

Опыт, полученный в ходе развития психиатрической помощи в сообществах в Латинской Америке и странах Карибского бассейна

Denise Razzouk¹, Guilherme Gregório¹, Renato Antunes¹, Jair de Jesus Mari^{1,2}

¹ Department of Psychiatry, Universidade Federal de São Paulo, Rua Borges Lagoa 570, São Paulo, Brazil;

² Institute of Psychiatry, King's College, University of London, London, UK

Перевод: Боброва Н.А. (Москва)

Редактор: Карпенко О.А. (Москва)

Данная публикация обобщает данные Рабочей Группы ВПА по предпринимаемым мерам, преградам и ошибкам при внедрении психиатрической помощи в сообществах Латинской Америки и стран Карибского бассейна. Она предоставляет обзор по обеспечению службами психиатрической помощи в регионе, описывает ключевые наработки в Аргентине, Белизе, Бразилии, Чили, на Кубе, Ямайке и в Мексике и обсуждает опыт, полученный при развитии психиатрической помощи на базе сообществ.

Ключевые слова: Психиатрическая помощь в сообществах, Латинская Америка, страны Карибского бассейна, организация психиатрической помощи, ключевые наработки, полученный опыт.

(World Psychiatry 2012;11:191-195)

Данная статья является шестой в серии, описывающей развитие психиатрической помощи в сообществах в разных регионах мира (см. 1-5), выпущенной Рабочей Группой ВПА в качестве Плана Работ на 2008-2011 гг. (6,7). Рекомендации ВПА по Предпринимаемым мерам, Преградам и Ошибкам при Внедрении Психиатрической Помощи в сообществах, созданные Рабочей группой, были ранее опубликованы в этом журнале (8). В данной статье мы излагаем эти вопросы в отношении Латинской Америки и стран Карибского бассейна.

Регион Латинской Америки и стран Карибского бассейна (ЛАК) включает 34 государства с населением около 600 миллионов жителей, проживающих преимущественно на территории городов, с огромным этническим разнообразием, в основном представленным американскими индейцами, метисами, европеоидной и негроидной расами. Хотя 44% стран имеют средний уровень доходов, а 35% выше среднего, экономическое неравенство в них высоко, и почти треть населения живет за чертой бедности (9). Распространенность психических расстройств варьирует от 20 до 25% с преобладанием алкогольной зависимости (5,7%), депрессии (4,9%) и генерализованного тревожного расстройства (3,4%) (10). За последнее десятилетие в большинстве стран ЛАК наблюдался экономический и научный рост (11,12), политический переход от диктатуры к демократическим режимам (13), движения за гражданские права, реализация национальных политических курсов в области здравоохранения, что привело к увеличению продолжительности жизни и уменьшению младенческой смертности (8).

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И КЛЮЧЕВЫЕ НАРАБОТКИ

В 2001 году 70% стран ЛАК имели политический курс и только 10% имели непосредственно законодательные акты о психическом здоровье (14,15). К тому же, в половине стран количество психиатров на 100 тыс. населения составляло менее 2,0, в 70% стран в больницах общего профиля имелось менее 20% психиатрических коек, 30% не могли обеспечить основные психотропные средства, и большинство стран выделяло менее 2% общего бюджета здравоохранения на психическое здоровье. Охват лечением ограничен, и в большинстве стран вся деятельность, связанная с психиче-

ским здоровьем, сосредоточена в психиатрических больницах (15).

Декларация в Каракасе стала краеугольным камнем, давшим толчок психиатрическому реформированию в странах ЛАК (16-18). Ведущими принципами Декларации были защита прав человека, продвижение психиатрической помощи в системе первичной медицинской сети, перенос стационарной помощи из психиатрических больниц в больницы общего профиля и построение общинной сети средств психиатрической помощи для пациентов, страдающих психическими заболеваниями. Эти принципы индуцировали переход от институциональной к общинной помощи (15,17), и с тех пор новая модель психиатрической помощи различным образом приводится в исполнение в соответствии с местными политическими линиями и финансовыми ресурсами (16,18). Некоторый прогресс в интегрировании психиатрической помощи в амбулаторные условия наблюдался в таких странах, как Аргентина, Бразилия, Белиз, Чили, Куба, Сальвадор, Гватемала, Ямайка, Мексика, Никарагуа и Панама (19,20). Мы выбрали 11 ключевых наработок, представленных далее.

