

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗИУМИ. ШКОЛИ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПСИХІАТРІЇ ХХІ СТОЛІТТЯ

За матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення»
(27–29 квітня 2017 року, м. Київ, Україна)



Учасники конференції

З 27 до 29 квітня 2017 року в Києві пройшла науково-практична конференція «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», яка вже традиційно стала знаковою подією в календарі спеціалістів у галузі охорони психічного здоров'я. Організаторами заходу стали Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України та Асоціація психіатрів України. На зустрічі були присутні психіатри, наркологи, судово-психіатричні експерти, психологи, працівники соціальної ланки майже з усіх областей України, а також спеціалісти з Великої Британії, Німеччини, Франції, Нідерландів, Норвегії, Литви, Туреччини, Ізраїлю, США та Австралії.

У рамках заходу обговорювали такі актуальні питання:

- державна стратегія охорони психічного здоров'я населення України;
- служба охорони психічного здоров'я в умовах воєнних дій та надзвичайних ситуацій;
- питання діагностики і терапії станів залежності, проблема коморбідності в сучасній психіатрії та наркології;
- передача знань: від досліджень до клінічної практики;
- психотерапія і психологічна корекція при психічних порушеннях;
- поведінкові розлади у дітей та підлітків: профілактика, терапія, промоція психічного здоров'я;
- проблеми осіб із розумовою відсталістю;
- наукова діяльність молодих вчених у галузі психіатрії.

Під час конференції були проведені симпозиуми, майстер-класи і семінари, присвячені найактуальнішим питанням охорони психічного здоров'я. Вона стала платформою для обміну сучасною інформацією, знаннями, досвідом, а також налагодження контактів та співробітництва для поліпшення якості надання допомоги пацієнтам і сприяння подальшим дослідженням у сфері охорони психічного здоров'я.

Конференція розпочалася з привітання **Ірини Яківни Пінчук** – головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за фахом «Психіатрія. Наркологія», д-ра мед. наук, директора Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. У вступному слові Ірина Яківна наголосила, що нині психіатрична галузь переживає нелегкі часи перетворень, які потребують від

усієї медичної громадськості щоденної копіїткої праці над виконанням масштабних завдань реформування системи охорони здоров'я нашої держави. Війна на Сході торкнулася багатьох громадян, що створило додаткове навантаження на всі існуючі служби, зокрема і психіатричну. Саме це зміцнює намагання реформувати систему охорони психічного здоров'я та впроваджувати сучасні підходи, які допоможуть змістити акцент зі стаціонарної допомоги на амбулаторні спільнотні служби. Ірина Пінчук висловила сподівання, що спільні дії допоможуть втілити у практичну реальність усе те важливе, що буде обговорюватися на симпозиумах конференції, а амбітні завдання, спільні зусилля та прагнення досягти поставленої мети неодмінно приведуть до успіху. Адже наука – це галузь, що впродовж багатьох століть об'єднує людей усього світу, незалежно від їхніх національних традицій, політичних переконань чи релігійної належності.

На захід завітала в. о. міністра охорони здоров'я України **Уляна Супрун**, яка відзначила актуальність запропонованих для розгляду на конференції тем. Пані Уляна наголосила, що психічне здоров'я – це невід'ємна частина здоров'я особистості загалом. Оскільки сьогодні система охорони здоров'я перебуває на етапі реформування, важливо зрозуміти потреби кожної галузі, зокрема і психіатрії. Незважаючи на те, що 2001 року був прийнятий Закон «Про психіатричну допомогу», держава, на жаль, доклала дуже мало зусиль, щоб допомогти пацієнтам із вадами психічного розвитку, а також фахівцям зазначеної галузі. Тому наразі нагальним завданням Міністерства охорони здоров'я є оптимізація роботи системи охорони психічного здоров'я, враховуючи за-

пити спеціалістів і пацієнтів. Адже важливо не просто вміти лікувати певні захворювання, варто спрямовувати зусилля на профілактичні заходи та підтримку здоров'я української нації. В. о. міністра закликала фахівців спільно створити дорожню карту розвитку галузі охорони психічного здоров'я.



