

# СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ У СВІТІ, ЯКИЙ ШВИДКО ЗМІНЮЄТЬСЯ

За матеріалами 22-го Всесвітнього конгресу  
із соціальної психіатрії  
(30 грудня 2016 р. – 4 січня 2017 р., м. Нью-Делі, Індія)

*І.А. Марценковський,  
Український науково-дослідний інститут  
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

**В**изначною подією став 22-й Всесвітній конгрес із соціальної психіатрії, який відбувся у м. Нью-Делі (Індія). Захід був організований Всесвітньою асоціацією соціальної психіатрії та пройшов під гаслом «Соціальна психіатрія у світі, що швидко змінюється». У конгресі взяли участь 957 делегатів із 48 країн світу. У рамках конгресу відбулося 76 наукових симпозіумів, 14 майстер-класів, 17 сесій рефератів, 15 постерних сесій.

Професор Н. Сарторіус (Швейцарія) виступив із доповіддю на тему «Охорона психічного здоров'я дітей та підлітків: проблеми і перспективи на майбутнє». Доповідач акцентував увагу на значущості питань охорони психічного здоров'я дітей для соціальної політики країн усіх континентів, для країн із різними рівнями економічного розвитку, різними культурами. Він визначив соціально-економічні та інші чинники середовища, у якому формується психічне здоров'я дитини, окреслив форми догляду за дітьми та підлітками як можливі засоби зміцнення психічного здоров'я та сприяння розвитку. Основний акцент у доповіді було зроблено на «позитивному контексті психічного здоров'я» для дітей і підлітків: боротьбі зі стигмою та сприянні розвитку, організації догляду, заходам, що мають забезпечити стійкість до стресу, сформуванню прихильності до здорового способу життя. Перспективні механізми профілактики психічних та емоційних розладів, на думку професора Н. Сарторіуса, можна реалізувати у сучасних клінічних практиках з урахуванням культурального контексту.

Лікар-консультант Варма К. Віджой (США) із медичного центру м. Форт-Уейн у доповіді «Соціальна справедливість і примус в індійській психіатрії – оксюморон?» висвітлює особливості примусу та обмежень у сучасній системі психіатричної допомоги в Індії. Оксюморони, як відомо, – це поєднання логічно суперечливих понять, несумісних ознак, що утворюють новий образ. Вони проявляються в різних контекстах: ненавмисних помилках, виразах, які використовують навмисно, аби підкреслити парадокс. У психіатрії для позначення парадоксального співіснування на перший погляд несумісних почуттів і переживань використовують дефініцію амбівалентності (наприклад, «мені сумно і легко, журба моя світла»).

Практика примусу й застосування обмежень існує в кожній країні світу, в певних межах її використання легалізовано й санкціоновано в психіатричній практиці. Жодна держава наразі не запровадила повну заборону на застосування примусових (недобровільних) заходів медичного та виховного характеру.

У всіх країнах світу законодавці намагаються врегулювати застосування примусу, зокрема обмежити випадки, у яких до нього вдаються, окремим обґрунтуванням – крайніми випадками. Закон «Про психічне здоров'я», ухвалений у Індії в 1987 р., встановлює, що «жодна психічно хвора людина не може бути під час лікування піддана будь-яким фізичним чи психічним приниженням, жорсткому ставленню». Білль про психіатричну допомогу (МНСВ, 2016) не підтримує використання пристроїв і для утримання та заходів безпеки, пов'язаних із практикою примусу. Індія є учасником Конвенції про права інвалідів (CRPD, 2006) та окремого протоколу до неї (Optional Protocol, UNCRPD, 2007), тож зобов'язалася захищати права людей серед пацієнтів із психічними розладами. Отже, акцент на соціальній справедливості для осіб, які страждають психічними розладами, є беззаперечним і зрозумілим. Проте, на жаль, в цій країні до примусу та обмежень щодо пацієнтів із психічними захворюваннями, як і раніше, вдаються вихователі й учителі під час надання освітніх послуг, члени родин споживачів психіатричних послуг, фахівці в галузі психічного здоров'я. Доповідач озвучив дані з різних джерел, які продемонстрували невідповідність між гуманістичними нормами міжнародного права і національного законодавства та насильством і соціальною дискримінацією, що поширені в реальній клінічній практиці в Індії.