Аргентина: опыт Рио-Негро

Рио-Негро, провинция в Патагонии на Юге Аргентины с населением 600 тыс. жителей, стала районом Аргентины, где наблюдаются самые значительные перемены в области психического здоровья. Это произошло, в частности, после принятия закона 2440, который обеспечивал лечение и реабилитацию для всех людей с психическими заболеваниями. Психиатрические стационары были закрыты и заменены на психиатрические койки в больницах общего профиля и реабилитационных центрах. Бригады психиатрической помощи теперь базируются в региональных общесоматических больницах и обеспечивают наблюдение и помощь пациентам, направленным первичной медицинской сетью (21).

Аргентина: опыт Неукена

Провинция Неукен, расположенная в Патагонии, имеет население 350 тыс. человек. Реформа здравоохранения была запущена в 1970, и эта провинция возглавляла развитие общинных систем медицинской помощи в странах ЛАК. Провинция разделена на 6 зон

с разными уровнями интеграции медицинской помощи. В сельских областях первичное обращение за помощью происходит либо к народным целителям, либо к врачам общей практики, которые действуют под наблюдением специалиста. Государственная система имеет в управлении 10 психиатрических коек на общесоматическую больницу и одно наркологическое отделение. В 1995 году негосударственная организация (НГО) запустила АУСТРАЛЬСКУЮ реабилитационную программу, предлагавшую для врачей первичного звена здравоохранения, а также специалистов из сферы психического здоровья обучение от одного месяца до 1 года.

Белиз

Белиз, расположенный в Центральной Америке, с населением 270 тыс. жителей, находится на нижних строках списка стран со средним уровнем доходов (20,22). Система здравоохранения представлена 37 центрами первичной медицинской помощи, 3 поликлиниками, 2 службы амбулаторной психиатрической помощи, 4 психиатрические койки в отделении многопрофильной больницы и 8 общесоматических государственных стационаров (20). При технической поддержке Панамериканской Организации Здравоохранения (ПАОЗ) была запущена программа обучения психиатрических медицинских сестер. Медицинские сестры находятся под наблюдением двух психиатров, работающих в области, и участвуют в процессе госпитализации и выписки пациентов, изучают побочное действие препаратов, проводят психокоррекцию. Они взаимодействуют со школами, организуют занятость пациентов и обеспечивают помощь на дому в сельской местности.

Бразилия: опыт Собрала

Собрал – город в Сеаре, штате на северо-востоке Бразилии, с населением 175 тыс. жителей. Здесь созданы два специализированных общинных центра психического здоровья, одно отделение скорой психиатрической помощи, один попечительский центр (дом инвалидов) и центры первичной медицинской помощи, осуществляющие программы здоровья семьи. Эти программы проводятся врачами и другими медицинскими работниками. Пациенты с психическими расстройствами обследуются и лечатся врачами-интернистами, а тяжелые случаи направляются к бригадам психиатрической помощи. Более того, психиатры обеспечивают постоянный надзор за работой врачей-интернистов (23).

Бразилия: опыт Кампинаса

Кампинас – город, расположенный в штате Сан-Паулу, насчитывающий около миллиона жителей. В 1990 были модифицированы психиатрические больницы и созданы новые службы: отделение кризисной помощи, наркологическое отделение, отделения амбулаторной помощи и социальный и культурный центры. Система психиатрической помощи на сегодняшний день состоит из шести круглосуточных специализированных центра здоровья общинного типа с 32 психиатрическими койками (24). Эти службы оказывают помощь пациентам с легкими и тяжелыми психическими расстройствами. Помимо того, психиатрические бригады обеспечивают врачей первичного звена здравоохранения поддержкой и осуществляют методический надзор (25). Тридцать попечительских домов охватывают 150 пациентов – хроников, выписанных из психиатрических больниц.