На фото зліва направо: директор УНДІ ССПН МОЗ України Ірина Яківна Пінчук, Голова Ізраїльської Коаліції психотравми Талі Леванон, в.о. Міністра охорони здоров'я України Уляна Супрун

Наукова частина конференції розпочалася із доповіді д-ра мед. наук, професора, обраного президента Всесвітньої психіатричної асоціації **Хелен Херрман** (Австралія), яка була присвячена темі «Розвиток психічного здоров'я у жінок та дівчаток за тяжких життєвих обставин: психіатр як партнер для змін». Вона наголосила, що соціальними детермінантами психічного здоров'я є абсолютна і відносна бідність, гендерна нерівність, насильство, соціальна ізоляція, серйозні соматичні патології. При цьому варто враховувати, що психічні розлади дебютують у більш молодому віці, порівняно з іншими захворюваннями. Нині індивідуальні та суспільні наслідки насильства чітко окреслені та визнані основними проблемами в галузі охорони здоров'я загалом та психічного здоров'я зокрема. Люди, які зазнали насильницьких дій, мають вищий ризик розвитку психічних захворювань, включаючи депресію, тривогу та суїцидальну поведінку. Крім того, у них підвищується ризик розвитку серцево-судинних патологій, ожиріння і ранньої смертності. Що стосується психічного здоров'я жіночої частини населення, то життєвий досвід жінок і дівчаток суттєво відрізняється від такого у чоловіків, адже вони мають різні можливості й обов'язки: частіше зазнають насильства, їхня робота менш оплачувана, роль у прийнятті сімейних і суспільних рішень нижча тощо. Перший глобальний систематичний огляд про поширеність насильства щодо жінок був опублікований ВООЗ 2013 року. Згідно з даними вказаного огляду, 35 % жінок у всьому світі зазнають фізичного чи сексуального насильства. При цьому вони мають більш високий рівень проблем зі здоров'ям: майже удвічі частіше страждають на депресію, частіше заражаються ВІЛ. Також вражаючими є цифри Європейського бюро ВООЗ (2014) щодо дітей, згідно з яким поширеність сексуального насильства серед дівчаток становить 13 %, серед хлопчиків – 7 %; фізичне насильство щодо хлопчиків і дівчаток – 23 %, емоційне насильство – 29 %. Усі ці фактори негативно впливають на їхнє здоров'я у майбутньому (депресія, тривога, розлади харчової поведінки, самоуш-

кодження, незаконне вживання наркотиків, ризикована сексуальна поведінка тощо), що призводить до суттєвих економічних витрат на рівні держави. Хелен Херрман зазначила, що об'єднавши свої зусилля, фахівці різних рівнів і спеціальностей можуть створити ефективну систему щодо запобігання, лікування і зміцнення психічного здоров'я слабкої статі. Для цього необхідно чітко сформулювати потреби жінок, що перебувають у зоні ризику. Корисними можуть стати партнерські програми із залученням жінок до участі в них та забезпечення доступності до всіх необхідних послуг.

Схожій тематиці присвятила свій виступ головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Психіатрія. Наркологія», д-р мед. наук, директор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України **Ірина Пінчук**, представивши презентацію на тему «Психічне здоров'я жінки XXI століття». Роль жінки в сучасному суспільстві полягає не тільки у веденні домогосподарства та вихованні дітей. Сьогодні вони, поряд із чоловіками, беруть активну участь у всіх ланках громадського життя, зокрема є учасниками і воєнних дій. Однак велика кількість обов'язків та функцій, низький соціально-економічний статус, насильство, стрес, гендерна дискримінація стали факторами ризику розвитку у них психічних розладів.

Серед особливостей психічного здоров'я жінки слід виділити такі: вони вдвічі частіше, ніж чоловіки, страждають на депресивні розлади; мають більший ризик тривожних і соматизованих станів; у них зазвичай виникають проблеми психічного здоров'я у похилому віці; часто наявні розлади харчової поведінки (95 % хворих на анорексію і 80 % на нервову булімію – це жінки); вони частіше вдаються до суїцидальних спроб, хоча завершені суїциди, як правило, переважають серед чоловіків. Показник поширеності насильства щодо осіб жіночої статі коливається від 16 до 50 %, принаймні одна з п'яти жінок була зґвалтована або пережила спробу зґвалтування. Ірина Яківна зазначила, що для розв'язання проблем жінок важливим є створення стратегії зі зниження чинників ризику гендерного характеру: національна політика щодо зменшення гендерної дискримінації, навчальні програми для молоді з гендерної рівності та толерантності, просвітницькі кампанії щодо охорони психічного здоров'я вагітних, матерів/жінок на робочому місці; гендерно орієнтована політика в галузі психічного здоров'я.