Професор Мурті Р. Срініваса (Індія) презентував доповідь на тему «Тяжкі психічні розлади: від лікарні до громади. Індійський досвід».

Реформування організації психіатричної допомоги особам із тяжкими розладами психіки в Індії вражає масштабністю та послідовністю. Протягом останніх трьох століть догляд за тяжко хворими пацієнтами перемістився з місць позбавлення волі в притулки, а згодом – у психіатричні лікарні та громади з підтриманим проживанням у суспільстві. Існували три русійні сили для цих змін. По-перше,

це досвід економічно розвинених країн зі значною кількістю великих психіатричних лікарень, який свідчив про шкідливі наслідки інституалізації психіатричної допомоги та десоціалізації хворих. По-друге, це прагнення зробити психіатричні послуги доступними для всіх груп населення. По-третє, це визнання та безумовне дотримання прав людини під час соціальної підтримки та лікування осіб із розладами психіки.

Психіатричну допомогу в Індії надавали лише у великих психіатричних лікарнях; особи з тяжкими психічними захворюваннями переважно жили з родинами, залишалися в громадах. Країна не мала проблем із необхідністю децентралізації психіатричної допомоги, закриттям психіатричних лікарень, деінституалізацією психіатричних послуг.

Індійські фахівці вдосконалили надання психіатричних послуг громадянам, спираючись на традицію догляду та підтримки в суспільстві, послідовно проводили курс на надання послуг безпосередньо в громаді. Під час надання психіатричної допомоги сервіси були зосереджені не так на усуненні тих чи інших проявів психічних розладів, як на відновленні соціального функціонування. Потенціал родини, залучення членів сім'ї в процес допомоги використовували у разі тяжких психічних розладів починаючи з 50-х рр. XIX ст.

Інноваційними процесами стали: інтеграція охорони психічного здоров'я із загальною лікарняною допомогою; інтеграція охорони психічного здоров'я з первинною медико-санітарною допомогою; розвиток сучасних технологій у сфері комунікації, таких як телепсихіатрія, і найголовніше – створення широкого спектра послуг безпосередньо на рівні громад.

Усі ці зусилля були обґрунтовані науковими дослідженнями та супроводжувалися переглядом законодавства у сфері психічного здоров'я. Завданнями на майбутнє стало подальше розширення прав і можливостей споживачів психіатричних послуг та їхніх родин, мінімізація стигматизації та дискримінації, збільшення доступу до закладів освіти, підтримка зайнятості.

Для вирішення поставлених завдань, на думку професора, важливо переглянути суспільні пріоритети, визнати охорону психічного здоров'я одним із них, забезпечити більш справедливе фінансування цього напрямку медицини та соціальної політики.

Професор Джос Мігель Кальдас де Алмейда з Медичної школи Нового університету Лісабона (Португалія) виступив із доповіддю «Швидкий перехід до соціальної інклюзії та соціальної допомоги на рівні громад: від досліджень до дій».

Доповідач акцентував увагу на тому, що на сьогодні у світі існує консенсус щодо необхідності переходу від моделі медичної допомоги, побудованої на основі медичних закладів, до системи, яка спирається на організацію догляду на рівні громад і психіатричних відділень у лікарнях загального профілю.

Громадські служби психічного здоров'я сприяють більшій доступності, безперервності послуг, кращому задоволенню особливих потреб більшості користувачів, забезпечують кращу ефективність захисту прав людини і запобігання стигматизації під час надання психіатричних послуг. Суттю нової моделі є створення структурованої

співпраці зі службами первинної медико-санітарної допомоги, а також ефективна координація послуг систем охорони здоров'я та соціального обслуговування.

Професор наголосив, що, попри міжнародне поширення цієї ідеї, перехід до організації сервісів на рівні громад виявився надзвичайно складним для більшості країн світу. У багатьох державах людей із психічними розладами все ще місяцями і навіть роками утримують у великих психіатричних лікарнях тривалого перебування, вони проживають у поганих умовах із недостатнім рівнем медичних послуг, часто стають жертвами порушень прав людини. І навіть у тих країнах, де було досягнуто прогресу в процесі переходу до позалікарняної допомоги, неабияк часто ресурси, які спрямовують на нові послуги, занадто обмежені, унаслідок чого психосоціальні потреби людей із психічними розладами залишаються переважно незадоволеними.

