

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЕТАПНОЇ програми психологічних втручань для мігрантів

Мігранти, кількість яких у сучасному світі останнім часом невпинно зростає, зокрема через збройні конфлікти, піддаються впливу різних стресових чинників, які негативно позначаються на їхньому психічному здоров'ї, про що свідчить стрімке збільшення рівня захворюваності та поширеності психічних розладів. До вашої уваги представлено огляд статті M. Purgato et al. «Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in a population of migrants: results from the RESPOND randomized controlled trial» видання *World Psychiatry* (2025 Feb; 24 [1]: 120–130), присвяченої поетапній психологічній допомозі мігрантам, розробленій Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

За даними Міжнародної організації з міграції (ІОМ), 2021 року у світі налічувалося близько 281 млн міжнародних мігрантів, що на 27 % більше порівняно з 2010 роком (221 млн мігрантів) і становить майже 3,6 % населення світу. Мігрантські групи населення піддаються впливу різних чинників ризику психічних розладів, як-от розбіжності між очікуваннями і фактичними досягненнями, неадекватні системи підтримки, проблеми з процесами адаптації та акумуляції, а також фінансові, адміністративні та правові перешкоди (Cadorin et al., 2024).

Серед мігрантів вимушено переміщені особи (біженці та шукачі притулку) стикаються з такими додатковими серйозними стресовими чинниками, як втрата дому і майна, а також інші травматичні події (бомбардування, погрози, ув'язнення, тортури тощо).

Останніми роками зростає кількість рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), присвячених вивченню переваг психосоціальних втручань для мігрантів (Uphoff et al., 2020). Результати систематичного огляду даних 52 досліджень (зокрема 26 РКД) підтвердили значну редукцію симптомів депресії, тривожності та соматизації завдяки цим втручанням (Sambucini et al., 2020). Крім того, вони були ефективними в поєднанні з іншими методами (Apers et al., 2023).

Проте реалізація цих втручань потребує ретельної підготовки, значних термінів, досвідченого персоналу, а також надійної системи моніторингу й нагляду, які здебільшого застосовують індивідуально. Зважаючи на ці труднощі, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила посібник з управління стресом «Самопоміч Плюс» (SH+) і короткий курс, що ґрунтується на когнітивно-поведінкових стратегіях і методах розв'язання проблем «Управління проблемами Плюс» (PM+) (Erping-Jordan et al., 2016; Dawson et al., 2015). Нині доступна програма самопоміч під наглядом фахівців, яка базується

на курсі SH+ під назвою «Робити те, що важливо, під час стресу» (DWM), адаптованої для реалізації у вигляді веб-сайту з підтримкою мобільних пристроїв (версія українською відома як «Важливі навички в періоди стресу: ілюстроване керівництво») (WHO, 2020).

Програми SH+, PM+ і DWM протестовано як самостійні втручання для різних груп населення, зокрема для медичних працівників, шукачів притулку, біженців, міжнародних мігрантів, вимушено переміщених осіб та тих, хто зазнав впливу збройних конфліктів, стихійних лих і стресових чинників для здоров'я, як-от пандемія COVID-19 (Tol et al., 2020; Riello et al., 2021; Purgato et al., 2021; Acarturk et al., 2022; Schäfer et al., 2023).

Дослідження за участю медичних працівників із дистресом, зумовленим COVID-19, поєднало DWM і PM+ у поетапну програму, сумісну з повністю дистанційним навчанням, проведенням і наглядом, результати якого продемонстрували доцільність таких дій (Mediavilla et al., 2022). Зокрема, було досягнуто значущої редукції симптомів депресії, надмірної тривожності та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Тобто ця програма може бути потенційно корисною для інших груп населення, які зазнали несприятливих обставин (Mediavilla et al., 2023).

Як зазначають M. Purgato et al., їхнє дослідження присвячене оцінюванню ефективності DWM і PM+, застосовуваних як поетапна програма, для зменшення ознак депресії та тривожності у мігрантів із підвищеним рівнем психологічного дистресу.

Матеріали та методи дослідження

Учасниками РКД у паралельних групах були мігранти, зокрема біженці та шукачі притулку, яких рандомізували для отримання першої психологічної допомоги (ППД) в поєднанні з адаптованим поетапним втручанням DWM / PM+ або лише ППД і звичайної медичної допомоги.

ППД — це розроблена ВООЗ стратегія підтримки осіб, які постраждали від гуманітарних криз. Надання ППД насамперед передбачає ненав'язливий практичний догляд і підтримку, оцінювання запитів і проблем, допомогу в задоволенні основних потреб, зокрема в доступі до затребуваної інформації, послуг і соціальної підтримки (WHO, 2011; Frankova et al., 2022).