Бразилия: опыт Белу-Оризонти

Белу-Оризонти – город в штате Минас-Жерайс с населением 2,5 миллиона жителей. Там существует 7

специализированных центра амбулаторной психиатрической помощи, включающих экстренную помощь, и 8 центров первичной медицинской помощи (26,27). Амбулаторные центры психического здоровья задумывались для работы с тяжелыми случаями, которые ранее направлялись в психиатрические стационары.

Бразилия: опыт Сантуса

Сантус – крупнейший портовый город Латинской Америки, расположенный в штате Сан-Паулу, с населением около 420 тыс. жителей. Реформирование психиатрической службы была начата 20 лет назад. Главная психиатрическая больница города была закрыта, а районные психиатрические службы введены в эксплуатацию (28,29). В 2005 году ряд важных мероприятий способствовал развитию районных систем психиатрической помощи: инвестиции в разработку амбулаторных психиатрических отделений, увеличение числа медицинских работников в области психического здоровья, обучение психиатрии специалистов общего профиля и осуществление Программы Возвращения Домой (льготы, предоставляемые психически больным пациентам, выписывающимся из больниц). В настоящее время существует 5 районных центров психического здоровья и 6 служб амбулаторной психиатрической помощи. Двадцать пять психиатрических коек предоставлены районными центрами и многопрофильным госпиталем. В центрах первичной медицинской помощи работает 13 психиатрических бригад. Не предусмотрено попечительских центров для выписавшихся пациентов, а психиатрических коек не достаточно, чтобы покрыть нужды острых случаев, что подразумевает некоторое количество психиатрических госпитализаций далеко за городом.

Чили

Население Чили насчитывает 16 миллионов жителей. Чилийская реформа была запущена в 1993, когда были созданы дома совместного проживания для только что выписавшихся групп пациентов, а программы психиатрической помощи стали включать преимущественно дневные стационары. В 1997 Министерство здравоохранения на основе приоритетов, расставленных эпидемиологическими исследованиями, разработало план по охране психического здоровья (30). Впоследствии влияние пробных испытаний, продемонстрировавших, что депрессию возможно массово лечить с минимальными затратами (31), побудило правительство ввести план по лечению депрессии на общенациональных основах. В рамках Чилийской реформы здравоохранения депрессия была включена в Политику Гарантий Здоровья, обеспечивающую финансовую защиту и лечение 56 наиболее значимых заболеваний (32). Основным компонентом программы по депрессии было внедрение психиатрических бригад в первичное звено здравоохранения, стандартизация диагнозов, продвижение психообразования для пациентов и их семей, проведение психосоциальных занятий для случаев легкой и средней тяжести, использование антидепрессантов в тяжелых случаях, а также мониторинг и оценка возможностей реализации и эффективности программы (33).

На сегодняшний день система психиатрической помощи, в первую очередь, основана на первичной медицинской помощи и многопрофильных больницах, хотя и включает специализированные психиатрические бригады и стационары (32,33). Центры амбулаторной психиатрической помощи часто прикреплены к общесоматическим больницам, также по всей стране существует много домов группового проживания для выписавшихся из стационаров психически больных (33).

Куба

Население Кубы составляет 11 миллионов человек. И подписанная в Каракасе декларация, и Гаванский договор 1995 года способствовали переориентации системы психиатрической помощи (34,35). Центры районного типа были разработаны для координации, организации и обучения кадровых ресурсов в области психиатрической помощи по всей стране, что способствовало увеличению охвата населения (примерно 1 центр на 30 тыс. человек) (36). Система работает на трех уровнях оказания помощи: первичная медицинская помощь, а также психиатрические бригады в поликлиниках и семейные врачи, психиатрические службы в многопрофильных больницах с бригадами кризисного вмешательства и психиатрические стационары.

Ямайка

Население Ямайки составляет около 2,7 миллионов жителей. Система медицинской помощи устроена по региональному типу. Отделения в многопрофильных больницах используются для лечения острых случаев, оказывая экстренную помощь круглосуточно. В клиниках амбулаторной помощи работают под руководством психиатров и работников психиатрической службы (РПС), специально обученные психиатрии, психологии, социальной работе, психофармакологии и ведению пациентов фельдшера. РПС обеспечивают кризисное ведение пациентов, лечение на дому, ассертивную выездную помощь, а также, согласно закону о психиатрической помощи, наделены правами принудительного задерживания в случае необходимости. РПС работают с пациентами в первичной сети, а также амбулаторными больными. Лекарственную терапию начинают совместно с врачами первичной медицинской сети, а тяжелые и более сложные случаи направляют к психиатрам (37,38).

