

«Атлас психического здоровья» и новые грани сотрудничества с пациентами

Н.Д. Семенова^{1,2},

канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник; доцент кафедры клинической психологии Факультета клинической психологии и социальной работы.

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии —

филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава РФ (107076, г. Москва, ул. Потешная, д.3, к. 10).

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Минздрава РФ (117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1).

В данной работе освещаются материалы подготовленного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, 2021) документа, «Атласа психического здоровья», в котором собрана и обобщена информация о ресурсах в области охраны психического здоровья во многих странах мира. Конкретизируется содержательное наполнение важных фрагментов этого документа, касающихся сотрудничества специалистов в области охраны психического здоровья с пациентами как пользователями услуг.

Ключевые слова: Атлас психического здоровья 2020, Всемирная организация здравоохранения, пациенты-исследователи, концепция личностно-социального восстановления, «Открытый диалог».

«Mental Health Atlas» and new facets of cooperation with patients

N.D. Semenova^{1,2},

Candidate of Psychological Sciences, Lead Researcher; Associate Professor of the Department of Clinical Psychology of the Faculty of Clinical Psychology and Social Work.

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry — branch of the National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of the Russian Federation (107076, Moscow, Poteshnaya str., 3, room 10).

² Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "N.I. Pirogov Russian National Research Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997).

This paper highlights a World Health Organization (WHO, 2021) document, the Mental Health Atlas, which collects and summarizes information on mental health resources in all countries. The content of essential fragments relating to the cooperation of mental health professionals with patients as service users is specified.

Keywords: Mental Health Atlas 2020, World Health Organization, experts by experience, recovery from mental illness, «Open dialogue».

«Атлас психического здоровья» Всемирной организации здравоохранения

Психиатры разных стран мира, а также все те, кто работает в сфере охраны психического здоровья, на различных встречах и форумах часто ссылаются на важный документ — «Атлас психического здоровья», представляющий собой долгосрочный проект Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [3].

Материалы «Атласа психического здоровья» ранее освещались нами [4]. Здесь же отметим, что данный документ продолжает

серию документов о ресурсах в области охраны психического здоровья в мире, начатую в еще 2001 году. ВОЗ собирает и обобщает данные, уточняет информацию, стремится повысить надежность источников данных — и соотносит все это с общим контекстом, меняющимся в ходе развития науки и клинической практики, в ходе разработки и уточнения концепций психического здоровья. Для сбора информации используется соответствующая анкета, которая направляется координаторам в области охраны психического здоровья министерств здраво-

охранения государств-членов ВОЗ. Собранная и обобщенная информация далее группируется по следующим рубрикам: «Информационные системы и исследование психического здоровья»; «Управление системой охраны психического здоровья»; «Финансовые и кадровые ресурсы в сфере охраны психического здоровья»; «Доступ к услугам психиатрических служб»; «Профилактика и укрепление психического здоровья».

Цель данной статьи — конкретизация содержательного наполнения важных фрагментов этого документа, а именно: касающихся сотрудничества специалистов в области охраны психического здоровья с пациентами как пользователями услуг. Речь идет о материале, представленном в трех разделах: «Управление системой охраны психического здоровья», «Доступ к услугам психиатрических служб», а также «Профилактика и укрепление психического здоровья».

Так, в разделе «Управление системой охраны психического здоровья» освещаются вопросы, касающиеся того, в какой мере психиатрические службы сотрудничают с той или иной группой заинтересованных лиц, среди которых — пациенты, *пользователи услуг*, их родственники или опекуны, а также разные *группы поддержки*. В разделе «Доступ к услугам психиатрических служб» освещаются вопросы, касающиеся интеграции психиатрической помощи в первичную медико-санитарную помощь. Данный показатель, кроме прочего, включает наличие *психосоциальных вмешательств*, соответствующее обучение специалистов основам и приемам данного рода деятельности. В разделе «Профилактика и укрепление психического здоровья» освещаются вопросы, касающиеся наличия национальных многосекторальных программ укрепления и профилактики психического здоровья, программ, направленных на повышение осведомленности населения о психическом здоровье, мероприятий по борьбе со стигмой, программ охраны психического здоровья и *психосоциальной поддержки*, интегрированных в качестве компонента в любые иные проекты.

Далее мы раскроем и конкретизируем, какого рода информация вносится специалистами в области охраны психического здоровья разных стран в вышеупомянутую анкету, когда их запрашивают о сотрудничестве с пациентами, *пользователями услуг*, а также их родственниками и *группами поддержки*. К слову, 35 %

государств-членов ВОЗ отметили весьма низкий уровень сотрудничества с *пользователями услуг и группами поддержки* [3]. Потребители помощи (*пользователи услуг*) в таких случаях выступают как объекты изучения, поставщики психопатологического опыта, который далее принимается к сведению и изучается. Тогда как настоящее сотрудничество — гораздо шире. Оно включает новые формы психосоциальной помощи, открытый диалог, сотрудничество специалистов с пациентами как коллегами и партнерами научных клинических исследований (см., например, [2, 25, 27]).

