

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Gordon Harper

Политика в области психического здоровья детей и подростков нацелена на смягчение неравенств, стоящих на пути реализации детьми своего потенциала:

- Неравенство индивидуальных способностей
- Неравенство, связанное с окружающей средой и условиями проживания
- Неравенство доступа к услугам

Другие дискуссии о политике в области психического здоровья детей касаются таких тем, как мобилизация политической воли (Richmond & Kotelchuck, 1983), реализация знаний на практике (Harper & Cetin, 2008) или эволюция общественного мнения в отношении детей (Wise & Richmond, 2008). В этой главе мы подробно остановимся на смягчении различий. С этой целью мы опишем произошедшие за последнее время изменения, повлиявшие на политику в области психического здоровья детей и подростков:

- Расширение знаний о неравенствах и последствия такой тенденции
- Новые подходы к вмешательствам, направленным на смягчение этих неравенств как на индивидуальном, так и общественном уровне
- Повышение профессиональной и политической готовности к действиям.

Поскольку эмоциональное развитие детей является неотъемлемой частью их общего развития, индивидуальные характеристики психического здоровья необходимо исследовать в контексте здоровья и благополучия в целом.

НЕРАВЕНСТВА – МАСШТАБЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Неравенство способностей

В обществе до наступления эры индустриализации детство не выделялось как отдельная стадия развития, либо принято было считать, что различия в способностях не имеют особого значения. Одновременное присутствие в доме большого

ОТОБРАЖЕНИЕ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ В ЛИТЕРАТУРЕ

- Чарльз Диккенс – «Оливер Твист», «Дэвид Копперфильд»
- Гарриет Бичер-Стоу – «Хижина дяди Тома»
- Виктор Гюго – «Отверженные»

количества родственников и универсальные ролевые ожидания способствовали относительно толерантному отношению к отличиям между детьми. Однако модернизация серьезно изменила их жизнь во многих отношениях.

Во-первых, благодаря урбанизации и повышению мобильности (переезд членов семьи далеко от места рождения) в настоящее время лишь немногие дети растут в семьях, объединяющих несколько поколений. В нуклеарных семьях родители (или одни из родителей) обладают более слабым «буферным потенциалом», позволяющим приспособиться к отличиям детей, чем дяди, тети, бабушки и дедушки в расширенной семье.

Во-вторых, все более и более стандартизированное обучение, начинающееся еще в детском саду, менее гибко по отношению к неравенству способностей и особенностям развития. Для того чтобы подготовить детей к стандартизированным профессиям, школам необходимо классифицировать учеников. Таким образом, начали разрабатывать системы для тестирования детей, начиная с работ Бине, опубликованных в начале XX ст. во Франции, в которых он подразделял детей на «нормальных» и «отклоняющихся от нормы» (Binet, 1903).

В-третьих, по мере того, как все больше и больше признавались отличия в темпераменте, стиле обучения и социальных возможностях, «разные» дети (которые ранее считались гомогенной группой) были разделены на разные группы, в зависимости от категориальных диагнозов (например, дислексия, расстройство рецептивной или экспрессивной речи) или в соответствии с измерениями (например, общие способности, социальное восприятие, невнимательность и гиперактивность). Такая тенденция привела к возникновению правозащитных и исследовательских организаций, основанных на признании разных способностей (например, в США – S, All Kinds и Minds and Mind Institute), и созданию специализированных учреждений – образовательных, социальных и клинических (Harper, 2011).

В-четвертых, как только стало очевидным, что дети с особыми потребностями нуждаются в специальных программах, многие пришли к убеждению, что такие службы должны быть доступными, в соответствии с потребностями, без ограничений, связанных с ресурсами семьи. Такие службы могут стать доступными большему числу детей благодаря частным инициативам, негосударственным организациям (НГО), изменениям законодательства или информационно-пропагандистским действиям, направленным на защиту прав человека (Harper, 2012).

