

Политика в области психического здоровья в странах – членах Содружества наций

Глобальная распространенность психических нарушений¹ привела к фокусированию внимания на улучшении доступности психиатрических служб по всему миру. Очевидно, что улучшение управления здравоохранением в области психического здоровья – ключ к повышению доступности и качества психиатрических служб, и наличие политики в области психического здоровья – важнейший компонент в совершенствовании управления здравоохранением в этой области².

По данным Атласа психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2014 года только 68% государств имеют собственные стратегии развития в области психического здоровья³, в то время как согласно Плану действий в области психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 годы (WHO Mental Health Action Plan), к 2020 году 80% стран должны разработать или обновить свою политику или планы в отношении психического здоровья в соответствии с международными и региональными документами по правам человека².

Содружество наций – добровольное объединение 52 суверенных независимых государств, входящих в состав бывшей Британской империи, которые, несмотря на их географические различия, обычно имеют схожие политические, правовые и управленческие системы. Мы проанализировали политику в области психического здоровья в странах Содружества для того, чтобы сравнить ее со стандартами ВОЗ и оценить их соответствие международным рекомендациям.

Мы определили и загрузили данные о политике в области психического здоровья стран Содружества из базы данных ВОЗ (MINDbank⁴). Если информация не была найдена там, мы расширяли наш поиск до официальных веб-сайтов правительств стран. Рассматривая федеративные государства, такие как Канада и Австралия, мы полагались на федеральную политику в области психического здоровья и, если она не была обнаружена, мы использовали самые недавние указания по политике психического здоровья регионального уровня; если были два документа одинакового срока давности, то использовался документ наиболее многочисленного региона. Мы использовали контрольный перечень из «Политики Психического здоровья ВОЗ»⁵, чтобы оценить соответствие политики психического здоровья каждой страны международным рекомендациям.

У одиннадцати стран (21,1%) не было как таковой политики в области психического здоровья. У 16 других стран (30,8%) мы вообще не смогли найти подобные документы, хотя находили ссылки в различных документах на такую политику. Мы нашли программу по психическому здоровью у 25 стран (48,1%), из которых у Науру и Замбии был «окончательный проект» политики, а у Уганды и Сент-Люсии имелись предварительные проекты политики в области психического здоровья.

Среди стран с программой по психическому здоровью семь (28%) утвердили программу после 2011 года. И только в двух странах (8%) в программе были ссылки на конкретные данные и проведенные исследования в качестве отчета о развитии этой программы.

В то время как в 15 странах (60%) было определено, каким образом выделенный бюджет будет использован для финансирования служб психического здоровья, лишь в четырех (16%) имелись четкие указания о равномерном распределении бюджета между сферами соматического и психического здоровья и только у 5 стран (20%) было

заявлено о планах включить психическое здоровье в медицинское страхование; 17 стратегий (68%) способствовали соблюдению прав человека, но лишь у 14 стран (56%) упоминалась необходимость законодательной защиты прав человека в области психического здоровья.

Только в программе одной страны (4%) была детально отражена концепция межведомственного взаимодействия, еще в четырех (16%) – затронута вскользь; 14 программ (56%) включали процесс измерения и улучшения качества услуг в области психического здоровья. Только три политики (12,0%) либо значительно, либо в какой-то степени взяли на себя обязательство установить подходящие условия труда для специалистов в области психического здоровья. В документах двадцати одной страны (84%) признали, что обучение основным компетенциям и навыкам важно для развития кадрового потенциала.

Четырнадцать стран (56%) способствовали интеграции служб охраны психического здоровья в общесоматические службы, но лишь 11 стран поощряли деинституционализацию. Примерно в половине документов мы нашли положения о развитии психиатрических служб, профилактики психических расстройств и реабилитационных мероприятиях для пациентов. Также около половины стран подчеркнули потребность в исследовании и проверке качества услуг и пересмотре политики и стратегического плана.

Итак, в то время как ВОЗ сообщает о 68% стран по всему миру, имеющих политику и план в области психического здоровья, мы нашли нормативные документы только у 48% стран Содружества. Большая часть (72%) проектов были приняты до 2011 года. Таким образом, эти страны оказались позади общемировой тенденции, согласно которой 47% стран по всему миру утвердили план по психическому здоровью после 2010 года³.

Причин для таких результатов множество: недостаточная поддержка сферы психического здоровья государством, отсутствие технических навыков в развитии служб психического здоровья и ограниченные политические интересы из-за стигмы и дискриминации.

Финансирование сферы психического здоровья также вызывает беспокойство. Несмотря на то что 60% стран признали роль равномерного финансирования психиатрических служб, лишь крошечный процент из них действительно взялся за обеспечение равномерного распределения бюджета между соматическим и психиатрическим звеном.

По некоторым непроверенным сообщениям, во многих странах частные (а иногда и государственные) страховые компании не обеспечивают страхование психического здоровья. Серьезную обеспокоенность вызывает и то, что лишь пятая часть стран имеет обязательство включить психическое здоровье в общее медицинское страхование.

Как мы уже сказали, согласно «Плану действий» ВОЗ, к 2020 году 80% стран должны разработать или обновить свою политику или планы в отношении психического здоровья в соответствии с международными региональными документами по правам человека². Хотя половина стран Содружества определяют разработку нового законодательства в области психического здоровья ключевой целью своей государственной программы, важно лишь то, в какой мере это осуществляется и достигнут ли они справедливости в этом вопросе.