Після виконання скринінгу стан учасників дослідження оцінювали на його початку перед випадковим розподілом (через тиждень після скринінгу), а також після рандомізації на 7, 14 і 21-му тижнях (первинний кінцевий результат) відповідно. Критерії включення до дослідження: вік учасників від 18 років; статус мігрантів (переміщення працездатного населення для працевлаштування на певний термін, переселенці без документів, шукачі притулку, біженці, міжнародно переміщені особи); підвищений рівень психологічного дистресу (≥ 16 балів за шкалою психологічного дистресу Кесслера [K10]).

До дослідження не залучали осіб із гострими захворюваннями, що потребують госпіталізації; неминучим ризиком самогубства або виразними проблемами чи ризиками, які передбачають негайне спостереження; тяжкими психічними розладами; тяжкими когнітивними порушеннями; наркозалежністю, які отримували спеціалізовану психологічну допомогу; а також тих, хто планував повернення до країни народження до закінчення дослідження.

Учасники контрольної групи отримували ППД та звичайну медичну допомогу, а саме: підтримку місцевих органів охорони здоров'я, соціальну / правову допомогу та психоосвіту щодо загального дистресу. Тоді як учасники групи втручання отримували ППД, звичайну медичну допомогу та поетапну програму: DWM, а особи зі значним рівнем психологічного дистресу після DWM (≥ 16 балів за K10) додатково отримували PM+.

Курс DWM базувався на методах терапії прийняття та відповідальності (Lotito et al., 2023). Через 5–7 днів після завершення DWM оцінювали критерії для переходу до 5–6 тижневого курсу PM+, адаптований згідно з культурними та контекстуальними особливостями осіб відповідно до протоколів ВООЗ (WHO, 2008). Це п'ять різних поведінкових стратегій: управління стресом, методи подолання проблем, поведінкова активація, соціальна підтримка та сприяння досягненню ефектів. Втручання в межах DWM і PM+ відбувалися в онлайн-форматі.

Первинним результатом дослідження автори вважали зміну виразності симптомів депресії та тривожності від початкового рівня до 21-го тижня після рандомізації, оцінену за допомогою комбінованого сумарного бала, визначеного за 9-пунктовим опитувальником щодо здоров'я пацієнта (PHQ-9) і 7-пунктовою шкалою оцінювання симптомів генералізованого тривожного розладу (GTR) (GAD-7). Об'єднаний інструмент раніше був валідований як опитувальник щодо стану здоров'я пацієнта з оцінюванням рівня тривожності та депресії (PHQ-ADS) (Kroenke et al., 2016). Показник за цим інструментом може варіювати від 0 до 48 балів, більша кількість балів свідчить про тяжчі симптоми депресії та тривожності.

До вторинних результатів належали зміни щодо рівня виразності симптомів депресії, тривожності та ПТСР, а також самостійно оцінені пацієнтами проблеми

з функціонуванням і самопочуттям. Симптоми ПТСР оцінювали за допомогою 8-пунктної версії опитувальника для самостійного визначення клінічних ознак цього розладу відповідно до критеріїв Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, 5-ї редакції (DSM-5), і PCL-5 (показник варіює від 0 до 32 балів, більша кількість балів свідчить про тяжкість ПТСР).

Самостійне оцінювання проблем, функціонування та самопочуття пацієнти виконували за допомогою інструменту PSYCHLOPS, що містить чотири запитання (два щодо проблем, одне щодо функціонування та одне щодо самопочуття); відповіді оцінювали від 0 до 5 балів, максимальний показник — 20 балів).

Оцінювання відбувалося дистанційно; про побічні ефекти повідомляли самі учасники (або їх реєстрували дослідники). Ґрунтуючись на даних попередніх досліджень із застосуванням PM+, автори мали на меті встановити середній розмір ефекту 0,3 у групі застосування PM+ на T4, починаючи з первинного комбінованого результату за PHQ-ADS. Розрахунок потужності (0,95 для вибраного дизайну) засвідчив, що для виявлення досягнутого ефекту кожна з двох груп має налічувати щонайменше 106 учасників (двобічний коефіцієнт $\alpha = 0,05$).

