



Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения



Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения

Отчет о Европейской конференции ВОЗ
на уровне министров





ЕВРОПА

Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения

Отчет о Европейской конференции ВОЗ
на уровне министров

WHO Library Cataloguing in Publication Data

Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference

1.Mental health – congresses 2.Mental health services 3.Health policy
4.Health planning 5.Treaties 6.Europe

ISBN 92 890 4377 6

(NLM Classification: WM 105)

ISBN 92-890-4377-6

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications,
WHO Regional Office for Europe,
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Вы также можете заполнить в режиме онлайн форму запроса относительно документации, информации о здоровье и здравоохранении или относительно разрешения на цитирование или перевод публикаций ВОЗ на веб-сайте Европейского регионального бюро по адресу:
<http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Отпечатано в Дании

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	vi
Выражение благодарности	vii
<i>Предисловие</i>	ix
<i>Предисловие</i>	x
1. Психическое здоровье в Европе – текущая ситуация	1
2. Основные проблемы и задачи	5
3. Европейская декларация по охране психического здоровья	9
4. Европейский план действий по охране психического здоровья	17
5. Службы охраны психического здоровья в Европейском регионе: недостаточность лечебной помощи	33
6. Стигматизация и дискриминация лиц с психическими заболеваниями в Европе	43
7. Укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств	51
8. Психическое здоровье и профессиональная жизнь	61
9. Алкоголь и психическое здоровье	69
10. Предупреждение самоубийств	77
11. Психическое здоровье детей и подростков	87
12. Доступ к хорошим службам охраны психического здоровья на первичном уровне	97
13. Службы охраны психического здоровья на уровне общины	105
14. Людские ресурсы и подготовка кадров в области охраны психического здоровья	111
15. Законодательство в области психического здоровья	119
16. Расширение прав и возможностей и защита интересов пациентов в области психического здоровья	127
17. Экономические аспекты охраны психического здоровья в Европейском регионе	137
18. Психическое здоровье: информация и научные исследования	145
19. Направления дальнейших действий	151
Приложение 1. Участники конференции	157

Сокращения

Организации и программы

ЕС	Европейский Союз
IMHPA	Сеть партнеров по укреплению психического здоровья
ННГ	Новые Независимые Государства бывшего СССР
НПО	Неправительственные организации
VVGG	Фламандская ассоциация охраны психического здоровья
WHO-AIMS	Инструментарий ВОЗ для оценки систем охраны психического здоровья
WHO-CHOICE	Программа ВОЗ по выбору экономически эффективных вмешательств

Технические термины

СНВГ	Синдром нарушения внимания с гиперактивностью
ASD	Расстройства аутистического спектра
DALYs	Годы жизни, скорректированные с учетом нетрудоспособности
ВОП	Врачи общей практики
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
УПЧ	Уполномоченный по правам человека (Швеция)
ПТСР	Посттравматические стрессовые расстройства
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
YLD	Годы, прожитые с инвалидностью

Выражение благодарности

Сотрудники программы по охране психического здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ выражают свою признательность за содействие в подготовке данной публикации целому ряду специалистов. В частности, мы выражаем благодарность следующим специалистам за оказанную ими помощь в работе над отдельными главами:

- профессор David J. Hunter, политика и управление здравоохранением, Научно-исследовательский институт Вольфсона, Университет Дурхема, Соединенное Королевство (глава 2);
- Д-р Shekhar Saxena и д-р Pratap Sharan, психическое здоровье; фактические данные и научные исследования, Отдел психического здоровья и токсикомании, штаб-квартира ВОЗ (глава 5);
- Д-р Lars Jacobsson, факультет психиатрии, Университет Умео, Швеция, и д-р Hédinn Unnsteinsson, технический специалист, психическое здоровье, Европейское региональное бюро ВОЗ (глава 6);
- Д-р Eva Jané-Llopis, Научно-профилактический центр, Университет Ниймеген, Нидерланды (глава 7);
- Д-р Ivan Ivanov, координация и партнерство в области окружающей среды и здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ (глава 8);
- Г-н Dag Rekke, руководитель программы “Алкоголь и наркотики”, и д-р Lars Møller, руководитель проекта “Охрана здоровья в тюрьмах” и Европейская информационная система по наркотикам, Европейское региональное бюро ВОЗ (глава 9);
- Д-р Leen Meulenbergs, Министерство здравоохранения Бельгии, д-р José Manoel Bertolote, координатор, неинфекционные болезни и психическое здоровье, психическое здоровье и токсикомания, лечение психических и мозговых нарушений, штаб-квартира ВОЗ, и г-жа Roxana Radulescu, Психическое здоровье в Европе (глава 10);
- Д-р Myron Belfer, старший советник, психическое здоровье детей и подростков, Отдел психического здоровья и токсикомании, штаб-квартира ВОЗ, (глава 11);
- Г-жа Nathalie Jane Drew, д-р Michelle Karen Funk, разработка политики и служб охраны психического здоровья, штаб-квартира ВОЗ, и д-р Crick Lund, Университет Кейптауна, Южная Африка (главы 12, 13 и 15);
- Д-р Margaret Grigg, Департамент социального обеспечения, Викториа, Австралия (глава 14);

- Д-р Hédinn Unnsteinsson, технический сотрудник, психическое здоровье, сотрудничество с гражданским обществом, Европейское региональное бюро ВОЗ (глава 16);
- Г-н David McDaid, научный сотрудник, здравоохранение и социальное обеспечение, Лондонская школа экономики и политических наук, Соединенное Королевство, и Европейская обсерватория по системам политики здравоохранения (глава 17);
- Д-р Kristian Wahlbeck, профессор по научно-исследовательской работе, психическое здоровье, Национальный центр научных исследований и развития в области социального обеспечения и здравоохранения (STAKES), Финляндия (глава 18).

Мы также выражаем благодарность Европейской сети по экономическим аспектам охраны психического здоровья за использование собранной ею информации в главе 17.

Данная публикация была издана при финансовой поддержке Министерства социальных дел и здравоохранения Финляндии, за которую мы выражаем свою признательность.

Предисловие

Представители государств - членов Европейского региона ВОЗ встретились на Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья в январе 2005 г. в Хельсинки в целях усиления борьбы с эпидемией психосоциальных и психических расстройств, представляющей одну из важнейших угроз для здоровья и благополучия жителей Европы. Благодаря долгосрочным инвестициям и усилиям многих участников этого процесса из самых различных кругов, в настоящее время можно заявить о том, что вопросы психического здоровья уже не относятся к числу замалчиваемых и неудобных тем. Напротив, им уделяется центральное место в политике общественного здравоохранения.

Конференция на уровне министров предоставила нам ценную возможность обменяться взглядами и опытом, в результате чего заложены основы для движения вперед, используя результаты успешной деятельности отдельных стран в этой области. Наша совместная работа в будущем предусматривает инвестиции в укрепление психического здоровья и профилактику нарушений здоровья, а также в развитие комплексных служб охраны психического здоровья на уровне местных сообществ при расширении прав и возможностей граждан. Конференция дала возможность ознакомиться с наглядными примерами творческих партнерских связей между научными работниками, специалистами, пользователями служб, членами их семей и лицами, определяющими политику. Такие связи необходимы для достижения прогресса в этой области, которой уделялось слишком недостаточно внимания.