В настоящее время общеизвестно, что рассмотрение проблем в области психического здоровья возможно только через вовлечение множества сфер: здравоохранения, соци-

ального обеспечения, образования, законодательства, трудоустройства – и это лишь несколько из них. Поэтому особенно странно отмечать в программах стран Содружества полное отсутствие акцента на межведомственном взаимодействии.

Мы также не можем не отметить свое удивление тому, что только половина стран в своей программе отразили необходимость в интеграции психиатрического звена с соматическим, деинституционализации, профилактики психических расстройств и реабилитации. Не меньше расстраивает отсутствие акцента на улучшении качества услуг психиатрических служб в программах половины стран, потому что такое положение дел позволяет услугам низкого качества продолжать существовать и сохранять плохие показатели в этой сфере.

Лишь половина стран упоминали в своих программах необходимость в исследовании и оценке стратегий и услуг, что указывает на общее отсутствие интереса к развитию программ по психическому здоровью. Отсутствие систематического анализа текущей политики развития может привести к продолжению оказания неэффективных услуг и невозможности достижения поставленных стратегических целей.

В заключение, результаты нашего исследования указывают на то, что все еще есть возможность обеспечить равенство между соматической и психиатрической сферами медицины, а также между странами Содружества. Наличие неформальных взаимодействий указывает на прочность отношений между этими странами, и поэтому, возможно, страны с более высоким уровнем доходов должны взять на себя курирование и поддержку стран с низким

доходом, с целью обеспечить такую программу по психическому здоровью, в которой наши пациенты нуждаются, которую заслуживают и которая будет реализована.

Dinesh Bhugra¹, Soumitra Pathare², Rajlaxmi Joshi², Antonio Ventriglio³

¹Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK; ²Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society, Pune, Maharashtra, India; ³University of Foggia, Foggia, Italy

Исследование было профинансировано Всемирной психиатрической ассоциацией, когда D. Bhugra был ее президентом.

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2018;17(1):112-113)

Библиография

1. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L et al. PLoS One 2015;10:e0116820.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
3. World Health Organization. Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization, 2015.
4. World Health Organization. WHO MiNDbank. http://www.who.int/mental_health/mindbank/en/
5. World Health Organization. The WHO mental health policy and service guidance package. http://www.who.int/mental_health/policy/essential-package1/en/

DOI:10.1002/wps.20502

Вероятность ответа на терапию антидепрессантами: что мы должны сказать пациенту?

Способность правильно общаться с пациентами – одна из важнейших компетенций психиатра. «Я бы хотел назначить Вам такой-то антидепрессант против Вашей депрессии. Согласно имеющимся данным, лекарство помогает одному из пяти пациентов вашего типа». И, согласно мета-анализам и Кокрейновским обзорам, это правда^{1,2}. Число пациентов, нуждающихся в лечении (ПНЛ), рассматривается как наглядный и точно измеримый показатель, основанный на результатах рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) и мета-анализов, что легко воспринять и сообщить.

Тем не менее сообщить такую информацию было бы катастрофично для пациента. С другой стороны, насколько этично врачу умалчивать об этом, если он в курсе? Всемирная организация здравоохранения считает медико-санитарное просвещение «основообразующей детерминантой здоровья»³. В большинстве развитых стран всесторонне просвещать пациентов о предложенном лечении является обязанностью врача, и неспособность сделать это может повлечь за собой юридические последствия.

В последние десятилетия во многих странах права пациентов значительно укрепились и было юридически установлено, насколько детализированно пациент должен быть проинформирован. С этической точки зрения, уважение свобод и автономности пациента требует информированного согласия на каждую медицинскую процедуру. С другой стороны, принципы «благодеяния» и «не нанесения вреда» требуют от врачей выполнить то, что необходимо пациенту, и избегать того, что может иметь негативные последствия и не принесет пользы⁴.

Вселение надежды – это один из самых сильных инструментов в руках врача, особенно по отношению к депрессии, при которой ощущение безысходности и безнадежности – ключевой симптом⁵. Роль неспецифических факторов в терапии депрессии подтверждается высоким ответом на плацебо в клинических испытаниях препаратов. В среднем 36% пациентов, принимающих плацебо, достигли необходимого уровня ответа на терапию в испытаниях антидепрессантов начиная с 2000 года, в то время как соответствующий показатель у принимающих антидепрессант был 46%⁶. Исследования показывают, что эффект плацебо даже увеличился в течение прошлых десятилетий, возможно, из-за завышенных ожиданий врачей и пациентов по отношению к антидепрессантам⁶. Наоборот, более высокий шанс и ожидание получить плацебо в исследованиях снижали плацебо-эффект⁷. Следовательно, коммуникации с пациентом, как указано выше, которые уменьшают или даже преднамеренно подрывают ожидания, скорее всего, уменьшат вероятность хорошего результата и, следовательно, означают вред для пациента. Возникает этическая дилемма между обязанностью сообщить пациенту информацию перед тем, как получить информированное согласие и необходимостью обеспечить наилучшую доступную терапию, которая в этом случае включает в себя вселение надежды.

Помощь в решении этой дилеммы поступает «откуда не ждали» – из статистики. Основной вопрос состоит в том, действительно ли ПНЛ отражает, сколько пациентов ответили на конкретную терапию, а сколько – нет. Это предполагается самим термином и редко подвергается сомнению.