Усі первинні та вторинні аналізи виконували на підставі даних вибірки учасників, які мали намір лікуватися (ITT-вибірки). Для перевірки надійності результатів усі результати були додатково проаналізовані з використанням підходу згідно з протоколом (PP-вибірка, лише учасників, для яких застосовували щонайменше три модулі DWM, та учасники, що відвідали принаймні чотири сесії в межах PM+).

Результати дослідження

Критеріям включення відповідали 217 осіб, які були рандомізовані для отримання допомоги згідно з поетапною програмою DWM / PM+ ($n = 108$; група втручання), або звичайної медичної допомоги ($n = 109$; контрольна група). Лише 16,6 % рандомізованих учасників були втрачені впродовж подальшого спостереження (їх розподіл не відрізнявся між групами). Понад третина учасників це чоловіки; середній вік в обох групах становив близько 36 років. Більшість осіб мали щонайменше середню освіту, майже 40 % — вищу. Учасники дослідження були мігрантами з країн: Азіатсько-Тихоокеанського регіону — 14,8 %; Європи або Центральної Азії — 34,0 %; Америки або Карибського басейну — 26,8 %; Близького Сходу або Африки — 24,4 %. Більшість була постійними мешканцями Італії (59,7 %); 22,4 % мали тимчасовий дозвіл на проживання, 17,9 % — біженці або шукачі притулку.

На 7-му тижні 32,4 % (35/108) учасників групи втручання проти 21,1 % (23/109) осіб контрольної групи, повідомили про клінічно значуще зменшення рівня дистресу, після отримання курсу PM+. Середній показник за K10 на 7-му тижні становив $19,49 \pm 5,91$ бала в групі втручання та $22,94 \pm 8,13$ бала — у контрольній групі.

Упродовж періоду дослідження отримувана психічна та фізична допомога (окрім експериментального або контрольного втручання) не відрізнялася між двома групами. Динаміку оцінюваних первинних і вторинних показників наведено в таблиці.

Таблиця. Первинні та вторинні результати (аналіз для ІТТ-вибірки)

Показник	Група втручання, середнє значення (стандартна похибка)	Група контролю, середнє значення (стандартна похибка)	Коефіцієнт (стандартна похибка)	Значення p	Стандартизований коефіцієнт (стандартна похибка)
Показник за PHQ-ADS					
7-й тиждень	12,303 (0,696)	16,045 (0,728)	-3,742 (1,008)	< 0,001	-0,414 (0,111)
14-й тиждень	9,112 (0,631)	15,493 (0,825)	-6,381 (1,039)	< 0,001	-0,705 (0,115)
21-й тиждень (первинний ефект)	10,625 (0,730)	14,085 (0,755)	-3,460 (1,050)	0,001	-0,382 (0,116)
Показник за PHQ-9					
7-й тиждень	6,769 (0,390)	8,414 (0,400)	-1,645 (0,560)	0,003	-0,324 (0,110)
14-й тиждень	5,123 (0,368)	8,300 (0,502)	-3,177 (0,623)	< 0,001	-0,625 (0,123)
21-й тиждень	5,978 (0,418)	7,292 (0,420)	-1,314 (0,593)	0,027	-0,258 (0,117)
Показник за GAD-7					
7-й тиждень	5,537 (0,336)	7,621 (0,391)	-2,085 (0,516)	< 0,001	-0,471 (0,117)
14-й тиждень	3,995 (0,308)	7,193 (0,423)	-3,198 (0,523)	< 0,001	-0,723 (0,118)
21-й тиждень	4,652 (0,348)	6,783 (0,400)	-2,131 (0,531)	< 0,001	-0,482 (0,120)
Показник за PCL-5					
7-й тиждень	8,422 (0,630)	10,056 (0,568)	-1,633 (0,849)	0,054	-0,235 (0,122)
14-й тиждень	6,079 (0,540)	9,592 (0,625)	-3,513 (0,827)	< 0,001	-0,506 (0,119)
21-й тиждень	5,994 (0,540)	8,517 (0,538)	-2,523 (0,763)	0,001	-0,363 (0,110)
Показник за PSYCHLOPS					
7-й тиждень	8,085 (0,506)	10,234 (0,529)	-2,149 (0,732)	0,003	0,392 (0,134)
14-й тиждень	6,379 (0,520)	9,907 (0,572)	-3,528 (0,773)	< 0,001	-0,644 (0,141)
21-й тиждень	5,427 (0,479)	8,995 (0,533)	-3,567 (0,717)	< 0,001	-0,651 (0,131)

Примітки: PHQ-9-9-пунктовий опитувальник щодо здоров'я пацієнта; GAD-7-7-пунктова шкала оцінювання симптомів генералізованого тривожного розладу; PHQ-ADS — опитувальник щодо стану здоров'я пацієнта з оцінюванням тривожності та депресії; PCL-5 — опитувальник для самостійного оцінювання симптомів ПТСР цього розладу відповідно DSM-5; PSYCHLOPS — інструмент для самостійного оцінювання проблем, функціонування та самопочуття; жирним шрифтом позначено статистично значущі відмінності.