Конференция явилась не завершением этого процесса, а отправной точкой для разработки множества практических мер по охране психического здоровья в рамках системы здравоохранения. Европейский план действий по охране психического здоровья ставит сложную задачу перед всеми государствами-членами. Работа, предусмотренная Планом действий, потребует участия многих сторон, и я надеюсь, что недавно созданный в Финляндии сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению психического здоровья, его профилактике и разработке политики в этой области на базе Финского национального центра научных исследований и развития в области социального обеспечения и здравоохранения (STAKES) сможет оказывать эффективную поддержку ВОЗ в его реализации.

Правительство Финляндии хотело бы поблагодарить за успешное проведение Конференции на уровне министров не только Европейское региональное бюро ВОЗ, но также Европейскую комиссию, Совет Европы, государства-члены, которые сделали возможным достижение этого переломного момента, оказывая поддержку в подготовке данной конференции и, наконец, все страны, которые приняли в ней участие и обязались внести свой вклад в открытие новой эры в области охраны психического здоровья.



Liisa Hysaälä

Министр здравоохранения и социальных дел Финляндии

Предисловие

На Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, состоявшейся в Хельсинки, в январе 2005 г., были подписаны и приняты от имени министров здравоохранения 52 государств - членов Европейского региона ВОЗ Европейская декларация по охране психического здоровья и Европейский план действий по охране психического здоровья.

Подписание этих документов свидетельствует о твердой приверженности правительств стран предпринимать действия, направленные на решение сложнейших проблем в области охраны психического здоровья в Европе. Государства-члены, представители профессиональных организаций и неправительственных организаций продемонстрировали искреннее и твердое желание предпринять действия, предусмотренные в Декларации, и работать вместе, сохраняя верность ее духу. В основе программы действий по охране психического здоровья на ближайшие 5–10 лет заложены такие европейские ценности, как равенство, справедливость и солидарность, отражающие как Устав ВОЗ, так и политику достижения здоровья для всех.

Существующие обстоятельства побуждают всех нас к активной работе в предстоящие годы. Улучшение состояния психического здоровья является одной из важнейших проблем, стоящих перед всеми странами Региона, где в тот или иной период жизни проблемы психического здоровья возникают по крайней мере у каждого четвертого человека. Несмотря на большой объем знаний об эффективных подходах к профилактике и лечению психических расстройств и укреплению психического здоровья, многие люди не получают достаточного объема лечения или поддержки либо вообще лишены их.

Слишком часто проблемы, связанные с предрассудками и стигматизацией, препятствуют развитию стратегий охраны и укрепления психического здоровья, что находит отражение в необоснованно низком внимании, уделяемом этим службам, в недостаточно уважительном отношении к правам психических больных и в отсутствии поддержки деятельности в области охраны психического здоровья. Хотя всем странам и приходится работать с ограниченными ресурсами, следует отметить, что их бюджет на охрану психического здоровья составляет, в среднем, лишь 5,8% от общих расходов на здравоохранение, несмотря на то, что на проблемы психического здоровья приходится почти 20% всего бремени болезней. В Европейском регионе ВОЗ только на депрессию приходится 6,2% общего бремени болезней.

В то же время имеются все основания для оптимизма. Во многих странах уже идет процесс реформирования служб психического здоровья с учетом новейших знаний и опыта. Охрана психического здоровья все чаще признается в качестве одного из приоритетных направлений деятельности системы общественного здравоохранения. Конференция показала, что деятельность по охране психического здоровья уже не сводится исключительно к лечению лиц с тяжелыми и длительными психическими заболеваниями и помещению их в учреждения закрытого типа. В Декларации

признается, что политика и работа служб охраны психического здоровья должны отвечать потребностям всего населения в целом, отдельных групп повышенного риска и лиц, страдающих широким кругом проблем психического здоровья. В связи с этим предпринимаемые действия должны быть всесторонними и комплексными, включая укрепление психического здоровья, своевременное принятие мер в кризисных ситуациях, применение новаторских методов лечения на уровне местных сообществ и стратегии, обеспечивающие социальную интеграцию.

Обязательства, отраженные в Декларации и Плане действий, основываются на информации и фактических данных, полученных из всех частей Европейского региона ВОЗ. Все вместе они представляют собой твердую и вдохновляющую основу, на базе которой правительства, лица, определяющие политику, и неправительственные организации, работая в сотрудничестве с ВОЗ, могут разработать новые подходы к улучшению качества жизни всех граждан Европейского региона. Я искренне надеюсь, что в этой области будет достигнут значительный прогресс.



Marc Danzon
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

1. Психическое здоровье в Европе – текущая ситуация

Страны Европейского региона ВОЗ сталкиваются с огромными проблемами в своей деятельности, направленной на укрепление психического благополучия населения, предупреждение проблем психического здоровья среди маргинальных и уязвимых групп населения, а также лечение, уход и содействие выздоровлению лиц с проблемами психического здоровья. Вопросы психического здоровья все чаще включаются в число приоритетных задач в разных странах Региона, принимая во внимание масштабы как материального и человеческого ущерба, наносимого обществу, так и страданий отдельных лиц. Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, состоявшаяся в январе 2005 г. в Хельсинки, определила основные задачи и реально возможные пути их решения, реализация которых возможна во всех странах, независимо от уровня развития системы охраны психического здоровья.

В данной публикации представлены два основных итоговых документа Конференции: Европейская декларация и Европейский план действий по охране психического здоровья, которые были приняты государствами-членами Региона и в которых закреплены их обязательства по укреплению психического здоровья. Публикация также содержит краткую информацию по 14 направлениям деятельности, предусмотренным в Плане действий, включая примеры успешной работы, а также краткое описание мер по дальнейшему развитию программы Европейского регионального бюро ВОЗ по охране психического здоровья, предназначенной для оказания содействия государствам-членам в достижении поставленных ими масштабных целей. В данной главе рассматривается текущая ситуация в Регионе, а также задачи, которые призваны решить страны с помощью Декларации и Плана действий.

Бремя заболеваемости

Психическое здоровье в настоящее время относится к числу наиболее серьезных проблем, стоящих перед всеми странами Региона, поскольку в тот или иной период жизни проблемы психического здоровья возникают по крайней мере у каждого четвертого человека. Показатели распространенности нарушений психического здоровья в Европейском регионе являются очень высокими. Из 870 миллионов человек, проживающих в Европейском регионе, согласно оценкам, около 100 миллионов человек испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн. страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; свыше 7 млн. страдают болезнью Альцгеймера и другими видами деменции; около 4 млн. – шизофренией;

4 млн. – биполярными аффективными расстройствами и 4 млн. – паническими расстройствами.

Психоневрологические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней в Регионе после сердечно-сосудистых заболеваний. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALYs – годы жизни, утраченные в связи с болезнью и преждевременной смертью). Только на долю депрессии, которая является третьей по значимости причиной бремени болезней, приходится 6,2% всех DALYs). На долю самоповреждений, являющихся одиннадцатой по значимости причиной DALYs приходится 2,2%, а на болезнь Альцгеймера и другие виды деменции, занимающие четырнадцатое место в списке причин – 1,9% DALYs. По мере старения населения число людей с такими нарушениями будет, по-видимому, увеличиваться.