Мексика: опыт Идальго

Опыт, полученный в Идальго, относится к закрытию Психиатрической лечебницы Окаранза в 2000 году. Эта лечебница располагалась в штате Идальго, центральном регионе Мексики с населением около 2,5 миллионов жителей. Две Негосударственные Организации, Международная организация по защите прав психически больных и Мексиканский фонд реабилитации психически больных, а также общественные активисты сыграли решающую роль в приведении в действие реформы посредством разоблачения чрезвычайности ситуации и нарушения прав человека в психиатрических больницах. Психиатрическая лечебница была заменена 10 домами, построенными как альтернатива больницам длительного пребывания, а также 30-коечное острое психиатрическое отделение с круглосуточной службой скорой помощи (39).

АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННОГО ОПЫТА

Как показано в предыдущем разделе, многие инновационные программы осуществляются в данном регионе (40). Количество психиатрических коек в стационарах закрытого типа снижается; произошло некоторое увеличение психиатрических отделений в многопрофильных больницах; а психиатрическая помощь медленно становится частью первичной медицинской помощи. Однако, целостная картина смешанная: в большинстве стран доступно очень маленькое количество общинных служб психиатрической помощи, в частности для молодежи и престарелых пациентов, а возможности мониторингования и оценки работы служб и программ остаются недостаточными.

Опыт Чили подтверждает способность правильно проведенных исследований влиять на общеполитический курс. По сути, именно статья, опубликованная Araya et al. в *The Lancet* (31), привела к значительному

увеличению лечения депрессии в первичной медицинской сети по всей стране.

Наработки Рио-Негро и Идальго показывают, что система, успешная в заданном регионе, может служить примером для распространения амбулаторной помощи по всей стране.

Ряд ключевых наработок подтверждают необходимость вовлечения в амбулаторную психиатрическую помощь медицинских сестер. В Белизе привлечение психиатрических сестер оказалось успешным преимущественно из-за высокого уровня обучения психиатрии, предоставленного им, пристального наблюдения психиатрами, а также того, что они работают с применением стандартизованных протоколов и руководств. На Ямайке хорошо обученные сестры были краеугольным камнем внедрения психиатрической помощи в общую систему здравоохранения. В Рио-Негро психиатрические медицинские сестры успешно работали над снижением сопротивления со стороны врачей-интернистов против лечения пациентов, страдающих психическими расстройствами, а также информированием семей и общества о психическом здоровье.

Сотрудничество с НГО, частными лечебницами и другими международными организациями было необходимо для инициации психиатрического реформирования в Мексике (опыт Идальго) посредством отстаивания личных прав пациентов с психическими расстройствами. Разоблачение нарушения прав человека также способствовало закрытию психиатрических больниц в Бразилии (в Сантосе и Собрале). Как показал опыт, полученный в Мексике, решающим является совместная разработка плана действий всеми заинтересованными сторонами.

ВЫВОДЫ

Преобразование подразумевает защиту прав пациентов, обеспечение лучшего доступного лечения, лечение тяжелых случаев в условиях сообщества, а также использования наименее ограничительных форм помощи. Однако следует отметить, что ни одна система психиатрической помощи не сможет работать без достаточного количества коек для госпитализации острых случаев. В местах, таких как Сантос, где доступно меньше острых коек, чем необходимо, приходится перевозить острые случаи в другие города, тем самым причиняя излишние страдания пациентам и их семьям. Важной проблемой является недостаточность человеческого ресурса, в частности психиатров и специализированных медицинских сестер, что приводит к перегрузке работников психиатрической помощи, представляя в некоторых странах мощную силу, приводящую к «утечке мозгов». Пример Чили, где программы по психическому здоровью были основаны на научных данных, должен быть принят в расчет, в особенности, странами с более высоким финансированием, таким как Бразилия, Аргентина и Мексика.

