ботке, чтобы исследовать отдельные элементы неотложной психиатрической помощи. Если такие исследования смогут определить, какие именно элементы наиболее важны для получения клинических результатов, эти элементы могут быть применены и изучены в разнообразных моделях и других контекстах.

Дилемма появления более специализированных и дифференцированных психиатрических служб, включая неотложную помощь, приводит к более частому прерыванию терапии теми пациентами, которым требуется пройти через разные этапы болезни. Модели с более общими и интегрированными командными принципами работы могут обеспечить большую продолжительность личных отношений между пациентом и сотрудниками службы. Требования к эффективности сфокусированы на лечении расстройств, но зачастую оставляют мало пространства для взаимодействия между специалистом и человеком, страдающим расстройством.

Мы должны больше узнать о том, какие исходы наиболее важны для пациентов и какие элементы неотложный психиатрической помощи обеспечивают разнообразные исходы. В частности, важно лучше понимать, каким образом непрерывность оказания помощи и терапевтические отношения обеспечивают позитивный опыт и положительный исход лечения для пациента неотложной психиатрической помощи и как эти два критически важных элемента могут быть реализованы.

Torleif Ruud[1,2], Svein Friis[3,4]
[1]Division of Mental Health Services, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway; [2]Clinic of Health Services Research and Psychiatry, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Blindern, Oslo, Norway; [3]Division of Mental Health and Addiction, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway; [4]Division of Mental Health and Addiction, Department of Research and Innovation, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

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. Adair C.E., McDougall G.M., Beckie A. et al. Psychiatr Serv. 2003; 54(10):1351–6.
3. Martin D.J., Garske J.P., Davis M.K. J Consult Clin Psychol. 2000; 68(3):438–50.
4. Puntis S., Rugkåsa J., Forrest A. et al. Psychiatr Serv. 2015; 66(4):354–63.
5. Morant N., Lloyd-Evans B., Lamb D. et al. BMC Psychiatry. 2017; 17(1):254.
6. Bolsinger J., Jaeger M., Hoff P. et al. Front Psychiatry. 2019; 10:965.
7. Kalseth J., Lassemo E., Wahlbeck K. et al. BMC Psychiatry. 2016; 16(1):376.
8. Nyttingnes O., Šaltytė Benth J., Ruud T. BMC Health Serv Res. 2021; 21(1):36.
9. Hasselberg N., Holgersen K.H., Uverud G.M., et al. BMC Psychiatry. 2021; 21(1):231.

DOI:10.1002/wps.20966

Мероприятия и технологии: разработка более безопасной неотложной стационарной психиатрической помощи

Simpson A. Activities and technologies: developing safer acute inpatient mental health care. *World Psychiatry*. 2022;21(2):242-243. doi:10.1002/wps.20967

Johnson и соавт.[1] предоставляют всеобъемлющий и информативный обзор фактических данных и ключевых вопросов, касающихся неотложной и кризисной психиатрической помощи. Как они предполагают, психиатрическая стационарная помощь чаще всего непопулярна – как среди пациентов, так и среди многих сотрудников – и может быть травмирующей, вызывающей повторный негативный опыт и принудительной.

Существует сильная напряженность вокруг попыток обеспечения безопасности людей с тяжелыми психическими расстройствами и стремления построить и поддерживать привлекательные, принимающие терапевтические отношения и среду, зачастую в рамках систем и организаций здравоохранения, которые имеют недостаточное финансирование и крайне недоукомплектованы персоналом.

Те сотрудники, которые посвящают свое время и силы оказанию стационарной помощи, часто делают это с большим мастерством и гуманностью. В межнациональном сравнительном тематическом исследовании[2] сообщается о положительной практике в стационарных отделениях для острых пациентов, свидетельствующей о безопасном, уважительном и сострадательном оказании помощи. Пациенты знали об усилиях, прилагаемых для обеспечения их безопасности, но не чувствовали себя рутинно вовлеченными в планирование оказания помощи или принятие решений по регулированию рисков. Исследования по увеличению времени терапевтического контакта, совместному принятию решений при оценке риска и использованию инструментов, ориентированных на выздоровление, могут способствовать дальнейшему развитию персонализированного планирования помощи.

Неизменная проблема скуки в психиатрических отделениях также освещается в статье *Johnson* и соавторов. Инициативы, находящиеся в свободном доступе, такие как *Star Wards* (www.starwards.org.uk), предоставляют множество творческих предложений для улучшения взаимодействий в заполненных психиатрических отделениях и могут создать возможности для персонала и пациентов участвовать в обсуждениях и сотрудничестве с целью разработки и осуществления конструктивной деятельности.

Существует настоятельная необходимость в проведении исследований для изучения организационных факторов, которые стоит внедрить для поддержки более интерактивной и продуктивной среды при оказании неотложной психиатрической помощи[3]. Возможны ли такие решения в ограничительных и избегающих рисков условиях, нам еще предстоит узнать. Мероприятия, которые следует особо отметить, в дополнение к избавлению от скуки, включают поощрение вовлеченности пациентов, оценку их способности заниматься повседневной деятельностью, подготовку к выписке и поддержку осторожных шагов к выздоровлению.

