организации стажировок, а также использовать другие возможности обучения, направленные на диверсификацию кадров, чтобы отразить особенности обслуживаемых сообществ. Включение в работу специалистов-ровесников также может способствовать социально-экономическому и расовому/этническому разнообразию персонала, а также быть дополнительным преимуществом при снижении стигмы.

Что касается разработки и оценки кризисных интервенций, необходимы ресурсы для поддержки строгих, ориентированных на конечные результаты стратегий, для того чтобы измерить воздействие программы на закрепление, ухудшение или ликвидацию неравенства. Программы могут опираться на модели исследований с участием общественности и методы науки о внедрении моделей, чтобы приглашать к участию заинтересованные стороны как непосредственно от сообщества, так и от профессионального экспертного совета в процессе исследования, чтобы облегчить определение и включение результатов, значимых для ключевых заинтересованных сторон.

Для повышения качества данных специалисты по оценке могут обеспечить специализированное обучение клинического персонала тому, как собирать социально-демографические данные, необходимые для проведения анализа расовой справедливости. Аналогично необходимости диверсификации клинического персонала поддержка исследователей с различным опытом работы является важным способом обеспечения равенства. В заключение отметим, что для достижения этих целей необходимо увеличить финансирование исследований кризисных служб психического здоровья, а анализы степени равенства получающих помощь должны быть частью каждого профинансированного исследовательского проекта.

Содействие проактивным подходам к измерению и изучению неравенства может помочь продвижению цели достижения истинного равенства в том, как системы реагируют на людей в кризисных ситуациях. Метрики должны выходить за рамки простых описательных показателей, таких как мощность и время реагирования, и сосредотачиваться на более значимых показателях процесса и результатов, таких как связь с амбулаторным лечением и позитивная динамика симптомов. Чтобы не упрочить неадекватные страховые выплаты за амбулаторные психиатрические услуги, важно, чтобы при оценке кризисных систем изучались результаты лечения, а также неравенство между пациентами, итоги проведенного лечения и различия между важными подгруппами.

Отсутствие достоверных данных о том, какую роль играют кризисные услуги в продвижении справедливости, остается серьезной проблемой. Повышенное внимание к этому ключевому компоненту системы охраны психического здоровья станет хорошей возможностью для решения проблемы неравенства пациентов в области психического здоровья.

Matthew L. Goldman[1], Sarah Y. Vinson[2]

[1]San Francisco Department of Public Health, and Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Universityof California, San Francisco, CA, USA;

[2]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Morehouse School of Medicine, and Lorio Forensics, Atlanta, GA, USA

Перевод: Коврижных И.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. Vinson S.Y., Dennis A.L. Psychiatr Serv 2021; 72: 1428–33.
3. Hogan M.F., Goldman M.L. Psychiatr Serv 2020; 72:169–73.
4. Balfour M.E., Hahn Stephenson A., Delany-Brumsey A. et al. Psychiatr Serv 2021; doi: 10.1176/appi.ps. 202000721.
5. Alegría M., Frank R.G., Hansen H.B. et al. Health Aff 2021; 40:226–34.
6. Bailey K., Lowder E.M., Grommon E et al. Psychiatr Serv 2021; doi: 10.1176/appi.ps.202000864.
7. Swanson J., Swartz M., Van Dorn R.A. et al. Health Aff 2009; 28:816–26.
8. Local and Regional Government Alliance on Race & Equity. Racial Equity Toolkit: an opportunity to operationalize equity. https://www.racialequityalliance.org/.
9. Talley R.M., Shoyinka S., Minkoff K. Community Ment Health J 2021; 57:1208–13.

DOI:10.1002/wps.20968

Кризис внутри кризиса – хрупкость системы оказания неотложной психиатрической помощи

Schneeberger AR, Huber CG. Crisis within a crisis – the fragility of acute psychiatric care delivery. *World Psychiatry*. 2022;21(2):245-246. doi:10.1002/wps.20969

В статье *Johnson* и соавт.[1] представляют всеобъемлющее описание различных моделей помощи, направленных на преодоление кризисов психического здоровья, уделяя особое внимание промежуточной оценке и экстренному преодолению кризиса, интенсивному лечению, посткризисному периоду, а также дальнейшим перспективам кризисной помощи, включая профилактику, и особенности кризисной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода.

Авторы пришли к выводу, что существуют разнообразные варианты моделей помощи, но при этом доказательств, основанных на надежных исследованиях, мало, а большинство исследований и интервенций отражают скорее точку зрения клинициста, чем точку зрения пациента.

Поколения врачей и пациентов стремились улучшить управление услугами в области кризисной психиатрии, и обширный обзор этих усилий поражает во многих отношениях. С одной стороны, он иллюстрирует сложность проблемы; с другой – демонстрирует творческий подход, необходимый для ее решения. Однако обилие моделей, которые описывают авторы, также отражает общую неадекватность имеющихся алгоритмов помощи и неспособность экспертов и пользователей услуг найти эффективные решения вопроса. Кроме того, сложные системы, как правило, неэффективны и запутывают пути к лечению, увеличивая время, необходимое пациенту для того, чтобы получить адекватную помощь и поддержку, а также прямые и косвенные расходы на психическое здоровье.

Пандемия COVID-19 создала множество новых проблем для нашего общества, особенно если говорить о наиболее уязвимых группах населения, включая людей с психическими

заболеваниями. В то время как объединенные усилия ученых во всем мире привели к беспрецедентно быстрому развитию стратегий иммунизации, оказание медицинских услуг в целом и оказание услуг по охране психического здоровья в частности пострадало[2]. Являясь непреднамеренным глобальным стресс-тестом для систем здравоохранения, COVID-19 выявил структурные слабые места в наших службах неотложной психиатрической помощи.