Наступним був виступ президента Асоціації психіатрів України **Семена Фішелевича Глузмана** на тему «Психіатрія в Україні: 40 років потому». Українська пси-



психіатрична школа має доволі непростий шлях розвитку, переживши часи заборон і репресій. На жаль, психіатрію за часів Радянського Союзу досить часто застосовували як каральний інструмент. Про права людини тоді годі було й говорити. Однак і за тих непростих умов траплялися фахівці, які, ризикуючи власним життям, рятували своїх пацієнтів, відмовляючись співпрацювати з органами влади та ставити політично вмотивовані діагнози. За 40 років відбулося чимало змін, лікарі навчилися поважати себе як спеціалістів. Однак не менш важливим залишається збереження історичної пам'яті, інколи це навіть вагомніше за конкретні знання – пам'ятати і поважати своїх попередників та бути гідними послідовниками української психіатричної школи. Уже за доброю традицією в рамках конференції від Асоціації психіатрів України вручили премії ім. М. Танцюри, ім. С. Костюченка, ім. Ф. Гааза, ім. В. Блейхера.



Президент Асоціації психіатрів України Семен Фішелевич Глузман та віце-президент Всесвітньої федерації психічного здоров'я по Європі, професор Роберт ван Ворен

Талі Леванон (Ізраїль), голова Ізраїльської коаліції психотравми, поділилася власним досвідом із створення та роботи зазначеної організації. Оскільки психологічна травма може бути результатом впливу багатьох факторів і подій, то дієвим є саме мультисистемний підхід, що виник у контексті вивчення травматичного досвіду, з метою використання прихованих ресурсів організму. В Ізраїлі право на психологічну та фінансову допомогу має як безпосередній учасник подій, так і його родина. Задля створення безперервного континууму допомоги та своєчасного реагування було започатковано Ізраїльську коаліцію психотравми. До основних її функцій належать: надання безпосередньої допомоги особі, сім'ї, громаді; створення груп підтримки; зміцнення громад; співпраця з урядом із метою розробки відповідної стратегії. Також досить цінним є те, що такі ініціативи закріплені на законодавчому рівні та є одним із пріоритетних напрямів державної політики.

Хартмут Бергер (Німеччина), професор факультету психології університету Йоганна Вольфганга Гете, представив доповідь на тему «Рекомендації з психосоціальної терапії при важких психічних розладах, основані на даних доказової медицини». Він репрезентував результати діяльності робочої групи Німецької асоціації психіатрії та психотерапії, психосоматики та неврології щодо визначення протоколів для лікування тяжких психічних

розладів. Робоча група вивчила доступні керівництва і сформувала практичні рекомендації щодо терапії осіб із вадами психічного здоров'я. Насамперед було сформульовано визначення поняття «тяжкий психічний розлад» як стан, що розвинувся в особі у віці 18 років і старше, котра на даний момент або будь-коли в минулому мала психічні, поведінкові або емоційні розлади (за винятком порушень розвитку і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин) достатньої тривалості для задоволення діагностичних критеріїв, зазначених у DSM-IV (APA, 1994), що призвело до серйозних функціональних порушень та істотно перешкоджає або обмежує одну або кілька життєво важливих функцій. Далі професор навів деякі з найважливіших, на його погляд, рекомендацій. Так, люди з тяжкими психічними розладами мають право на отримання необхідної допомоги та врахування їхніх потреб. Їм має бути надана можливість самостійно відстоювати свої інтереси, організовувати та індивідуально визначати умови свого проживання. Варто пам'ятати, що з підвищенням ступеня інституціоналізації збільшуються небажані наслідки і погіршуються умови життя. Тому слід прагнути до зменшення їх тривалості. Задля підвищення рівня знань пацієнтів про хворобу і з метою зменшення ймовірності рецидиву в рамках загального плану лікування слід вдаватися до психоосвітніх заходів. Родичі також мають залучатися до процесу психоосвіти. За наявності дефіциту соціальної компетентності варто проводити тренінг соціальних навичок. Для обслуговування пацієнтів із тяжкими психічними розладами в певних регіонах має бути створена громадська психіатрія, основана на амбулаторному лікуванні із залученням мультидисциплінарних команд. За необхідності вони проводять лікування хворих із тяжкими психічними розладами за місцем проживання. Крім того, такі пацієнти при загостренні симптомів хвороби повинні мати змогу отримати допомогу від мобільних мультипрофесійних команд, закріплених за певним регіоном обслуговування, у їх звичному середовищі мешкання. В рамках загального плану лікування осіб із тяжкими психічними розладами слід пропонувати адекватну терапію, орієнтовану на індивідуальні потреби пацієнтів. Для того, щоб сприяти участі людей із психічними вадами у трудовому житті, варто вибирати такі можливості, які б працювали за принципом «спочатку тренувати, а потім застосовувати». Зважаючи на те, що основним напрямом у лікуванні тяжких психічних розладів є фармакотерапія антипсихотиками, важливе ретельне зіставлення користі й ризику призначеного препарату, надання детальної інформації пацієнтам та їхнім родичам і активне залучення їх до процесу прийняття рішень.

