7.
6. Pūras D. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. https://undocs.org/A/HRC/44/48.
7. World Health Organization. Mental health crisis services: promoting person-centred and rightsbased approaches. Geneva: World Health Organization, 2021.
8. Newton-Howes G., Pickering N., Young G. Clin Ethics 2019; 14:173–7.
9. Pickering N., Newton-Howes G., Young G. Am J Bioeth 2021; doi: 10.1080/15265161.2021.1941422.

DOI:10.1002/wps.20965