На долю психоневрологических расстройств приходится также более 40% всех хронических заболеваний, и они являются важнейшей причиной утраты здоровых лет жизни в связи с инвалидностью. Важнейшей отдельно взятой причиной является депрессия. Пять из пятнадцати важнейших факторов, оказывающих влияние на бремя болезней, приходится на долю психических расстройств. Во многих странах 35–45% случаев невыхода на работу связаны с проблемами психического здоровья.

Одним из наиболее трагических последствий психических расстройств являются самоубийства. Девять из десяти стран мира с наиболее высокими показателями самоубийств находятся в Европейском регионе. Согласно последним имеющимся данным, ежегодно добровольно уходят из жизни около 150 000 человек, из которых 80% – мужчины. Самоубийства являются ведущей и скрытой причиной смерти среди молодых людей, занимая второе место после дорожно-транспортных происшествий в возрастной группе 15–35 лет.

Стигматизация и дискриминация

Слишком часто широкая распространенность случаев стигматизации лиц с психическими проблемами служит препятствием для разработки и реализации стратегий охраны психического здоровья. Стигматизация является основной причиной дискриминации и социальной изоляции: она оказывает негативное воздействие на чувство самоуважения людей, приводит к разрыву семейных взаимоотношений и ограничивает возможности участия в жизни общества, получения жилья и трудоустройства. Она также является причиной нарушения прав человека в ряде крупных учреждений закрытого типа.

Укрепление психического здоровья

В настоящее время правительствами стран признается важное значение психического благополучия всех граждан. Это – важнейший компонент высокого качества жизни, позволяющий людям считать свою жизнь полноценной и значимой и являться активными и созидательными членами общества. Психическое здоровье общества способствует принятию образа жизни, обеспечивающего состояние психического благополучия. Меры укрепления психического здоровья должны быть направлены на все население, включая людей с психическими проблемами, и лиц, осуществляющих за ними уход. Разработка и осуществление эффективных планов укрепления психического здоровья позволит повысить уровень психического благополучия общества в целом.

Предупреждение вредных для здоровья стрессов и самоубийств

Люди во многих странах подвергаются пагубному воздействию стрессовых факторов, что приводит к росту числа случаев тревожно-депрессивных состояний, расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, насилия и суицидального поведения. В настоящее время известно о потенциальном положительном эффекте мер, направленных на снижение стрессов, наносящих вред здоровью, и их важном значении для снижения показателей самоубийств.

Существует множество социальных факторов, способствующих развитию психических проблем – от душевных страданий личного характера, до вопросов, затрагивающих все местное сообщество или общество в целом. Эти причины могут возникать или усиливаться в различных ситуациях и местах, включая дом, учебные заведения, места работы и различные учреждения. Особому риску подвергаются маргинальные группы населения, такие как беженцы, мигранты, безработные, заключенные или лица, выходящие на свободу, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, а также лица с инвалидностью или уже страдающие психическими проблемами.

Службы

Во многих случаях было показано, что помощь, оказываемая по месту жительства, позволяет обеспечивать более высокое качество жизни и степень удовлетворенности тех, кто пользуется услугами этих служб и членов их семей, чем традиционная стационарная помощь. Во всех странах Региона количество больничных коек сокращается, а психиатрические больницы закрываются, однако темпы этих изменений различны. Во многих частях Региона в большинстве случаев такая помощь по-прежнему оказывается в учреждениях закрытого типа. В четверти европейских стран каких-либо служб охраны психического здоровья по месту жительства не существует. В некоторых странах свыше 50% всех больных получают лечение в крупных психиатрических больницах. Собственно говоря, свыше двух третей больничных коек в Европейском регионе – это койки, находящиеся в психиатрических больницах. В некоторых странах 85% денег, выделяемых на охрану психического здоровья, расходуется на содержание крупных психиатрических больниц. В более чем трети европейских стран семейные врачи не оказывают людям помощи по поводу тяжелых психических расстройств, и ни для них, ни для других работников первичной медико-санитарной помощи не имеется программ подготовки по вопросам охраны психического здоровья. В 20% стран отсутствует возможность получения трех основных психотропных препаратов (амитриптилин, хлорпромазин и фенитоин) в рамках системы первичной медико-санитарной помощи. В каждой пятой стране также не имеется лекарственной политики или списка основных лекарственных средств.

Качество предоставляемой помощи в значительной степени зависит от уровня квалификации персонала. Число работников служб психического здоровья колеблется в значительных пределах в зависимости от страны, что вызывает озабоченность:

- число психиатров колеблется от 1,8 до 25 на 100 000 населения;
- число психиатрических медицинских сестер колеблется от 3 до 104 на 100 000 населения;
- число психологов колеблется от 0,1 до 96 на 100 000 населения.

Недостаточность лечебной помощи

Между потребностями в лечебной помощи и наличием соответствующих служб существует огромный разрыв. Согласно опубликованным в 2003 г. результатам опроса, проведенного в странах Европейского Союза, 90% людей, заявивших о том, что у них имеются проблемы психического здоровья, сообщили, что на протяжении предыдущих 12 месяцев они не получали никакой помощи или лечения. Лишь 2,5% из них наблюдались у психиатра или психолога. Даже в развитых странах с хорошо организованными системами здравоохранения от 44% до 70% больных с психическими расстройствами не получают лечения. Например, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что только в странах Западной Европы 45% лиц, страдающих депрессией, не получают лечения.

Затраты и финансирование

По причине психических расстройств экономика стран теряет несколько миллиардов долларов США, что объясняется как расходами на здравоохранение, так и снижением производительности труда. Более того, человеческие страдания и экономические потери ложатся также тяжелым бременем на лиц с психическими расстройствами и членов их семей, качество жизни которых может значительно ухудшаться.

Хотя всем странам Европейского региона приходится работать в условиях ограниченности ресурсов, следует отметить, что на охрану психического здоровья выделяется, в среднем, лишь 5,8% от общего объема затрат на здравоохранение (от 0,1% до 12%). Большая часть этих средств направляется на обеспечение работы служб, и лишь незначительная часть на меры укрепления здоровья и профилактики.

Расширение прав и возможностей

Расширение прав и возможностей, а также информационно-пропагандистская работа представляют собой важные механизмы для решения этих проблем. Слабая информационно-пропагандистская работа и отсутствие финансовой поддержки организаций пользователей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, затрудняют разработку и реализацию стратегий и мер с учетом потребностей и пожеланий этих людей. Непринятие во внимание мнения пользователей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в рамках этого процесса является проявлением стигматизации лиц с проблемами психического здоровья, и это может усиливать отрицательное отношение к ним.

Таковы проблемы в области охраны психического здоровья, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ. Европейская декларация по охране психического здоровья (см. сс. 9–16) и Европейский план действий по охране психического здоровья (см. сс. 17–32), принятые на Конференции, дают надежду пользователям служб охраны психического здоровья, лицам, осуществляющим за ними уход, и их семьям – всем тем, чья деятельность направлена на улучшение состояния психического здоровья в Европе.