Разные жизненные обстоятельства

Изображение в литературе XIX века детей, живущих в условиях крайней бедности (нищета, рабство, сиротство, насилие над детьми) помогло обществу глубже осознать неравенство в условиях проживания детей (e.g., Shengold, 1989). В ответ было начато всеобщее начальное государственное образование, и брошенных детей стали отделять от смешанной популяции и помещать в финансируемые государством «богадельни». Традиционная роль религиозных организаций по уходу за детьми сиротами дополнилась гражданской благотворительной деятельностью. Начали создаваться новые организации по защите детей от насилия и жестокого обращения, первая из которых была основана в 1875 г. в Нью-Йорке (Нью-Йоркское

общество по предотвращению жестокого обращения с детьми – англ.: New York Society for the Prevention of Cruelty to Children; см. историю).

В XX ст. общественная политика многих стран, особенно в Скандинавии, способствовала уравниванию возможностей (Hilson, 2008). Даже в экономически развитых странах с неполной приверженностью этой цели, таких как США, общественные организации выступили на стороне всех детей. Некоторые из них были основаны профессионалами (Ptakowski, 2010; см. также вебсайты Child Welfare League of America (Американская лига защиты детей) и American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Американская академия детской и подростковой психиатрии)), другие не представляют какие-либо профессиональные общества (например, Children’s Defense League – Лига защиты детей).

Таблица Ж.6.1 Негативные впечатления детства

С чем они были связаны?
<ul style="list-style-type: none"> • Психологическое, физическое и сексуальное насилие • Насилие и жестокость по отношению к матери • В семье – злоупотребление алкоголем и/или наркотиками, психическое заболевание, пребывание в местах лишения свободы в анамнезе
Возникновению каких рисков они способствуют?
<ul style="list-style-type: none"> • Алкоголизм и наркомания • Депрессия и суицидальные попытки • Курение табака • Сексуальные отношения с частой сменой партнеров, инфекционные заболевания, передающиеся половым путем • Бездеятельность и тяжелое ожирение
Источник: Edwards et al (2005), Felitti et al (1998)

Усилия в этом направлении стали более интенсивными, когда благодаря научным исследованиям стало очевидно, что *негативные впечатления детства* не только являются причиной страданий ребенка, но могут приводить к ощутимым долгосрочным последствиям (см. Таблицу Ж.6.1). Используя методы, разработанные Центрами по контролю за заболеваниями в США, исследования продемонстрировали влияние впечатлений детства на последующее здоровье и благополучие. В СК, с помощью другой методологии – использования Кембриджского интервью о ранних впечатлениях, такие же неблагоприятные последствия были выявлены у подростков (Dunn et al, 2011). Подобные результаты были получены в одной из развивающихся стран: более частые неблагоприятные впечатления в детстве прогнозировали большую частоту опасного поведения у подростков на Филиппинах (Ramiro et al, 2010).

Эти результаты совпадают с постоянно накапливающимися научными данными о развитии мозга (Spenrath et al, 2011). В США, Американская академия педиатрии, прибегая к эко-биоэволюционной модели, в качестве довода в пользу трансформации системы оказания медицинской помощи детям (Garner, Shonkoff

2012) использует данные о том, что токсический стресс, вызванный негативными впечатлениями и влиянием окружающей среды, оставляет «прочный след на генетической предрасположенности» ребенка (Shonkoff et al, 2011)

Более глубокому осознанию обществом стойких последствий неравенства способствовали результаты исследований социальной мобильности у разных поколений (DeParle 2012; Jäntti et al 2006). Эти исследование показали, что социальная мобильность в некоторых странах (главным образом в США) – более распространенное явление, по сравнению с другими. То есть, несмотря на популярное убеждение в «повышении мобильности», классовое происхождение детей является мощным фактором, определяющим их будущее благополучие.

Неравенство доступа к услугам

В США, Knitzer (1982) и коллеги подвергли критике существующие службы, оказывающие помощь проблемным детям. Они показали, что:

- Большинство неблагополучных детей вообще не получают психиатрической помощи
- Доступные службы разбиты на школьные, психиатрические и социальные
- Традиционные службы лишают сил родителей, которые и без того чувствуют себя брошенными и беспомощными.