Маловероятно, что все эти потребности могут быть адекватно удовлетворены за короткое время, обычно проводимое пациентом в отделении, также нужно учитывать различные демографические и диагностические характеристики. Это относится, в частности, к развитию необходимых навыков и уверенности в себе для до-

стижения и поддержания выздоровления при взаимодействии пациента с зачастую враждебным внешним миром. Междисциплинарные подходы с участием специалистов по трудотерапии и коллег-работников могут обеспечить решение данного вопроса.

Johnson и соавторы[1] освещают доказательства, поддерживающие использование *Six Core Strategies* и *Safewards* для уменьшения конфликтов и применения ограничительных мер в стационарных отделениях. Недавний обзор признал увеличенную доказательную базу по эффективности *Safewards* в отделениях для острых пациентов в различных странах[4]. Необходимы дополнительные исследования для оценки адаптации в психиатрических отделениях интенсивной терапии, службах охраны психического здоровья, отделениях неотложной помощи и палатах для различных возрастных категорий. Однако нехватка персонала и значительное давление, с которым сталкиваются работники сферы охраны психического здоровья, также создают серьезные препятствия для тех, кто осуществляет вмешательства[5] и проводит соответствующие исследования[6].

Описательный обзор литературы[7] выявил относительно небольшой объем исследований по использованию системы телевидения замкнутого контура (*CCTV*) для повышения безопасности пациентов и персонала в отделениях неотложной психиатрической помощи, но отметил жертвование конфиденциальностью. Видеонаблюдение (*CCTV*) усилило субъективное чувство безопасности у пациентов и персонала, однако не было никаких доказательств того, что оно повысило объективную безопасность или снизило уровень насилия.

Видеонаблюдение и (в последнее время) инфракрасные камеры также используются для тщательного наблюдения и мониторинга жизненно важных показателей у пациентов, в том числе в изоляции. Такая технология может быть менее инвазивной для пациентов, снимает необходимость прерывания сна при проведении проверок и может быть предпочтительной для некоторых пациентов, поскольку позволяет избежать вторжения персонала в личное пространство человека. Это может снизить количество триггеров для конфликтов и агрессии и риск последующего психологического вреда, связанного с ограничительными мерами. Видеомониторинг может также позволить оставить чрезмерно возбужденных пациентов в покое, давая возможность при этом персоналу продолжать свои наблюдения.

С другой стороны, использование электронного наблюдения может рассматриваться как дистанцирующее и дегуманизирующее. Исследования показывают, что основным фактором, успокаивающим пациентов и уменьшающим травматизм во время эпизода изоляции или ограничения, оказывается контакт и общение с персоналом[8]. Симптомы страха, недоверия или бреда могут усиливаться у некоторых пациентов, и существуют опасения, что системы видеонаблюдения могут усугубить параноидальные мысли или вызвать тревожные воспоминания о предыдущем жестоком обращении, связанном с видеозаписями. Видеокамеры могут напрямую способствовать созданию атмосферы отстраненности, контроля и страха, что может содействовать возникновению тех самых явлений, которые, как предполагается, при наблюдении должны уменьшаться. Видеосъемка пациентов, особенно находящихся в уязвимом положении, может подкрепить чувство стыда и ущемить право на личную жизнь.

Эти проблемы и необходимость дополнительных исследований имеют важное значение, поскольку наличие и растущая доступность цифровых технологий привели к внедрению нательных камер (*BWC*) в стационарных отделениях, в отделениях неотложной помощи и (для фельдшеров) в машинах скорой помощи. *BWCs* – это небольшие устройства, которые можно носить на одежде, они записывают изображения и звуки в непосредственной близости от пользователя. Сотрудников психиатрической службы просят носить *BWCs* и включать их во время происшествий, а иногда и по просьбе пациента. Есть надежда, что использование *BWCs* поможет разряжать опасные ситуации, уменьшит агрессию и улучшит ответственность и сбор доказательств по поводу серьезных инцидентов. Однако недавний систематический обзор литературы выявил только две неудовлетворительные оценки использования *BWC* в психиатрических отделениях: с неоднозначными результатами, но с некоторым снижением числа более серьезных инцидентов[9].

В заключение отметим, что удовлетворение потребностей пациентов в активности и причастности в переполненных психиатрических отделениях сегодня следует рассматривать как приоритетную задачу, в то время как идея использования электронного наблюдения в учреждениях, оказывающих помощь при острых психических расстройствах, на данный момент не подкреплена убедительными научными данными и вызывает серьезные сомнения.

Alan Simpson
Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience and Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery & Pal- liative Care, King's College London, London, UK

Перевод: Каспартов М.В. (Минск)
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. Coffey M., Hannigan B., Barlow S. et al. BMC Psychiatry 2019; 19:115.
3. Foye U., Li Y., Birken M. et al. J Psychiatr Ment Health Nurs 2020; 27:482–93.
4. Lawrence D., Bagshaw R., Stubbings D. et al. Int J Forensic Mental Health 2022; 21:68–88.
5. Fletcher J., Brophy L., Pirkis J. et al. Front Psychiatry 2021; 12:733272.
6. McAllister S., Simpson A., Tsianakas V. et al. BMJ Open 2021; 11:e047114.
7. Appenzeller Y.E., Appelbaum P.S., Trachsel M. Psychiatr Serv 2020; 71:480□6.
8. Knox D.K., Holloman G.H. Jr. West J Emerg Med 2012; 13:35–40.
9. Wilson K., Eaton J., Foye U. et al. Int J Mental Health Nurs 2021; doi: 10.1111/inm.12954.

DOI:10.1002/wps.20967