2. Основные проблемы и задачи

Введение

12–15 января 2005 г. делегации 52 государств - членов Европейского региона ВОЗ встретились в Хельсинки, Финляндия, на первой Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, организованной Европейским региональным бюро ВОЗ. Принимающей стороной являлось Министерство социальных дел и здравоохранения Финляндии. Министры и другие высокопоставленные должностные лица встретились с тем, чтобы принять ряд решений относительно будущих стратегий охраны психического здоровья в Регионе. В состав делегаций входили также медицинские и технические эксперты, а также представители различных групп потребителей услуг. Министры одобрили Европейскую декларацию по охране психического здоровья и Европейский план действий по охране психического здоровья, которые будут определять характер политики в области охраны психического здоровья в Регионе, по крайней мере, в ближайшие пять лет.

Проведение Конференции явилось историческим событием в развитии политики в области охраны психического здоровья в Европе. Ей предшествовали многие годы кропотливой работы. Знаменательным событием явилось также принятие государствами-членами Декларации и Плана действий.

Перед странами Европейского региона стоит сложная задача. В тот или иной период жизни проблемы психического здоровья возникают у каждого четвертого человека. Являясь серьезным фактором снижения производительности труда в Регионе, проблемы психического здоровья приводят также к большим экономическим затратам. Необходимы действия не только со стороны отдельных лиц, но также всего общества в целом, особенно в ситуациях, когда сохраняется предубежденное отношение к людям с проблемами психического здоровья, а их стигматизация препятствует прогрессу в этой области.

Достижение взаимного согласия является лишь одной стороной задачи; другой ее стороной является выполнение принятых обязательств и достижение поставленных целей. Декларация и План действий требуют изменения всей системы взглядов и понятий в отношении характера и реализации политики и работы служб охраны психического здоровья в Европейском регионе. Некоторым странам будет легче добиться этого, чем другим, однако Конференция продемонстрировала, что все ее участники государства-члены, неправительственные организации и ВОЗ твердо намерены идти по этому пути каким бы долгим он ни был. В настоящее время все государства - члены Европейского региона разделяют принципы и приоритеты, которые будут лежать в основе политики охраны психического здоровья в будущем, и все они пришли к согласию в отношении направления действий для решения этих проблем.

Конференция ознаменовала собой окончание начального этапа пути, явившись важнейшим первым шагом. В этой главе рассматриваются некоторые задачи на предстоящий период.

Здоровье

В ходе работы Конференции значительное внимание уделялось необходимости пересмотра политики в области охраны психического здоровья с тем, чтобы уделять больше внимания вопросам укрепления и, когда это возможно, профилактике здоровья. Как и вся политика общественного здравоохранения в целом, политика в области охраны психического здоровья страдает от повышенного внимания к службам неотложной помощи на базе стационаров, которым продолжает предоставляться большая часть ресурсов и придается особое значение. Конечно, лечение необходимо, и недостатки в этой области сохраняются на всей территории Европейского региона. Однако лечение само по себе не решает данную проблему, поскольку его положительные результаты нередко незначительны, и любое лечение связано с риском. Это может также приводить к “медикализации” социальных проблем.

Участники Конференции (Приложение 1) не ставили своей целью отвлечь ресурсы от служб неотложной помощи, испытывающих сильное давление, однако особо отметили в качестве центральной темы Конференции и Декларации высокую значимость научно обоснованной политики, способствующей укреплению психического здоровья.

Для достижения успеха потребуется решимость и политическая поддержка. Во многих странах на протяжении целого ряда лет делались многочисленные важные и внешне привлекательные заявления в отношении политики общественного здравоохранения, которые так и не были реализованы. Теперь, когда страны заявили о своей приверженности Декларации и Плану действий, должны последовать практические шаги.

Расширение прав и возможностей

Участники Конференции явились свидетелями оживленных дискуссий по проблеме расширения прав и возможностей пользователей служб, а также членов их семей и друзей. Эта проблема носит сложный характер, но ее необходимо решать и переходить от слов к делу.

О важном значении расширения прав и обязанностей нередко говорится лишь в словах, однако на карту поставлены важнейшие вопросы влияния и профессионального статуса, которые не следует игнорировать. Привлечение пользователей служб и членов их семей к ранее закрытому для них процессу принятия решений может нести опасность для специалистов и приводить к обратному эффекту для пользователей и их семей. Данный процесс должен носить прозрачный характер и обеспечивать положительный эффект для всех участвующих сторон. Пользователи служб охраны психического здоровья являются экспертами в отношении собственных заболеваний и состояния своего здоровья. Они имеют право на участие в укреплении своего здоровья наряду с работниками здравоохранения и являются равноправными партнерами в этой деятельности.

На стратегическом и управленческом уровне пользователи и лица, осуществляющие за ними уход, помогают формировать стратегии и службы. Предстоит долгий путь, прежде чем это станет общепринятой обычной практикой. На конференции приводились примеры успешных инициатив в этой области,

которые также описаны в данной публикации, и в настоящее время они должны приниматься во внимание при определении основных направлений политики и практики в области охраны психического здоровья.

Нововведения и солидарность

Идеальной модели предоставления помощи не существует, хотя некоторые из них представляются более привлекательными и эффективными, чем другие. Разные страны предлагают разные модели, и они должны использовать то преимущество, которое открывает такое разнообразие. Страны должны быть открыты для новых идей и преобразований, осуществлять инвестиции в них и искать новые пути решения известных проблем. Страны также выразили свое желание обмениваться информацией и примерами передового опыта, а также предоставлять активную поддержку всем тем, кто не располагает необходимыми знаниями и опытом.

Знания

Необходима более полная информация о развитии ситуации в Регионе, а также сравнительные данные по европейским странам в тех случаях, когда это возможно. Задача по сбору такой информации может быть возложена на обсерватории здравоохранения в рамках существующего в настоящее время в Европе движения. Проведение дополнительных научных исследований для описания существующих проблем не требуется, так как накопленный объем данных уже является большим. В то же время существует настоятельная необходимость в проведении дополнительных научных исследований по оценке экономической эффективности мер вмешательства и для выявления наиболее эффективных из них.

Необходимо также применять на практике тот значительный объем знаний, который уже накоплен. Хотя пробелы в знаниях будут всегда иметь место и их необходимо заполнять, это не должно являться основанием для бездействия. Необходимо действовать на основании “достаточно надежной” информации о том, какие меры являются эффективными, а не ждать появления бесспорных данных. В настоящее время известно уже многое; самой большой проблемой нередко является отсутствие действий на основании имеющихся знаний.

Обучение

На Конференции неоднократно подчеркивалась необходимость и важное значение обучения в рамках стран и, в особенности, на межстрановом уровне в Регионе. ВОЗ располагает всеми возможностями и средствами для выполнения задачи обучения и оказания содействия странам в применении имеющихся знаний на практике.

Например, при проведении научных исследований и разработок нередко слишком много внимания уделяется проведению самих научных исследований в ущерб разработке новых подходов. Необходима европейская стратегия по распространению знаний и разработке подходов к оказанию психиатрической помощи, основанных на фактических данных. Такая стратегия должна предусматривать увеличение инвестиций для расширения возможностей получения знаний в качестве центрального компонента развития. Службы охраны психического здоровья должны стать центрами обучения, открытыми для новых идей и новых путей предоставления помощи и поддержки. Европейский регион характеризуется большим разнообразием, что позволяет расширять знания на основе изучения различных подходов и моделей к оказанию помощи.