За этим последовали инициативы, направленные на ослабление неравенства, которые были поддержаны различными фондами и федеральным правительством. Эти инициативы, работающие в десятках штатов и общин, значительно повысили выявляемость эмоциональных, психических и поведенческих расстройств и способствовали появлению служб нового типа (например, таких как Национальная инициатива (National Initiative) и Управление службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://www.samhsa.gov/samhsa>), задуманных как более уважительные и менее дискриминационные по отношению к родителям.

ЭФФЕКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СМЯГЧЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА

Общественность во многих странах все больше и больше приходит к убеждению, что различия способностей детей, их жизненного опыта и доступа к услугам не только должны признаваться, но и стать предметом общественно-государственной политики. Такое осознание привело к действиям в защиту интересов детей, оформившимся во «всемирное движение за равенство прав в сфере здравоохранения» (Marmot et al, 2012), в котором психическое здоровье должно занять свое место (Raviola et al, 2011).

В свете того, что Sridhar (2011) назвал переходом от клинического взгляда (медицина) на проблему к общественному (эпидемиология) и экономическому взгляду, клинические данные были дополнены данными о политике в области здра-

воохранения и экономики. Обзор усилий, направленных на смягчения различий в раннем детстве (Walker et al, 2011; Engle et al, 2011), показывает, что:

- К неблагоприятным жизненным обстоятельствам относятся: дефицит питания и воздействие токсических веществ/инфекций, а также насилие и жестокое обращение с ребенком
- Неблагоприятные факторы раннего детства значительно нарушают функционирование в более позднем детском и подростковом возрасте
- Вмешательства, начиная от пищевого восполнения дефицита йода и до оказания поддержки родителям на ранних этапах развития ребенка, обладают смягчающим/защитным эффектом
- Диапазон вмешательств очень широк: от восполнения дефицита йода до семейных групповых собраний (Titcomb et al, 2005)
- Чем раньше применяются вмешательства, тем они эффективнее (см. Рисунок J.6.1).

Рисунок J.6.1 Эффективность вмешательств



Источник: Heckman J.J. Heckman J.J. Schools, skills and synapses. *Economic Inquiry* 2008; 46: 289-324.
Воспроизведено с разрешения автора.

Недостатком экономического подхода является то, что он не поддерживает оказание лечебной и профилактической помощи тем лицам, чья нетрудоспособность ограничивает их потенциал «человеческого капитала». Сторонники противоположной точки зрения обращают внимание на бремя болезни и выступают за соблюдение прав человека (Kieling et al, 2011).

Задача реализации и оценки таких вмешательств решается по-разному в экономически развивающихся и развитых странах. В США главный акцент сделан на демонстрации процессов, то есть на таких показателях как расширение участия в оказании помощи и степень соответствия имплементации первоначальным намерениям (приверженность), в противоположность результатам, достигаемым у ребенка и на уровне семьи. В действительности, процесс значительно проще измерять, чем результаты. Част-

ное агентство Национальный форум качества, разработало критерии оценки развития и психического состояния, сфокусированные на том, что поставщики услуг *делают* (скрининг, катамнестическое наблюдение, и т.п.).

Для того чтобы выйти за пределы измерения процессов (доступность, участие, приверженность, и т.п.), Институтом по проблемам улучшения здоровья (Institute for Health Improvement (Berwick et al, 2008)) разработана концепция «Тройной цели». В соответствии с этой концепцией оценивают достигнутые результаты, опыт пациента и затраты на одного участника. Подобным образом Манчестерским университетом и Британским королевским колледжем психиатров разработаны Шкалы для оценки национальных результатов охраны здоровья детей и подростков (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)), позволяющие внимательно изучить функциональные исходы психических расстройств детей и подростков. Подобные инструменты были разработаны и в других странах. Например, в Шотландии правительство опубликовало подробный перечень показателей для оценки психического здоровья и психических заболеваний (Scottish Government, 2011).