Також увагу присутніх привернула доповідь **Ігоря Куценка** (США), професора психіатрії, директора Центру з навчання та досліджень поведінки при станах залежності Каліфорнійського університету в Сан-Дієго, який присвятив свій виступ застосуванню канабіноїдів у медицині. Власне, застосування канабісу асоційоване з політичним, економічним, правовим, етичним, науковим і медичними аспектами. Між тим доповідач зупинився на науковій і медичній складових цієї проблеми. Так, марихуану і канабіс людство використовує вже дуже давно, у різних куточках світу і з різною метою. Марихуана

містить 483 алкалоїди, найвідомішим із яких є тетрагід-роканабінол (THC). Інтерес до медичного застосування канабісу зріс у 90-х роках, після того як ізраїльський нейрофізіолог R. Mechoulam (1995) висловив гіпотезу, що в мозку людини існує власна природна ендоканабіноїдна система. Це дало поштовх до нових досліджень продуктів канабісу, результати яких, своєю чергою, привели до розуміння таких фактів: у мозку існують канабіноїдні рецептори; в організмі людини наявний пронеїротрансміттер анандамід, схожий зі структурою канабіноїдної молекули. Звичайно ж, ризик розвитку залежності під час вживання марихуани за медичними показаннями є, однак він становить 9 %. Для порівняння: залежність від нікотину розвивається у 32%, героїну – у 23 %, кокаїну – у 17 %, алкоголю – у 15 %. Таким чином, у більшості осіб, що вживають канабіс, ця тенденція не простежується. Водночас через високий рівень поширеності застосування канабісу пацієнтів із цим видом залежності більше, аніж з будь-яким іншим. Сьогодні існує велика доказова база щодо ефективності його використання саме з медичною метою: продукти канабісу знижують нудоту і блювання в онкологічних хворих, які проходять хіміотерапію, впливають на інтенсивність певних видів болю, а також неврологічних порушень.



Директор Центру з навчання та досліджень поведінки при станах залежності Каліфорнійського університету в Сан-Дієго професор Ігор Куценко

Оскільки наразі вживання канабісу відбувається шляхом куріння, обґрунтування медичного застосування має певні обмеження: неможливо дозувати вдихання, немає сигарет зі стандартною дозою, є певні організаційні проблеми, різна переносимість у пацієнтів без досвіду вживання канабісу або тих, хто не курить. Нині вже є вапоризатори, які можуть допомогти розв'язати цю проблему, оскільки вони видають встановлену концентрацію препарату. Здебільшого їх використовують у клінічних дослідженнях. Однак для застосування продуктів канабісу з медичною метою не обов'язково курити марихуану. Сьогодні вже існує достатня кількість препаратів, які містять відповідні речовини.

Підсумовуючи свій виступ, Ігор Борисович зазначив, що дослідження канабіноїдів демонструють багатообіцяючі результати, проте такі дослідження слід продовжувати і надалі. Принаймні медичне застосування канабісу має ґрунтуватися на правилах доказової медицини, а не на рішеннях урядів, судів або демонстраціях шанувальників марихуани. Препарати, що містять вказані речо-

вини, можуть допомогти при багатьох медичних станах, однак варто шукати альтернативні шляхи введення їх до організму, оскільки куріння не відповідає характеристикам лікарського засобу.