Межсекторальная политика и практическая деятельность

Декларация и План действий поддерживаются министерствами здравоохранения, однако для изменения ситуации необходима поддержка также со стороны других министерств и ведомств. Министерство финансов и ведомства, занимающиеся вопросами жилищного строительства, образования, социального обеспечения и занятости должны быть вовлечены в эту деятельность и оказывать ей поддержку наряду с министерствами здравоохранения. Иногда они могут иметь еще более важное значение для осуществления необходимых преобразований.

Министерства здравоохранения играют ведущую роль в этом процессе, оказывая влияние на деятельность других министерств и обеспечивая более полное понимание ими важного значения Декларации и Плана действий. Это потребует активной борьбы против разобщенности, от которой страдают все органы государственного управления и другие крупные организации. В совместной деятельности должны принимать участие также добровольные организации и частный сектор.

Обеспечение устойчивости результатов

Приняв Декларацию и План действий, страны обязались сохранять свою приверженность деятельности в этой области и после завершения Конференции. Разработка стратегий и создание служб, способствующих укреплению психического здоровья, профилактике и предоставлению лечебной и восстановительной помощи требует длительных усилий и не может быть достигнуто в одночасье. Хотя министры и члены правительства в разных странах будут меняться, для достижения целей Декларации и Плана действий необходимо сохранение политической поддержки.

Реализация

Реализация является конечной и самой важной задачей. Она охватывает все перечисленные выше аспекты. Для реализации Декларации и Плана действий страны должны трансформировать их в достижимые стратегические задачи в рамках соответствующих систем, существующих в стране, предусмотрев с самого начала возможности мониторинга и оценки, что позволит следить за ходом работ или выявлять факторы, мешающие этому. В число первых важных задач для стран будет входить разработка процесса реализации с учетом конкретных обстоятельств и имеющихся ресурсов.

Важнейшими задачами являются принятие масштабных, но реально достижимых целей, а также обеспечение надлежащего руководства, наличие квалифицированных и управленческих кадров и создание условий для того, чтобы все участники этого процесса смогли выполнить свою роль. Отрадным является тот факт, что несколько стран уже предложили свою помощь в решении таких практических вопросов для того, чтобы страны, не располагающие соответствующей структурой, могли получать поддержку, в которой они нуждаются.

Заключение

Указанные выше основные вопросы являются важнейшими темами, обсуждавшимися на Конференции. Не следует предаваться благодушию. Настало время переходить от слов к делу, и Декларация и План действий предоставляют возможность для таких действий, которые будут осуществляться согласованными темпами и будут реально осуществимыми для каждой страны.

3. Европейская декларация по охране психического здоровья

Преамбула

1. Мы, министры здравоохранения государств - членов Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в присутствии европейского комиссара по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей, вместе с директором Европейского регионального бюро ВОЗ, встретившиеся на конференции ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья, состоявшейся в Хельсинки 12–15 января 2005 г., признаем, что психическое здоровье и психическое благополучие – это важнейшие предпосылки для хорошего качества жизни и продуктивной деятельности отдельных лиц, семей, местных сообществ и народов в целом, так как они позволяют людям воспринимать свою жизнь как полноценную и значимую и являться активными и созидательными членами общества. Мы полагаем, что важнейшая цель усилий по охране психического здоровья заключается в обеспечении более высокого уровня благополучия и повседневного функционирования людей, уделяя при этом основное внимание их сильным сторонам и имеющимся ресурсам, повышению их устойчивости к внешним негативным воздействиям и усилению защитных внешних факторов.
2. Мы признаем, что укрепление психического здоровья, профилактика психических нарушений, лечение и реабилитация лиц с проблемами психического здоровья и уход за ними являются приоритетными задачами для ВОЗ и ее государств-членов, Европейского союза (ЕС) и Совета Европы, что нашло свое отражение в резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета ВОЗ, Европейского регионального комитета ВОЗ и Совета Европейского Союза. Эти резолюции призывают государства-члены, ВОЗ, ЕС и Совет Европы принять меры для уменьшения бремени проблем, связанных с психическим здоровьем, и повышения уровня психического благополучия.
3. Мы напоминаем о нашей приверженности резолюции EUR/RC51/R5 в отношении Афинской декларации по психическому здоровью и антропогенным катастрофам, стигматизации и обслуживанию населения и резолюции EUR/RC53/R4, принятой Европейским региональным комитетом ВОЗ в сентябре 2003 г., в которых высказывается обеспокоенность по поводу того, что в Европейском регионе не уменьшается бремя болезней, связанных с психическими расстройствами, и того, что, несмотря на наличие эффективных

методов и подходов, многие люди с психическими проблемами не получают того лечения и помощи, в которых они нуждаются. В частности, Региональный комитет предложил Региональному директору:

- уделять вопросам охраны психического здоровья первоочередное внимание при организации и осуществлении мероприятий по обновлению политики достижения здоровья для всех;
 - организовать в Хельсинки в январе 2005 г. Европейскую конференцию на уровне министров по охране психического здоровья.
4. Мы напоминаем о ряде резолюций в поддержку программы действий по охране психического здоровья. В частности, резолюция EB109.R8, принятая Исполнительным комитетом ВОЗ в январе 2002 г. и поддержанная в мае 2002 г. резолюцией WHA55.10 Всемирной ассамблеи здравоохранения, призывает государства - члены ВОЗ:
- принять рекомендации, содержащиеся в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.”;
 - установить политику, программы и законодательство в области психического здоровья, основанные на современных знаниях и уважении прав человека, в консультации со всеми партнерами по охране психического здоровья;
 - увеличить объем инвестиций в охрану психического здоровья как на уровне отдельных стран, так и в рамках двустороннего и многостороннего сотрудничества в качестве неотъемлемого компонента обеспечения благополучия населения.
5. В резолюциях Совета Европейского Союза, рекомендациях Совета Европы и резолюциях ВОЗ начиная с 1975 г. признается важное значение деятельности, направленной на укрепление психического здоровья, а также наличие непосредственной взаимосвязи между проблемами психического здоровья, с одной стороны, и социальной маргинализацией, безработицей, бездомностью и расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, с другой. Мы признаем важное значение положений Конвенции о защите прав человека и основных свобод, Конвенции о правах ребенка, Европейской конвенции по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания и Европейской социальной хартии, а также приверженности Совета Европы к обеспечению охраны и укреплению психического здоровья, что нашло свое отражение в Декларации Конференции на уровне министров по проблемам психического здоровья в будущем (Стокгольм, 1985 г.) и в других принятых им рекомендациях в этой области, в частности, в Рекомендации R(90)22 о защите психического здоровья некоторых социально уязвимых групп населения и Рекомендации Rec(2004)10 о защите прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами.