В то время как в развитых странах неравноправие, по-прежнему, не устранено (e.g., Canada; Kutcher et al, 2010), особые проблемы возникают при удовлетворении потребностей в психиатрической помощи и изменении соответствующей политики в странах, располагающих ограниченными ресурсами (развивающихся). Эти проблемы описаны для стран, обладающих меньшими ресурсами как для группы в целом (Belfer, 2008; Omigbodun, 2008; Eaton et al, 2011), так и по-отдельности: Бразилия (Couto et al, 2008), Мексика (Espinola-Nadurille et al, 2010) и Ливан (Fayyad et al, 2010). К ним относятся: недостаточный объем ресурсов для организации помощи, ненадежная сетевая инфраструктура и противоречия между традиционными и современными подходами в лечении. Все перечисленные выше проблемы более конкретно отображены в отчете mhGAP Всемирной организации здравоохранения (Dua et al, 2011).

Для достижения баланса между тем, что делается (процесс) и тем, что ожидается в итоге (результат) можно использовать еще один подход – так называемую «логическую модель». Эта модель позволяет отчетливо определить, какие результаты являются значимыми, одновременно осуществляя анализ идентифицированной проблемы и относительного вклада каждого из вмешательств в достижение ожидаемых результатов. Логическая модель предполагает выполнение нескольких шагов, первым из которых является спецификация проблемы, которую необходимо решить и выбор метода ее оценки (Рисунок J.6.2). Следующий шаг – определение желаемой цели, а также способа ее оценки (Рисунок J.6.3). Затем проблема анализируется, в плане способствующих факторов, которые поддаются коррекции с помощью вмешательства (Рисунок J.6.4). И, наконец, измеряют изменения, произошедшие с каждым из факторов, и сопоставляют с изменениями исходной проблемы (Рисунок J.6.5).

Был проведен обзор результатов эффективных вмешательств (Kieling et al, 2011), а также препятствий на пути внедрения практик с наилучшей доказательной базой (Hoagwood, 2003). Творческий подход подразумевает инкорпорирование практик в «мета-систему» (Kazak et al, 2010). Наглядными примерами, в данном случае, может быть работа, выполненная Фауад и коллегами в Ливане (2010), состоявшая в обучении

Рисунок J.6.2 Логическая модель: определение и оценка проблемы

<p>Дети и подростки не достигают оптимального психического здоровья и уровня развития</p>	<p>О чем свидетельствуют:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты оценки психического состояния и других аспектов развития (например, с помощью PSC, CGAS, HANES, HoNOSCA) • Необходимость в попечении • Низкая успеваемость в школе • Жестокое обращение с ребенком • Домашнее насилие • Проблемы с законом в подростковом возрасте
<p>PSC: Pediatric Symptom Checklist – Контрольный лист педиатрических симптомов; CGAS: Children's Global Assessment Scale – Шкала общей оценки ребенка ; HANES: Health and Nutrition Examination Survey – Национальное Исследование Состояния Здоровья и Питания Населения – (of the US Centers for Disease Control); HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents – Шкалы для оценки национальных результатов охраны здоровья детей и подростков.</p>	

Рисунок J.6.3 Логическая модель: определение и оценка цели

<p>Дети и подростки не достигают оптимального психического здоровья и уровня развития</p>	<p>О чем свидетельствуют:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Результаты оценки психического состояния и других аспектов развития (например, с помощью PSC, CGAS, HANES, HoNOSCA) • Необходимость в попечении • Низкая успеваемость в школе • Жестокое обращение с ребенком • Домашнее насилие • Проблемы с законом в подростковом возрасте 		<p>Оптимальное психическое здоровье и уровень развития детей и подростков</p>	<p>О чем свидетельствуют:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меньшая распространённость проблем с психическим здоровьем • Меньшая необходимость в попечении • Хорошая успеваемость в школе • Редкие случаи жестокого обращения с ребенком и домашнего насилия • Меньшее количество проблем с законом в подростковом возрасте
<p>PSC: Pediatric Symptom Checklist – Контрольный лист педиатрических симптомов; CGAS: Children's Global Assessment Scale – Шкала общей оценки ребенка ; HANES: Health and Nutrition Examination Survey – Национальное Исследование Состояния Здоровья и Питания Населения – (of the US Centers for Disease Control); HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents – Шкалы для оценки национальных результатов охраны здоровья детей и подростков.</p>				