Ще одна доповідь Ігоря Борисовича Куценка була присвячена підходам у лікуванні наркоманії в контексті системи правосуддя. Доповідач загострив увагу присутніх на тому, що метою терапії осіб із залежністю і кримінальною поведінкою має бути не тільки лікування наркоманії та досягнення ремісії, а й зниження кримінального рецидиву. Наразі не існує жодної доказової бази щодо зниження рецидивів станів залежності внаслідок покарань (тюремне ув'язнення, арешти, контроль тощо). Навпаки, результати багатьох досліджень свідчать, що у частини осіб (особливо молодше 20) через санкції частота рецидивів збільшується. Ми легко можемо контролювати поведінку шляхом примусу і покарання, однак такі важелі пригнічують її лише на той період, коли у нас є контроль, а коли він зникне, то стара модель поведінки знову повертається. Тобто питання варто ставити в контексті не «придушення», а саме модифікації поведінки індивідуума. При виборі способу лікування пацієнтів зі станами залежності слід пам'ятати, що лікування, яке не спрямоване на криміногенні потреби, є контрпродуктивним за своєю ефективністю. Лікувати необхідно потреби, які прямо або опосередковано пов'язані з кримінальністю (відсутність постійного місця проживання, безробіття, психіатрична коморбідність, імпульсивність, травма). Хорошим варіантом має стати повне відокремлення терапевтичної групи від загальної популяції. Не можна повертати особу до в'язниці після закінчення терапевтичного етапу в місцях позбавлення волі; необхідно забезпечити лікування і після звільнення (6–12 місяців). Може стати в нагоді застосування поведінкових програм, які є значно ефективнішими, ніж дидактичні або суто медичні інтервенції. Зрозуміло, що такі заходи потребують значної фінансової підтримки, але якщо нічого не робити, то це вартуватиме набагато дорожче.

У рамках симпозиуму, присвяченого міжнародному досвіду реабілітації пацієнтів із ПТСР, свої доповіді представили колеги з Ізраїлю, Нідерландів та Німеччини. Так, **Арам Гасан** (Нідерланди) репрезентував виступ на тему «Перепони, діагностика і лікування біженців із ПТСР». На думку автора, на початку лікування є вкрай важливим відверто розповісти пацієнту про його розлад, особливості перебігу хвороби і звернути увагу на те, що він не зможе швидко відновитися без підтримки і відповідного



лікування, яке потребуватиме від нього терпіння та тісної співпраці. Щоб зменшити напруження і допомогти клієнту впоратися із сумом, роздратуванням і злістю, варто застосовувати кілька форм терапевтичних втручань. Наприклад, нарративну експозиційну терапію (NET), короткотривалу експозиційну психотерапію (БЕРП), десенсибілізацію та переробку рухом очей (EMDR). Доповідач зазначив, що лікування має бути доступним та якомога простішим і зрозумілим пацієнту та його родичам. По можливості інтервенції мають бути безперервного характеру. Досить вагомим чинником є психоосвіта та застосування таких допоміжних методик як арт-терапія. Спеціаліст, який надає допомогу, має володіти відповідними навичками і знаннями, а складні проблеми краще розв'язувати із залученням міждисциплінарних фахівців.

Доповідь **Дженетт Лелі** (Нідерланди) була присвячена психологічному лікуванню посттравматичного стресового розладу у літніх людей, зокрема за допомогою нарративно-експозиційної терапії (NET), яка забезпечує поступове зниження вираженості симптомів ПТСР. У довготривалій перспективі її ефекти більш значущі, ніж при особистісно орієнтованій терапії (РСТ), яка асоційована зі швидким зниженням вираженості симптомів. Адаже обидві методики є ефективними і безпечними та можуть застосовуватися в осіб похилого віку із симптомами ПТСР.

Не менш цікавим став симпозиум, присвячений науковій діяльності молодих учених у галузі психіатрії, модераторами якого були Х. Херрман (Австралія), Б. Левенталь (США) та Н. Скокаускас (Норвегія). Молоді дослідники репрезентували свої наукові роботи та отримали цінні поради щодо подальшого їх удосконалення.

Також під час конференції відбулася презентація книги Генерального секретаря міжнародної організації «Глобальна ініціатива в психіатрії», віце-президента



Ольга Мишаківська доповідає про результати свого дослідження професору Беннету Левенталю (в центрі) та професору Норберту Скокаускасу (зліва)

Всесвітньої федерації психічного здоров'я по Європі, професора Роберта ван Ворена «Холодна війна в психіатрії». Як зазначив автор, у період «холодної війни» між Радянським Союзом і Заходом засобів не добирали. Символом згаданого протистояння стали шпигунські ігри та Берлінська стіна. Протиборство відбувалось на всіх фронтах, і медицина не стала винятком. Одним із головних інструментів «холодної війни» тоді в СРСР було зловживання психіатрією в політичних цілях. Задля цього придумали терміни «манія правдошукача» і «в'ялопротікаюча шизофренія». У книзі описано жахливий період боротьби з інакодумцями за часів радянської системи за допомогою каральної психіатрії.

Усі учасники зустрічі відзначили актуальність представлених доповідей та високий рівень організації конференції.

Підготувала Тетяна Ільницька