Сфера применения

6. Мы отмечаем, что многие аспекты политики и деятельности служб охраны психического здоровья подвергаются сейчас существенным изменениям в рамках всего Европейского региона. Целью политики и работы служб является обеспечение социальной интеграции и соблюдения принципа справедливости на основе всестороннего и взвешенного анализа существующих потребностей и

положительных результатов деятельности различных служб охраны психического здоровья, предназначенных для всего населения в целом, отдельных групп повышенного риска и лиц с психическими проблемами. В настоящее время услуги по охране психического здоровья предоставляются уже не только в крупных учреждениях закрытого типа, но также различными службами на уровне общины. Мы считаем это правильным и необходимым направлением деятельности. Мы с удовлетворением отмечаем тот факт, что в настоящее время политика и практическая деятельность в области охраны психического здоровья охватывают следующие аспекты:

- i. укрепление психического благополучия;
- ii. борьба со стигматизацией, дискриминацией и социальной изоляцией;
- iii. профилактика проблем психического здоровья;
- iv. оказание помощи людям с проблемами психического здоровья, используя для этой цели эффективные услуги и вмешательства комплексного характера, обеспечивая для потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход¹, возможности для индивидуального выбора и участия в процессе оказания помощи;
- v. восстановление здоровья и интеграция в общество лиц, переживших серьезные психические проблемы.

Первоочередные задачи

7. В нашей работе следует основываться на возможностях, созданных благодаря процессу реформирования и модернизации в Европейском регионе ВОЗ, совместно использовать накопленный опыт и учитывать специфические особенности отдельных стран. Мы считаем, что наиболее приоритетными задачами на следующее десятилетие будут следующие:
 - i. способствовать более широкому осознанию важного значения психического благополучия;
 - ii. осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе;
 - iii. разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья;
 - iv. обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях;
 - v. признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб.

Действия

8. Мы поддерживаем заявление о том, что психическое здоровье является неотъемлемой частью общего здоровья человека. Мы также полагаем, что

¹ В настоящем документе термин «лица, осуществляющие уход» используется в отношении членов семьи, друзей и других неофициальных лиц.

психическое здоровье – одна из важнейших составляющих людского, социального и экономического капитала наций и что поэтому охрану психического здоровья следует рассматривать как неотъемлемый и необходимый компонент социальной политики в других областях, таких как защита прав человека, социальное обеспечение, образование и обеспечение трудовой занятости. Поэтому мы, министры, ответственные за вопросы здравоохранения, обязуемся признать необходимость принятия научно обоснованных комплексных стратегий охраны психического здоровья и рассмотреть пути и способы разработки, осуществления и дальнейшего развития таких стратегий в наших странах с учетом существующих в них конституционных структур и обязанностей. Эти стратегии, целью которых является обеспечение психического благополучия и социальной интеграции лиц с проблемами психического здоровья, требуют осуществления действий в следующих областях:

- i. укрепление психического благополучия населения в целом с помощью мер, направленных на повышение уровня знаний о психическом здоровье и способствующих позитивным изменениям на уровне отдельных лиц и семей, местных сообществ и гражданского общества, учебных заведений и трудовых коллективов, правительств и государственных учреждений;
- ii. изучение потенциального воздействия всех направлений социальной политики на психическое здоровье людей, уделяя особое внимание уязвимым группам населения, обеспечивая при этом понимание того, что психическое здоровье играет важнейшую роль в создании здорового, сплоченного и продуктивного общества;
- iii. борьба со стигматизацией и дискриминацией, обеспечение защиты прав человека и человеческого достоинства и внедрение необходимого законодательства для того, чтобы люди, подвергающиеся риску, или лица с психическими проблемами и инвалидностью имели возможности для полноценного и равноправного участия в жизни общества;
- iv. оказание целенаправленной поддержки и принятие мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, подвергающихся риску, особенно в таких областях, как выполнение родительских функций, воспитание и обучение детей и молодежи и оказание медико-социальной помощи лицам преклонного возраста;
- v. разработка и осуществление мер, направленных на сокращение предотвратимых причин развития психических проблем, сопутствующих заболеваний и самоубийств;
- vi. расширение потенциала и возможностей врачей общей практики и первичных звеньев здравоохранения, работающих во взаимодействии со специализированными медицинскими и немедицинскими учреждениями для обеспечения эффективного доступа и оказания лечебно-диагностической помощи лицам с проблемами психического здоровья;
- vii. предоставление возможности получения лицами с тяжелыми психическими проблемами эффективного комплексного лечения и ухода в различных условиях в такой форме, которая обеспечивает уважительное отношение к их личным предпочтениям и защиту от жестокого и пренебрежительного обращения;
- viii. развитие партнерских отношений, координации и лидерства между всеми регионами, странами, секторами и учреждениями, оказывающими влияние

- на психическое здоровье и социальную интеграцию отдельных лиц, семей, групп людей и местных сообществ;
- ix. разработка программ набора кадров, их обучения и повышения квалификации с тем, чтобы обеспечить службы достаточным количеством квалифицированного персонала различного профиля;
 - x. проведение оценок состояния психического здоровья и потребностей населения в целом, определенных групп и отдельных лиц таким образом, чтобы это позволяло сравнивать полученные данные на национальном и международном уровнях;
 - xi. предоставление на справедливой основе финансовых ресурсов в объемах, достаточных для достижения этих целей;
 - xii. инициирование научных исследований и оказание поддержки в проведении оценки и расширении масштабов вышеуказанных действий.
9. Мы признаем важное значение и настоятельную необходимость выявления стоящих перед нами проблем и нахождения научно обоснованных путей их решения. Поэтому мы одобряем Европейский план действий по охране психического здоровья и поддерживаем его осуществление в рамках всего Европейского региона ВОЗ с учетом того, что каждая страна будет адаптировать различные его элементы, исходя из своих конкретных потребностей и ресурсов. Мы также обязуемся демонстрировать солидарность в рамках Региона и обмениваться знаниями, примерами наилучшей практики и передовым опытом.

Обязательства

10. Мы, министры здравоохранения государств - членов Европейского региона ВОЗ, обязуемся поддерживать, с учетом существующих в каждой стране конституционных структур, принципов, общенациональных и региональных потребностей, состояния дел и имеющихся ресурсов, осуществление мер, направленных на:
- i. обеспечение выполнения политики и соблюдения законодательства по охране психического здоровья, устанавливающего стандарты деятельности в этой области и способствующего защите прав человека;
 - ii. координацию в рамках государственного аппарата обязанностей по разработке, распространению и выполнению стратегий и законодательства в области охраны психического здоровья;
 - iii. оценку воздействия осуществляемых правительством действий на психическое здоровье населения;
 - iv. устранение стигматизации и дискриминации и усиление социальной интеграции путем повышения уровня информированности населения и расширения прав и возможностей лиц, подвергающихся риску;
 - v. предоставление лицам с проблемами психического здоровья возможности выбора и вовлечения в процесс собственного лечения, проводимого с учетом их потребностей и культуры;
 - vi. пересмотр и, если необходимо, принятие законодательства, обеспечивающего равенство возможностей и отсутствие дискриминации;