социальных работников методам выявления проблемных детей на уровне деревни и оказания им помощи, а также амбициозная программа, реализованная в Бразилии (Couto et al, 2008), в результате которой по всей стране были открыты центры психологической помощи на общинном уровне. Одним из методов раннего выявления, использовавшихся в разнообразных общинах, является укрепление взаимоотношений родитель-ребенок, с помощью метода под названием «Точки взаимодействия», разработанного Brazelton (Sparrow, 2010; Sparrow et al, 2011), и метода «Поддержки безопасности», автором которого является Wittenberg (2009).

Рисунок J.6.4 Логическая модель:
анализ проблемы – идентификация способствующих факторов,
в отношении которых применены вмешательства



Рисунок J.6.5 Логическая модель: какие факторы изменились?
Как они способствовали исправлению проблемы?



Точки взаимодействия

Центр Бразелтона использовал методiku самостоятельного усиления сильных сторон семьи и общины, основанную на построении взаимоотношений, учитывающую особенности развития и культурную специфику более чем в 160 общинах. Налаженные социальные связи, самоэффективность родителей и коллективная эффективность общины возрождают возможность с надеждой смотреть на будущее детей и общины. Такие связи и надежда являются чрезвычайно важными, часто недооцениваемыми, факторами воспитания одного поколения другим. Кроме связей с другими людьми и с будущим, семьи и общины черпают силы, устанавливая идентификацию через использование методик самостоятельного усиления сильных сторон семьи и общины. Уходя корнями в динамическую, эволюционную теорию систем, этот метод дает возможность родителям и другим членам семьи исследовать и использовать как свои собственные ресурсы, так и ресурсы детей и общины.

Метод точек взаимодействия не исключает участие специалистов и профессиональных структур. Этот подход не минимизирует также неблагоприятное воздействие на детей и родителей таких факторов, как нездоровая пища, загрязнение воздуха и воды. Авторы программы предлагают способ существования и вместе с тем программу действий, утверждая, что данная программа уравнивает дисбаланс и разрушает монополию на знания и технологии, которые считали необходимыми для воспитания детей. Точки соприкосновения с этой же позиции подходят к разработке стратегии организации системы оказания помощи. Такая смена парадигмы способствует тому, что взаимоотношения между профессионалами, учреждениями и детьми, а также родителями, которым они оказывают помощь, строятся совершенно по-другому. Этот подход объединяет между собой семьи, а также обеспечивает им доступ к тому, что мы называем традиционными и неформальными общинными ресурсами.

Повышение уровня информированности населения, профессиональная и политическая воля

Тенденция к более глубокому осознанию населением и профессионалами роли неравноправия в жизни детей и необходимости применения вмешательств – очевидно во многих регионах. В США, Национальный институт здоровья учредил Национальный институт здоровья несовершеннолетних и неравенства в области здравоохранения и открыл по всей стране десятки центров, занимающихся проблемами неравенства в области оказания медицинских услуг. Однако ни один из них не занимается конкретно здоровьем детей, не говоря уже об их психическом здоровье.

Что касается психиатрической помощи, то в отчете ВОЗ, кроме того, о чем говорилось выше, внимание обращено на огромный разрыв между потребностью и предоставляемыми услугами. Опубликованы данные с анализом национальной политики в отношении развития детей и оказания им психиатрической помощи в таких разных странах, как Канада (Kutcher et al, 2010) и Бразилия (Couto et al,