Адаптовано згідно з M. Purgato et al. Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in a population of migrants: results from the RESPOND randomized controlled trial. *World Psychiatry*. 2025 Feb. Vol. 24, № 1. P. 120–130.

Програма поетапної допомоги сприяла значущій редукції симптомів депресії та тривожності порівняно зі звичайною медичною допомогою, про що свідчить зміна показників за PHQ-ADS на 21-му тижні (коефіцієнт = $-3,460 \pm 1,050$ бала; $p = 0,001$) (первинний результат) та в інші моменти часу. Значну різницю виявлено за окремого розгляду рівня виразності симптомів депресії та тривожності в усіх часових точках. Результати, отримані для ІТТ-вибірки, були підтверджені даними аналізу показників для РР-вибірки, який не демонстрував жодної суттєвої різниці порівняно з основним аналізом.

Також було перевірено взаємодію розподілу втручання і таких чинників, як показник за PHQ-ADS на вихідному рівні, вік, стать, правовий статус, час із моменту вимушеного переселення, рівень освіти, розмір доходу та те, чи звертався такий учасник раніше по допомогу до фахівця з психічного здоров'я. Як з'ясувалося, лише базове значення показника за PHQ-ADS було статистично значущим і залишалося таким після корекції Бенджаміні–Хохберга ($p = 0,006$). Вплив втручання на зниження показників за PHQ-ADS був суттєвішим для учасників із вищими балами на початку дослідження.

Як зазначають дослідники, не було виявлено жодної серйозної побічної реакції. Загалом протягом дослідження зафіксовано шість випадків небажаних ефектів, усі з яких не були пов'язаними з участю в дослідженні (як-от випадкове падіння, випадок суїцидальних думок, дві госпіталізації через певні захворювання, два випадки втрати близької людини).

Обговорення

Застосування для групи мігрантів із підвищеним психологічним дистресом програми поетапної допомоги, яка поєднує два розроблені ВООЗ низькоінтенсивні психологічні втручання (DWM і РМ+), було ефективним і допомогло зменшити ознаки виразності депресії та тривожності. Ефективність цих втручань послідовно спостерігалася в різні моменти часу, причому отримані коефіцієнти вказували на їх суттєвий вплив. Наприклад, редукція симптомів депресії та тривожності відзначалася окремо в усіх точках часу. Крім того, програма поетапної допомоги мала позитивний вплив на ознаки ПТСР, загального самопочуття та самостійно оцінені проблеми із функціонуванням.

Дані аналізу гетерогенності не виявили суттєвої взаємодії втручання та характеристик учасників, окрім базових показників за PHQ-ADS. Примітно, що ефект втручання був виразнішим в осіб із вищим початковим рівнем тривожності та тяжкими симптомами депресії. На думку авторів дослідження, це можна розглядати як додаткове свідчення його впливу. Аналогічний висновок отримано в попередніх дослідженнях із застосуванням PM+ і DWM / PM+ (de Graaff et al., 2023; Mediavilla et al., 2023).

Отримані результати підтверджують ефективність програми та свідчать про її застосовність для мігрантів. Корисний вплив застосування програми поетапного втручання, на думку дослідників, може бути зумовлений тим, що DWM (метод усвідомленості, що базується на терапії прийняття та відповідальності), спрямований на підвищення психологічної гнучкості та поліпшення стратегій подолання труднощів. Його застосовують самостійно (за допомогою навчених помічників), що дає можливість виконувати вправи через онлайн-вебсайт / застосунок, а також вивчати способи розпізнавання та управління емоційними станами (Hayes et al., 2013, 2016; WHO, 2020).

Імовірно, DWM допомагає заохочувати учасників краще адаптуватися до мінливих ситуативних вимог, знаходити способи діяти відповідно до власних цінностей, навіть в умовах зовнішніх труднощів і стресових чинників, пов'язаних із міграцією (Hayes et al., 2016).