- vii. содействие укреплению психического здоровья в образовательных учреждениях, на рабочих местах, в местных сообществах и других соответствующих условиях и местах путем усиления сотрудничества между организациями и ведомствами, отвечающими за вопросы здравоохранения, и другими секторами;
 - viii. предупреждение факторов риска, там где они имеют место, например, поддерживая создание производственных условий, способствующих укреплению психического здоровья, а также развивая стимулы для оказания поддержки на работе или для как можно более раннего возвращения на работу лиц после успешного преодоления ими проблем психического здоровья;
 - ix. предупреждение самоубийств и устранение причин вредных стрессовых факторов, насилия, депрессий, тревожных состояний и расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ;
 - x. признание и усиление центральной роли первичной медико-санитарной помощи и врачей общей практики и расширение их возможностей в плане взятия на себя ответственности за охрану психического здоровья людей;
 - xi. развитие служб охраны психического здоровья по месту жительства, с тем чтобы заменить ими помощь в стационарных учреждениях для лиц с выраженными психическими проблемами;
 - xii. обеспечение выполнения мер, направленных на прекращение использования негуманных и унижающих достоинство методов лечения;
 - xiii. усиление партнерского сотрудничества между учреждениями, отвечающими за предоставление медико-социальной помощи и поддержки в таких областях, как здравоохранение, социальное обеспечение, жилье, образование и трудоустройство;
 - xiv. включение вопросов охраны психического здоровья в учебные программы для всех работников здравоохранения и разработка программ непрерывного профессионального обучения и подготовки персонала служб охраны психического здоровья;
 - xv. содействие развитию у работников служб охраны психического здоровья специальных навыков и знаний, необходимых для удовлетворения особых потребностей таких групп населения, как дети, молодежь, лица преклонного возраста и лица с хроническими и серьезными психическими проблемами;
 - xvi. предоставление достаточных объемов ресурсов для охраны психического здоровья, принимая во внимание бремя болезней, а также обеспечение того, чтобы инвестиции в охрану психического здоровья стали легко идентифицируемой частью общих расходов на нужды здравоохранения в целях достижения их паритета с инвестициями в другие сферы здравоохранения;
 - xvii. развитие системы наблюдения за показателями психического благополучия и проблемами в области психического здоровья, включая факторы риска и обращаемость за помощью, а также мониторинг процесса ее внедрения;
 - xviii. проведение научных исследований в тех случаях, когда круг имеющихся знаний или технологий представляется недостаточным, и распространение полученных результатов.
11. Мы будем поддерживать неправительственные организации, активно работающие в области охраны психического здоровья, и будем стимулировать создание неправительственных организаций и организаций потребителей услуг.

Мы особенно приветствуем организации, ведущие активную деятельность в следующих областях:

- i. создание организаций потребителей услуг, развивающих собственные виды деятельности, включая создание и функционирование групп самопомощи и обучение навыкам, способствующим восстановлению здоровья;
 - ii. расширение прав и возможностей уязвимых и маргинальных групп населения и отстаивание их интересов;
 - iii. предоставление услуг на уровне общины с участием лиц, пользующихся такими услугами;
 - iv. выработка у членов семей и лиц, осуществляющих уход, практических навыков оказания помощи и психологической адаптации, а также обеспечение их активного участия в программах помощи;
 - v. создание систем, нацеленных на улучшение способностей людей эффективно выполнять родительские функции и на повышение уровня образованности и терпимости людей, а также на борьбу с такими проблемами, как расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, насилие и преступность;
 - vi. развитие местных служб, ориентированных на удовлетворение потребностей маргинальных групп населения;
 - vii. организация работы телефонных линий помощи и консультирование по сети Интернет для лиц, находящихся в кризисных ситуациях, страдающих от насилия или подвергающихся риску совершения самоубийства;
 - viii. обеспечение возможностей трудоустройства для лиц с инвалидностью.
12. Мы призываем Европейскую комиссию и Совет Европы оказывать поддержку выполнению этой Европейской декларации по охране психического здоровья в рамках своего круга ведения.
13. Мы предлагаем директору Европейского регионального бюро ВОЗ предпринять действия в следующих областях:
- (a) Партнерства
 - i. содействие развитию сотрудничества в данной области с межправительственными организациями, включая Европейскую Комиссию и Совет Европы;
 - (b) Медико-санитарная информация
 - i. оказание поддержки государствам-членам в развитии системы эпиднадзора за состоянием психического здоровья населения;
 - ii. подготовка сопоставимых данных о состоянии дел и успехах в области психического здоровья и работы служб охраны психического здоровья в государствах-членах;
 - (c) Научные исследования
 - i. создание сети сотрудничающих центров по вопросам охраны психического здоровья, обеспечивающей возможности для развития международного партнерского сотрудничества, проведения высококачественных исследований и обмена научными работниками;
 - ii. сбор и распространение наилучших имеющихся примеров передовой практики, учитывая при этом этические аспекты работы в области охраны психического здоровья.

- (d) Разработка политики и развитие служб
 - i. оказание поддержки правительствам стран путем предоставления экспертных данных в пользу реформирования системы охраны психического здоровья с помощью эффективных стратегий охраны психического здоровья, охватывающих вопросы законодательства, разработки схем предоставления услуг, укрепления психического здоровья и профилактики психических проблем;
 - ii. оказание содействия в разработке и внедрении программ повышения квалификации преподавателей;
 - iii. инициирование механизмов обмена специалистами для внедрения передового опыта;
 - iv. оказание содействия в разработке политики в области научных исследований и в формулировании соответствующих вопросов;
 - v. оказание содействия сторонникам и инициаторам изменений посредством создания сети, объединяющей национальных лидеров в области реформирования и ключевых должностных лиц.
 - (e) Отстаивание интересов и пропагандистская деятельность
 - i. информационная и мониторинговая поддержка стратегий и мероприятий, обеспечивающих соблюдение прав человека применительно к людям с психическими проблемами, их интеграцию в жизнь общества, а также уменьшение стигматизации и дискриминации по отношению к ним;
 - ii. расширение прав и возможностей пользователей, лиц, осуществляющих за ними уход, и неправительственных организаций посредством предоставления им соответствующей информации и координация деятельности на международном уровне;
 - iii. оказание поддержки государствам-членам в создании базы данных, способствующей расширению прав и возможностей пользователей служб охраны психического здоровья;
 - iv. оказание содействия в осуществлении международного обмена опытом, накопленным ключевыми региональными и местными неправительственными организациями;
 - v. предоставление средствам массовой информации, неправительственным организациям и другим заинтересованным группам и отдельным лицам объективной и конструктивной информации.
14. Мы просим Европейское региональное бюро ВОЗ предпринять необходимые шаги для обеспечения полной поддержки усилий по разработке и осуществлению политики охраны психического здоровья, а также того, чтобы мероприятиям и программам, направленным на выполнение требований данной Декларации, уделялось надлежащее внимание и чтобы для них выделялись адекватные ресурсы.
15. Мы обязуемся отчитаться перед ВОЗ о ходе выполнения настоящей Декларации в наших странах на межправительственном совещании, которое должно состояться до 2010 г.



Министр здравоохранения и социального обеспечения Финляндии



Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

4. Европейский план действий по охране психического здоровья

Настоящий План действий одобрен в рамках Европейской декларации по охране психического здоровья, принятой министрами здравоохранения государств - членов Европейского региона ВОЗ, которые поддерживают его реализацию каждой страной с учетом ее конкретных потребностей и ресурсов.