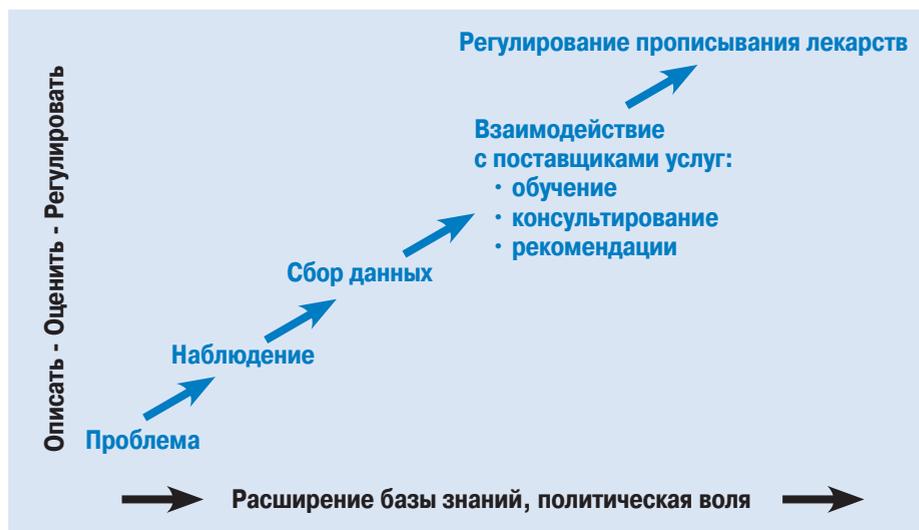
2008), а также на международном уровне (Belfer, 2008). Более активная роль самих молодых людей отмечена в проектах с использованием «сверстников наставников» в США и подростков в качестве «популяризаторов здорового образа жизни» в Танзании (Kamo et al, 2008).

И О ПРОБЛЕМАХ...

Несмотря на то, что в настоящее время дети получают пользу от осознания обществом существующих различий и их влияния на детей и подростков, а также от эффективных вмешательств, многие проблемы все же остаются нерешенными. Некоторые из них заслуживают того, чтобы упомянуть о них отдельно:

- Как сбалансировать конкурирующую привлекательность моделей оказания помощи, реализуемых профессионалами (которые могут не восприниматься родителями) и теми, которые используют родители (и которые могут быть анти- или непрофессиональными)
- Как мы можем использовать инновации, такие как «сверстники-наставники /специалисты» для того, чтобы ослабить у подростков чувство дефекта и усилить чувство своих достижений?
- Как сбалансировать ранние вмешательства, используемые для профилактики, с теми, которые применяются позже, когда развивается дисфункция и утрачивается трудоспособность?
- Как интегрировать психиатрические, образовательные и социальные службы в тех странах, где они развиваются отдельно друг от друга?
- Как там, где психиатрическая служба финансируется за счет медицинского страхования, добиться баланса между требованиями продемонстрировать «медицинскую необходимость» и потребностью в профилактике и оказании помощи вне острой фазы расстройства?
- На фоне рекламы производителей и привлекательности для родителей медикаментов, обещающих легкое и быстрое излечение, как не допустить, чтобы психическое здоровье детей стало упрощенной, однонаправленной сферой?
- Как определить подход популяционного масштаба к развитию ребенка и его психическому здоровью, учитывая конкуренцию между теми (как профессионалами, так и родителями), кто фокусирует внимание на одной группе, за счет исключения других (что происходит в настоящее время с теми, кто выступает в защиту, и теми, кто боится последствий увеличения социальной помощи при некоторых формах аутизма)?
- И, наконец, поскольку психиатрические вмешательства получают все большее признание, становятся более действенными и потенциально способными причинить вред, политика должна решать задачу обеспечения безопасности и эффективности услуг, а не только прибыльности для поставщика услуг и удовлетворения запросов потребителей. Стадии процесса повышения роли государства в осуществлении надзора над медицинским обслуживанием, от позиции стороннего до заинтересованного наблюдателя, организатора мониторинга и законодателя стандартов, представлены на Рисунке J.6.6.

Рисунок J.6.6 Повышение роли государства по отношению к психоактивным веществам



Ученики 8 класса средней школы поселка Масифумеле (пригород Кейптауна, ЮАР) принимают участие в пилотной фазе проекта Respect 4U (уважение к тебе).
 Фото: Julius Oatts