Новые формы сотрудничества с пациентами

Исследователями и клиницистами и ранее предпринимались попытки интенсивно сотрудничать с пациентами, однако до недавнего времени изучение переживаний пациентов в психиатрии не выходило за определенные рамки. Пациенты выступали как объект изучения и как поставщики психопатологического опыта, опыта субъективных переживаний, которые далее изучались в рамках качественных исследований с использованием соответствующих средств анализа текстов: тематического контент-анализа, интерпретативного феноменологического анализа, анализа дискурса, нарратив-анализа, Q-методологии и др. [13, 17]. Недавние работы, опубликованные в высокорейтинговых психиатрических журналах [9, 19, 22], представленные как систематический обзор и доказательный синтез качественных данных субъективного опыта пациентов, продолжают эту традицию, однако, поднимая ее на новую, более высокую ступень.

Субъективный или «живой» опыт психически больного нашел свое отражение и в концепции, по своему революционному влиянию стоящей на одном уровне с де-институционализацией в психиатрии. Речь идет о концепции личностно-социального восстановления (Recovery) [5, 18]. Личностно-социальное восстановление рассматривается не как *результат*, который можно оценить с помощью объективных внешних критериев, а как индивидуальный опыт и *процесс*, который следует оценивать иначе [26].

Концепция личностно-социального восстановления оказала влияние и на службы охраны психического здоровья, которые стали соответствующим образом ориентированными, и на научные исследования. Большую роль в этом

сыграли пациенты, *пользователи услуг*, а также их родственники или опекуны. Так появились лидеры движения потребителей помощи из разных стран мира, представители пациентов, их ролевые модели [6, 7, 10]. Движение потребителей помощи стало своего рода ответом на неудовлетворенность пациентов (и врачей!) традиционной биологически ориентированной психиатрией, издержками психофармакологических методов лечения [11].

Ведущее место среди новых форм сотрудничества и психиатрической помощи, ориентированной на личностно-социальное восстановление, занимает подход под названием «Открытый диалог» [24]. Он широко распространен в мире [30], и основные его принципы включают опору на социальную сеть значимых других, ответственность команды специалистов в определении потребностей пациентов, психологическое сопровождение, непрерывность и преемственность помощи, толерантность к неопределенности, диалогизм и «щадящую» психофармакотерапию.

Ориентировочную основу действий создателей данного подхода составили два известных психологических конструкта. Первый из них — это *толерантность к неопределенности*. Понятие введено психологом Эльзой Френкель-Брунsvик [8], и определяется как отношение к динамически меняющейся, вероятностной и противоречивой стимуляции. Нетерпимость к неопределенности описывается как тенденция принимать решения по типу «черное-белое», торопиться быстро все прояснить, игнорируя сложные реалии и отвергая в этом стремлении ясности потребности других людей, пациентов и их родственников. В контексте данного подхода это звучит следующим образом: «Будьте толерантны к неопределенности, не торопитесь с диагнозом». Второй психологический конструкт — это диалог, *открытый диалог* по М.М. Бахтину [1]. В контексте данного подхода это означает, что всем заинтересованным сторонам — пациенту, его семье, врачам и значимым другим — дают возможность высказаться.

Привлечение пациентов в качестве коллег к участию в исследованиях

Далее пациентов стали привлекать к участию в исследованиях уже в качестве своего рода коллег. Пионером в деле привлечения пациентов (потребителей помощи) к реальному участию в исследованиях считают Til Wykes [31].

Ею, совместно с пациентами, написана большая серия книг и статей. Пациенты, выступающие в данном качестве, вместе с исследователями-профессионалами и клиницистами, участвуют в разработке методологии исследования, указывают на приоритетные направления исследований, на важные клинические реалии и примеры [20, 21, 29].

Как уже было сказано, личностно-социальное восстановление рассматривается не как *результат*, отраженный в ряде объективных внешних показателей, а как индивидуальный опыт и *процесс*. По мнению пациентов, объективные внешние критерии не коррелируют с их, пациентов, субъективным ощущением улучшения, не отслеживают собственно процесс овладения теми или иными навыками, процесс изменения самоощущения и т.п. Именно поэтому пациенты были привлечены к разработке соответствующих инструментов оценки данного процесса. Речь идет, прежде всего, об Опроснике процесса выздоровления (The Questionnaire about the Process of Recovery, QPR) [14], а также Опроснике, который оценивает качество жизни в ходе выздоровления (Recovering Quality of Life, ReQoL) [12]. Данные инструменты в настоящее время широко используются, а при их разработке использовался доказательный метод выработки консенсуса (см., например, [16]).

По аналогии с работами Til Wykes и ее коллег, сделанными в области расстройств шизофренического спектра, строились и работы Janet Treasure и ее коллег [23, 28]. Здесь, в области расстройств пищевого поведения, пациенты самостоятельно соотносили объективные внешние критерии улучшения с субъективным ощущением улучшения, отслеживали собственно процесс выздоровления и преодоления болезни [15].