Узагальнюючи свій виступ, доповідач наголосив, що ситуація, яка склалася в багатьох країнах світу, є результатом низького політичного пріоритету, недостатнього фінансування національних систем охорони психічного здоров'я, відсутності міжсекторальної взаємодії медичних сервісів та соціальних служб, труднощів з інтеграцією психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги. Основне завдання полягає в тому, аби привести в дію, як на національному, так і на міжнародному рівнях, політику і стратегії, необхідні для ефективного подолання цих бар'єрів.

Українські спеціалісти, які брали участь у конгресі, представили шість доповідей.

Більшість виступів співробітників Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології були присвячені соціальним аспектам психічних розладів унаслідок психічної травматизації.

Лікар-психіатр вищої категорії, доктор медичних наук, професор кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця О.О. Хаустова у співавторстві з Н.В. Коваленко представила доповідь «Психічні та поведінкові розлади у внутрішньо переміщених осіб: психопатологічні особливості». Презентація була присвячена проблемам психічного здоров'я у вимушених переселенців. Зазначалося, що відсутність позитивної мотивації для переміщення і фізична неможливість подальшого перебування у власному домі, психічна травматизація, зумовлена гібридною війною, труднощі з адаптацією до нового становища незмінно супроводжуються формуванням специфічного травматичного досвіду внутрішньо переміщених осіб. За результатами проведеного дослідження встановлено, що найбільш поширеними у таких осіб були психогенні депресії, тривожні та соматоформні розлади. Було обстежено 3 групи хворих: особи пенсійного віку з тяжкою хронічною соматичною хворобою і/чи інвалідністю внаслідок цього захворювання; особи з інвалідністю, спричиненою психічними захворюваннями та особи, які не мали хронічних захворювань та інвалідності. Особи з тяжкими органічними захворюваннями виявилися найбільш уразливими до специфічної психотравматичної ситуації, пов'язаної з вимушеним переселенням.

І.І. Марценковська у співавторстві з Т.Ю. Ільницькою виступила з доповіддю «Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у пацієнтів з історією розладу

з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ): клінічний поліморфізм і особливості терапії». Автори дослідження рандомізували 76 пацієнтів (ветеранів воєнних дій на Сході України), психічні розлади у яких відповідали критеріям DSM-5 для ПТСР і РДУГ.

Пацієнтів випадковим чином поділили на дві групи: перша група отримала 3 сеанси коротких психосоціальних втручань і 5 сеансів когнітивно-поведінкової травма-фокусованої терапії; друга група отримала 3 сеанси коротких психосоціальних втручань та атомoksetин у дозі 40-60 мг. Тривалість контрольованої терапії становила 16 тижнів.

Були описані два варіанти клінічного фенотипу ПТСР: 1) із поведінковими розладами, імпульсивністю та РДУГ у преморбіді; 2) із розладами сну й повторюваними спогадами та рекурентною депресією і/чи тривожними розладами в преморбіді. Результати дослідження вказують на більш швидке зниження симптомів ПТСР і поліпшення психосоціального функціонування після когнітивно-поведінкової терапії у пацієнтів другої, після терапії атомoksetином – першої групи.

Отже, РДУГ в особистій та сімейній історії ветеранів війни є передвісником тяжких порушень соціальної адаптації в майбутньому. У таких випадках слід рекомендувати призначення атомoksetину одночасно з травма-фокусованою терапією.

Учасники конгресу обговорювали також залучення волонтерів у надання послуг у сфері охорони психічного здоров'я і те, наскільки корисною та ефективною може бути така допомога.

Окреме питання становить участь батьків, груп первинної підтримки дітей у системі охорони психічного здоров'я.

Під час симпозіуму «Психічне здоров'я дітей та підлітків» І.А. Марценковський виступив із доповіддю «Порівняння ефективності поведінкової терапії, яку проводять неспеціалісти (батьки) й атестовані фахівці у дітей у віці до трьох років із первазивними порушеннями розвитку». Стратегія лікування дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) включає ранні інтенсивні поведінкові втручання та методику Ловааса (або АВА-терапію) для дітей старшого віку, які спираються на позитивну підтримку бажаних форм поведінки і мають на меті модифікацію поведінки на основі методології навчання.