Инфекция COVID-19 сама по себе вызывает острые нарушения психического здоровья, а также отдаленные неврологические и психиатрические последствия. Кроме того, вынужденное сокращение социальных контактов и деятельности во время изоляции, беспокойство и стресс перед лицом надвигающихся экономических трудностей и неопределенность во время глобального кризиса выявили ранее не диагностированные психические расстройства, привели к увеличению частоты рецидивов существующих психических заболеваний и вызвали рост впервые выявленных психических проблем. Этот рост психиатрической заболеваемости привел к резкой нагрузке на аппарат предоставления помощи, к которому большинство систем психиатрического здравоохранения не были готовы[3].

Работники по оказанию психиатрической помощи и управленцы борются за обеспечение психиатрической помощи, прибегая к творческим мерам, включая новые цифровизированные медицинские решения. Несмотря на эти усилия, во многих случаях – и особенно в институциональных условиях – оказывается невозможным поддерживать услуги на допандемическом уровне, что приводит к деградации терапевтического альянса, одного из наиболее важных факторов успеха в психиатрическом лечении[4]. Кризис психического здоровья в рамках пандемического кризиса выявил отсутствие надежного алгоритма решений, поддерживающего вмешательства, необходимые для оказания помощи людям с психическими заболеваниями, и может рассматриваться как показатель хрупкости оказания психиатрической помощи.

Кроме того, как отмечают *Johnson* и соавторы[1], доступ пациентов или потребителей к неотложной психиатрической помощи часто характеризуется потерей автономии и самоопределения. Агрессивное поведение и насилие со стороны психиатрических пациентов используются для оправдания более строгих условий содержания в стационарных учреждениях в интересах поддержания безопасности при работе с такими больными, которые могут в противном случае причинить вред себе или представлять опасность для общества. Однако последние данные указывают другое: более открытые подходы к лечению, расширяющие возможности и способствующие уменьшению принуждения, способны снизить агрессию и насилие в неотложных психиатрических учреждениях[5], что говорит о том, что возможно внедрить и поддерживать услуги с минимальным использованием принуждения и максимальной автономией пациента.

Однако эта работа требует больших усилий и рассчитана на длительный срок. Опять же, пандемия COVID-19 показывает, как легко этот прогресс может быть утрачен. Во время пандемического кризиса уровень недобровольных госпитализаций и принудительных мер возрос[6]. Это необязательно вызвано ростом обострения психических заболеваний – нередко это связано с возросшей необходимостью обеспечения безопасности населения и работников психиатрической службы в периоды неопределенности[7]. Нормативные установки перевешивают моральные сомнения во время кризисов и могут привести к тому, что работники психиатрической службы будут чаще прибегать к принуждению в лечебных учреждениях.

И наконец, пандемия COVID-19 напоминает нам о важности сосредоточения не только на непосредственном вмешательстве в кризисы психического здоровья, но и на возможности предотвращать эти кризисы. Система психического здоровья должна обеспечивать вмешательства, направленные на повышение жизнестойкости и благополучия, облегчения ухода за собой и на поддержку принципов неформального ухода. Темой обзора *Johnson* и соавторов[1] является неотложная психиатрическая помощь, поэтому авторы дали лишь краткий обзор вторичной и третичной профилактики. Однако нельзя недооценивать важность профилактики в ее значении противодействию развития острых психиатрических состояний, что уменьшает страдания заболевших, а также снижает нагрузку на систему охраны психического здоровья и расходы на здравоохранение.

Мы согласны с авторами, что необходимо продвигать новые исследования и создавать интегрированные местные учреждения кризисной помощи для удовлетворения разнообразных потребностей людей с психическими расстройствами. Крайне важно включать в работу людей, которые пользуются помощью, их семьи, сообщества и персонал во всех соответствующих секторах психиатрической помощи для разработки систем лечения, которые учитывают особые потребности пациентов. Пандемия COVID-19 продемонстрировала потребность в более качественных и долговечных структурах помощи людям с психическими заболеваниями. Чтобы достичь этой цели, необходимо сосредоточиться на расширении прав и возможностей, а также снижении стигматизации пациентов[8].

Для того чтобы противостоять структурной стигматизации проблем психического здоровья, принимающим решения необходимо бросить вызов и быть ответственными за включение здравоохранения в политику борьбы с пандемиями. Необходимо сместить акцент с системы помощи, включающей множество моделей кризисных служб, которая приводит к пробелам в оказании помощи и к неудовлетворению общественности и здравоохранения, на политику борьбы с пандемиями. Необходимо сместить акцент с фрагментированной, сложной системы помощи, включающей множество моделей кризисных служб и приводящей к пробелам в оказании помощи и неудовлетворенности общемедицинских и психиатрических потребностей, в сторону полного континуума психиатрической помощи[9]. Правительство должно поддерживать и финансировать развитие комплексной непрерывной психиатрической помощи, начиная от стационарных коек в психиатрических учреждениях и заканчивая базовыми услугами, основанными на научно обоснованных данных национального уровня.

Международные исследовательские группы, включая ученых и пользователей услуг из стран с низким и средним уровнем дохода, являются ключом к сбору и своевременному распространению данных о лучших моделях и практиках с целью обеспечения доказательной базы для устойчивого оказания неотложной психиатрической помощи.

Andres R. Schneeberger[1-3], Christian G. Huber[4]

[1]Department of Adult Psychiatry, Psychiatric Services Grisons, Chur, Switzerland;
[2]Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatics, Psychiatric University Clinics, Zurich, Switzerland;
[3]Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, USA;
[4]Department of General Adult Psychiatry, University Psychiatric Clinics, Basel, Switzerland

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