Новые формы сотрудничества с пациентами (потребителями помощи), привлечение их к реальному участию в исследованиях именно в качестве коллег — суть основы для построения доверия и терапевтического альянса, основа для разработки и выбора диагностических и терапевтических методов. Расширение сферы сотрудничества с *пользователями услуг и группами поддержки* прямым или косвенным образом улучшает и доступ к услугам психиатрических служб, расширяет возможности *психосоциальных вмешательств и психосоциальной поддержки*, повышает осведомленность населения о психическом здоровье и содействует профилактике и охране психического здоровья.

Литература

1. Бахтин М.М. (1979). Эстетика словесного творчества. Рипол Классик.
2. Бышок С.О., Рупчев Г.Е., Семенова Н.Д. Особенности психотического инсайта и его отражение в дневниках пациентов //Доктор. Ру. – 2021. – Т. 20. – №. 5. – С. 67-73.
3. Всемирная организация здравоохранения. Атлас психического здоровья – 2020 [Электронный ресурс]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/item/9789240036703> (дата доступа: 15.06.2022).
4. Семенова Н.Д., Качаева М.А., Шпорт С.В. «Атлас психического здоровья» Всемирной организации здравоохранения //Российский психиатрический журнал. – 2023. – №. 6. – С. 73-76.
5. Anthony W.A. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s //Psychosocial rehabilitation journal. – 1993. – Т. 16. – №. 4. – С. 11–23.
6. Deegan P.E. Recovery: The lived experience of rehabilitation //Psychosocial rehabilitation journal. – 1988. – Т. 11. – №. 4. – С. 11.
7. Deegan P.E. A web application to support recovery and shared decision making in psychiatric medication clinics //Psychiatric Rehabilitation Journal. – 2010. – Т. 34. – №. 1. – С. 23.
8. Frenkel-Brunswik E. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable //Journal of Personality. – 1949. – №. 18.– С. 108-143.
9. Fusar Poli P. et al. The lived experience of psychosis: a bottom up review co written by experts by experience and academics //World Psychiatry. – 2022. – Т. 21. – №. 2. – С. 168-188.
10. Groot P.C., van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication //Therapeutic advances in psychopharmacology. – 2020. – Т. 10. – С. 2045.
11. Hjørth j C. et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis //The Lancet Psychiatry. – 2017. – Т. 4. – №. 4. – С. 295-301.
12. Keetharuth A.D. et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties //The British Journal of Psychiatry. – 2018. – Т. 212. – №. 1. – С. 42-49.
13. Knight M.T.D., Wykes T., Hayward P. ‘People don’t understand’: An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) //Journal of Mental Health. – 2003. – Т. 12. – №. 3. – С. 209-222.
14. Law H. et al. Psychometric properties of the questionnaire about the process of recovery (QPR) //Schizophrenia research. – 2014. – Т. 156. – №. 2-3. – С. 184-189.
15. McKnight R., Boughton N. A patient’s journey Anorexia nervosa //British Medical Journal. – 2009. – Т. 339.
16. Murphy M.K. et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. Health Technology Assessment 1998; 2 (3): 1-88.
17. Pallesen K. et al. An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bi-polar disorder //Journal of Mental Health. – 2020. – Т. 29. – №. 3. – С. 358-363.
18. Ralph R.O., Corrigan P.W. Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness. – American Psychological Association, 2005.
19. Ritunnano R. et al. Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis //The Lancet Psychiatry. – 2022. – Volume 9. – №. 6. – June 2022, Pages 458-476.
20. Rose D., Evans J., Sweeney A., Wykes T. A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users //International Review of Psychiatry. – 2011.– Т. 23(1). – С. 41-46.
21. Robotham D. et al. (2016). Service user and carer priorities in a Biomedical Research Centre for mental health.
22. Sass L. (2022). Subjectivity, psychosis and the science of psychiatry. World Psychiatry, 9 (6), P458-476, June 01, 2022
23. Schmidt U., Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice //British journal of clinical psychology. – 2006. – Т. 45. – №. 3. – С. 343-366.
24. Seikkula J. et al. Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia //Ethical human sciences and services. – 2003. – Т. 5. – №. 3. – С. 163-182.
25. Semenova N. Schizophrenia research involving mental health service users: From subjects to partners //The 8th European Conference on Schizophrenia Research (ECSR). ECSR 2021. Virtual. 23 – 25 September 2021.
26. Slade M. Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. – Cambridge University Press, 2009.
27. Susanti H. et al. Exploring the potential use of patient and public involvement to strengthen Indonesian mental health care for people with psychosis: a qualitative exploration of the views of service users and carers //Health Expectations. – 2020. – Т. 23. – №. 2. – С. 377-387.
28. Treasure J., Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors //Journal of eating disorders. – 2013. – Т. 1. – С. 1-10.
29. Trivedi P., Wykes T. From passive subjects to equal partners: qualitative review of user involvement in research // The British Journal of Psychiatry. – 2002. – 181(6). – С. 468-472.
30. Wusinich C. et al. Experiences of Parachute NYC: an integration of open dialogue and intentional peer support // Community mental health journal. – 2020. – Т. 56. – №. 6. – С. 1033-1043.
31. Wykes T. et al. Mental health research priorities for Europe //The Lancet Psychiatry. – 2015. – 20152(11), 1036-1042.