Можливість переходу до втручання PM+ для тих, хто все ще відчуває дистрес після застосування DWM, стала практичним джерелом допомоги для виявлення та управління проблемами. Зокрема, PM+ допомагає поліпшувати управління практичними (безробіття, міжособистісні конфлікти, бідність) та психологічними (депресія, хронічна тривожність, горювання, страх, почуття безпорадності) проблемами. Такі складові PM+, як поведінкова активація та використання / посилення соціальної підтримки, могли сприяти редукції симптомів поширених психічних розладів. За даними досліджень, керовані психологічні втручання, здійснювані за допомогою інтернет-технологій, більшою мірою залежать від соціальної підтримки, ніж безпосередня взаємодія з терапевтом, оскільки значною мірою потребують самомотивації (Wang et al., 2018; Lewis et al., 2018, 2023). Міжособистісна взаємодія з помічниками могла б мати прямий і позитивний вплив на кінцеві результати втручання (Lingiardi et al., 2018).

Особливо це важливо для такої категорії осіб, як мігранти, зокрема через потенційну нестачу надійної соціальної підтримки в країні переселення. За результатами систематичного огляду даних 35 РКД, у яких оцінювали 33 втручання у сфері психічного здоров'я, здійснювані в цифровому форматі, ефекти були більшими, коли втручання доповнювали клінічною допомогою (Biagianti et al., 2023).

Цифровий формат DWM і PM+ є гнучкішим, ніж очне проведення терапії, про що свідчить невелика кількість учасників, які не завершили сесії. У попередніх РКД, що тестували втручання SH+, яке проводилися особисто та в групах для шукачів притулку й біженців, було виявлено високу частку тих, хто не відвідував сесії (Purgato et al., 2021; Acarturk et al., 2022). До того ж мігранти, як правило, мають багато конкурентних пріоритетів, як-от задоволення основних потреб, забезпечення житлом,

проходження юридичних процедур, пошук роботи, вивчення нової мови тощо (Lotito et al., 2023).

Представлене дослідження має деякі обмеження, як-от потенційна неоднорідність вибірки учасників, неможливість здійснення подвійного сліпого дослідження, оцінювання результатів незамаскованими дослідниками, а самостійно самими учасниками, відносно короткий період спостереження тощо. Хоча загалом отримані результати значно розширюють наявні знання про ефективність психологічних втручань для мігрантів, вперше демонструючи, що низькоінтенсивні втручання з перерозподілом завдань за допомогою вільнодоступних посібників можуть бути впроваджені як поетапна програма допомоги для зменшення рівня виразності симптомів депресії та тривожності в осіб із підвищеним рівнем дистресу. Завдяки цим характеристикам такі втручання унікально підходять для впровадження в країнах із низьким рівнем ресурсів.

На думку M. Purgato et al., також важливо адаптувати програму поетапної допомоги до конкретних потреб і характеристик цільової групи населення. Демографічні показники, культурні норми та унікальні виклики громади чи групи, для якої призначене таке втручання, необхідно ретельно оцінювати. Зокрема, її адаптація може передбачати переклад матеріалів місцевими мовами, врахування культурних особливостей і відгуків місцевих зацікавлених сторін, що допоможе зробити втручання більш ефективним, зрозумілим і прийнятним.

Програму поетапної допомоги можна також розширювати паралельно або послідовно з наявними сьогодні послугами. Наприклад, за паралельного підходу вона може впроваджуватися разом із наявними послугами, що дає змогу охопити більшу кількість груп мігрантів поза сектором охорони здоров'я та забезпечити для ширшого кола осіб доступ до необхідної їм підтримки. Однак це може створювати навантаження на ресурси, оскільки такі дії передбачають окреме фінансування, розширення персоналу та певну інфраструктуру.

Таких проблем, як правило, не виникає за послідовного впровадження програми поетапної допомоги, наприклад до або після того, як мігранти отримують інші соціальні послуги. Своєю чергою, цей підхід сприяє максимальному використанню наявної інфраструктури та персоналу для мінімізації дублювання ресурсів. Можливості розширення програми поетапної допомоги, паралельно або послідовно з наявними послугами, необхідно й надалі вивчати за допомогою кількісних або змішаних підходів для визначення економічно ефективних стратегій впровадження.

Висновки

Результати дослідження M. Purgato et al. підтверджують ефективність поетапного надання медичної допомоги за допомогою таких втручань, як DWM та PM+, для мігрантів із підвищеним рівнем дистресу. Як наголошують автори, наявні настанови, які базуються на даних доказової медицини, потребують оновлення відповідно до отриманих результатів сучасних досліджень, що допоможе забезпечити для мігрантів рівний доступ до високоякісної психіатричної допомоги.

Підготувала **Наталія Купко**