Признательности

Авторы выражают благодарность докторам R. Alvarado и R. Araya за обеспечение информацией касательно Чили, доктору J. Rodriguez за запросы отчетов по разным странам, доктору VA. Basauri, за обеспечение материалами из Панамы и доктору C. Hanlon за корректуру данной статьи.

Литература:

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.

3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012;11:47-51.
4. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
5. Ito M, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.
6. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
7. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
8. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
9. Alarcon RD. Mental health and mental health care in Latin America. *World Psychiatry* 2003;2:54-6.
10. Kohn R, Levav I, Caldas-Almeida JM et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asuntos prioritarios para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18:229-40.
11. Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT et al. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. *Rev Bras Psiquiatria* 2007;29:118-22.
12. Razzouk D, Gallo C, Olifson S et al. Challenges to reduce the "10/90 gap": mental health research in Latin American and Caribbean countries. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:490-8.
13. Larrobla C, Botega NJ. Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:256-9.
14. World Health Organization. *Mental health atlas*. Geneva: World Health Organization, 2005.
15. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18:314-26.
16. Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services. *J Public Health Policy* 1994;15:71-85.
17. Bolis M. The impact of the Caracas Declaration on the modernization of mental health legislation in Latin America and the English-speaking Caribbean. Presented at the 27th International Congress on Law and Mental Health, Amsterdam, July 2002.
18. Mari J de J, Saraceno B, Rodriguez J et al. Mental health systems in Latin America and Caribbean countries: a change in the making. *Psychol Med* 2007;37:1514-6.
19. Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008.
20. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
21. Collins PY. Argentina: waving the mental health revolution banner – psychiatric reform and community mental health in the province of Rio Negro. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:1-32.
22. Killion C, Cayetano C. Making mental health a priority in Belize. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23:157-65.
23. Henry C. Brazil: two experiences with psychiatric deinstitutionalization, Campinas and Sobral. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:33-43.
24. Campos RTO, Furtado JP, Passos E et al. Avaliação do atendimento psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Publica* 2009;43:16-22.
25. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica: o caso de Campinas, SP: um relato de experiência. *Rev Saude Publica* 2009;43:129-38.
26. Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Rev Latinoamericana Enfermagem* 2003;11:645-51.
27. Oliveira GL, Caiuffa WT, Cherchiglia ML. Mental health and continuity of care in health care centers in a city of southeastern Brazil. *Rev Saude Publica* 2008;42:707-16.
28. Andreoli SB, Ronchetti SSB, Miranda ALP et al. Utilização dos centros de atenção psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saude Publica* 2004;20:836-44.
29. Calipo PCB. Estudo descritivo do sistema de saúde mental do município de Santos no contexto da reforma da assistência psiquiátrica do sistema público de saúde do Brasil. Santos: Universidade Católica de Santos, 2008.
30. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, Chile. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministerio de Salud, 2001.
31. Araya R, Rojas G, Fritsch R et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:995-1000.
32. Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: an ongoing mental health revolution. *Lancet* 2009;374:597-8.
33. Frammer CM. Chile: reforms in national mental health policy. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:44-60.
34. Tablada HRC, Oliva RX. Demanda de atención institucional y psiquiátrica comunitaria. *Medisan* 2002;6:11-17.
35. Tablada HRC, Oliva RX. Estrategias de proyección comunitaria del hospital psiquiátrico: su impacto en los indicadores hospitalarios. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana* 2006:3.
36. Hernandez BJ, Cabeza AA, Lopez OF. La reorientación de la salud mental hacia la atención primaria en la provincia de Cienfuegos. Departamento de Salud Mental de la Provincia de Cienfuegos. In: *195 Enfoques para un debate en salud mental*. Havana: Ediciones Conexiones, 2002:109-37.
37. Collins T, Green P. Community psychiatry and the Pan American Health Organization: the Jamaican experience. *PAHO Bull* 1976;10:233-40.
38. McKenzie K. Jamaica: community mental health services. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:79-92.
39. Xavier M. Mexico: the Hidalgo experience. A new approach to mental health care. In: Caldas de Almeida JM, Cohen A (eds). *Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean*. Washington: Pan American Health Organization, 2008:97-111.
40. Alarcon RD, Aguillar-Gaxiola SA. Mental health policy developments in Latin America. *Bull World Health Organ* 2000;78:483-90.