Більшість дітей із РАС, особливо в країнах із низьким рівнем доходу, мають обмежений доступ до сертифікованих АВА-терапевтів. Якби навчені фахівцями батьки були у змозі забезпечити такі терапевтичні втручання або їх окремі фрагменти, то набагато більше дітей із РАС змогли б дістати доступ до лікування.

Співробітники відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології обстежили 240 дітей з РАС у віці від 18 до 36 місяців. Для діагностики використовували діагностичне інтерв'ю аутизму переглянуте (ADI-R), шкалу напівструктурованого оцінювання аутистичної поведінки (ADOS). Оцінку розвитку залучених у дослідження малюків проводили за скринінговим опитувальником для визначення соціально-емоційного розвитку (ASQ:SE), а також за допомогою психоосвітнього

профілю РЕР-R та шкали Вайнленда. Діти були рандомізовані у дві групи, які отримували 20 годин терапії на тиждень упродовж 40 тижнів: із першою групою працювали сертифіковані терапевти, з другою – батьки, які пройшли спеціальний тренінг із супервізією фахівців. Було встановлено, що терапія, яку здійснювали сертифіковані терапевти, виявилася ефективнішою, ніж поведінкові втручання неспеціалістів. Проте втручання, які проводили батьки, були достатньо ефективними для того, щоб рекомендувати їх в умовах обмежених ресурсів.

Ще одну цікаву доповідь представила О.О. Хаустова у співавторстві з О.С. Чабаном та Л.М. Трачук на тему «Посттравматичні психопатологічні феномени у дітей та підлітків, які проживають у зоні воєнних конфліктів і прилеглих районах на Сході України». За результатами дослідження дітей, що мешкають на територіях Харківської, Дніпропетровської, Запорізької областей, а також окупованих районів Луганської та Донецької областей, автори виявили високу (83%) поширеність розладів психіки та поведінки у дітей, які безпосередньо мешкають у зоні конфлікту. Діти старшого віку демонстрували більше психологічних проблем, аніж діти молодшого віку. Батьки дітей рідко зверталися по професійну допомогу, щоб допомогти дітям подолати стрес. Незважаючи на достатню кількість пропозицій від волонтерських організацій, у цих регіонах спостерігався низький рівень звернення по психологічну допомогу. Це пояснюється тим, що зазвичай родини шукали підтримки з боку своєї сім'ї та друзів, демонструючи певну недовіру до психологічних послуг добровольців.

Окрім зазначених тем, обговорювалось також питання зв'язку безпритульності та психічного здоров'я.

На думку професора Т.К.С. Craig (Велика Британія), безпритульні молоді люди, порівняно з їхніми однолітками, які забезпечені житлом, мають менше шансів не тільки отримати власне житло, а й здобути початкову освіту. Крім того, більш імовірно, що в дитинстві вони були занедбані, зазнавали жорстокого поводження і відторгнення з боку батьків; 40% із них виховувалися в дитячих будинках та інших закладах. Професор навів дані, які свідчать про те, що у Великій Британії спостерігається не лише зростання кількості безпритульних, а й поширеність з-поміж них психічно хворих: наркозалежних, осіб з афективними та особистісними розладами. Поєднання психічних захворювань і розладів, спричинених використанням психоактивних речовин, на сьогодні, скоріше, є правилом, а не винятком, і найбільше стає на заваді ефективному лікуванню та реабілітації.

Професор піддав критиці припущення, що збільшення кількості психічно хворих безпритульних зумовлено закриттям психіатричних лікарень і недосконалістю альтернативних служб позалікарняної допомоги, покликаними посісти їхнє місце. Встановлено, що менше ніж 5% пацієнтів, які тривалий час перебували у психіатричних лікарнях і були залучені в дослідження, після закриття установи стали безпритульними.

Отже, якщо закриття психіатричних лікарень не мало прямого впливу на обговорювану проблему, майже не виникає сумнівів щодо важливості продовження процесів деінституалізації в психіатрії.