В течение ближайших 5–10 лет необходимо разработать, реализовать и оценить эффективность стратегий и законодательных актов, которые позволят осуществить меры в области охраны психического здоровья, способные повысить уровень благополучия всего населения, обеспечить предупреждение и профилактику проблем психического здоровья, а также расширить возможности социальной интеграции и функционирования лиц с психическими проблемами. Наиболее приоритетными задачами на следующее десятилетие являются:

- i. способствовать более широкому осознанию важного значения психического благополучия;
- ii. осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе;
- iii. разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья;
- iv. обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях;
- v. признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход² в качестве основы для планирования и развития таких служб.

В настоящем Плане действий предлагаются пути и способы разработки, осуществления и усиления комплексных стратегий охраны психического здоровья в странах Европейского региона ВОЗ, требующих действий по 12 направлениям, указанным ниже. Эти стратегии найдут свое отражение в собственных стратегиях и планах стран по охране психического здоровья, которые будут определять цели и задачи их деятельности на ближайшие пять и десять лет.

² В настоящем документе термин «лица, осуществляющие уход» используется в отношении членов семьи, друзей и других неофициальных лиц

1. Укрепление психического благополучия всего населения

Задачи

Психическое здоровье и психическое благополучие – это важнейшие составляющие высокого качества жизни, позволяющие людям считать свою жизнь полноценной и значимой и являться активными и созидательными членами общества. Хорошее психическое здоровье является важным фактором, обеспечивающим социальное единство, производительность труда, общественное спокойствие и стабильность среды обитания, что способствует росту социального капитала и экономическому развитию общества. Психическое здоровье общества и образ жизни, обеспечивающие состояние психического благополучия, имеют важнейшее значение для достижения этой цели. Укрепление психического здоровья повышает качество жизни и уровень психического благополучия всего населения, включая людей с психическими проблемами и лиц, осуществляющих за ними уход. Разработка и осуществление эффективных планов укрепления психического здоровья позволит повысить уровень психического благополучия общества в целом.

Предлагаемые действия

- i. Разработать комплексные стратегии укрепления психического здоровья в рамках программ в области охраны психического здоровья, общественного здравоохранения и других направлений социальной политики, обеспечивающие осуществление мер по укреплению психического здоровья на протяжении всей жизни.
- ii. Проводить политику укрепления психического здоровья в качестве объекта долгосрочных инвестиций и разработать соответствующие образовательные и информационные программы, рассчитанные на длительную перспективу.
- iii. Разработать и обеспечить наличие доступа к эффективным программам родительской поддержки и просвещения, начиная с периода беременности.
- iv. Разработать и обеспечить наличие доступа к научно обоснованным программам для детей и молодежи, способствующим развитию навыков и получению информации, в которых основное внимание уделяется таким вопросам, как психическая устойчивость, умение управлять эмоциями и психосоциальное взаимодействие.
- v. Расширить возможности доступа лиц преклонного возраста к здоровому рациону питания и физической активности.
- vi. Содействовать развитию на уровне общины многоуровневых видов деятельности, предусматривающих проведение кампаний информирования общественности и участие в этой работе сотрудников служб первичной медико-санитарной помощи и лиц, работающих с населением, таких как учителя, священнослужители и работники средств массовой информации.
- vii. Обеспечить интеграцию вопросов укрепления психического здоровья в существующие и общие стратегии и программы укрепления здоровья и общественного здравоохранения, как, например, те, которые поддерживаются сетями ВОЗ по укреплению здоровья.
- viii. Поощрять потребление здоровых продуктов питания и снизить уровень потребления вредных продуктов.
- ix. Создавать здоровые рабочие места с помощью таких мер, как занятия физическими упражнениями, изменение режима или характера работы, переход на более благоприятные для здоровья часы работы и здоровые стили управления.

- x. Обеспечить наличие доступа к эффективным мерам укрепления психического здоровья для групп повышенного риска, включая лиц, длительное время страдающих проблемами психического или физического здоровья, и тех, кто осуществляет за ними уход.
- xi. Разработать четкие механизмы расширения прав и возможностей населения в отношении укрепления здоровья и достижения целей предупреждения заболеваемости, например, путем повышения уровня информированности населения о важном значении выбора здорового образа жизни.

2. Обеспечение понимания важнейшей роли психического здоровья

Задачи

Психическое здоровье играет важнейшую роль в создании здорового, сплоченного и продуктивного общества. Эффективные и комплексные социальные стратегии, касающиеся вопросов трудовой деятельности, городского планирования и социально-экономического развития, также оказывают положительное воздействие на психическое здоровье и уменьшают риск развития психических проблем. Таким образом, следует принимать во внимание те последствия, которые любые направления социальной политики оказывают на психическое здоровье людей и, в особенности, их потенциальное воздействие на группы риска. Стратегии в области охраны психического здоровья требуют межсекторального взаимодействия и должны предусматривать действия с участием многих секторов и специалистов различного профиля.

Предлагаемые действия

- i. Сделать вопросы охраны психического здоровья неотъемлемой частью общественного здравоохранения.
- ii. Предусматривать включение вопросов охраны психического здоровья и принятие соответствующих мер в рамках новых и уже существующих национальных стратегий и законодательных актов.
- iii. Включать вопросы охраны психического здоровья в программы, касающиеся гигиены труда и техники безопасности.
- iv. Проводить оценку потенциального воздействия любой новой стратегии на психическое благополучие населения до начала ее реализации и изучать полученные результаты после ее завершения.
- v. Уделять особое внимание относительному влиянию стратегий на людей, уже страдающих психическими проблемами, и лиц, подвергающихся риску их развития.

3. Борьба со стигматизацией и дискриминацией

Задачи

Широкая распространенность случаев стигматизации лиц с психическими проблемами, приводящая к их дискриминации, не должна служить препятствием для разработки и реализации стратегий охраны психического здоровья. Во многих случаях лица с психическими проблемами страдают от отсутствия равных возможностей в результате такой дискриминации. Необходимо обеспечить защиту прав человека в отношении лиц с проблемами психического здоровья и проявлять к ним уважительное отношение. Расширение прав и возможностей является

важнейшим шагом на пути к достижению этих целей, поскольку это способствует более полной интеграции и широкому участию этих людей в жизни общества. Такие проблемы, как недостаточно широкие права и возможности организаций, объединяющих потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, а также слабая информационно-пропагандистская работа, затрудняют разработку и реализацию стратегий и услуг, которые учитывают потребности и пожелания тех, кто в них нуждается. Необходимо всячески бороться с социальной изоляцией лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья как в психиатрических клиниках и учреждениях, так и на уровне общины.

Предлагаемые действия

- i. Активизировать действия направленные на борьбу со стигматизацией и дискриминацией, подчеркивая широкую распространенность проблем психического здоровья, их в целом хороший прогноз и излечимость, а также тот факт, что они редко сопровождаются проявлениями насилия.
- ii. Содействовать внедрению или тщательному анализу законодательства в отношении прав людей с инвалидностью, с тем чтобы оно охватывало вопросы психического здоровья, обеспечивая соблюдение принципов равенства и справедливости.
- iii. Разработать и реализовать национальные, отраслевые и учрежденческие стратегии борьбы со стигматизацией и дискриминацией при трудоустройстве лиц с проблемами психического здоровья.
- iv. Стимулировать участие населения в местных программах охраны психического здоровья за счет поддержания соответствующих инициатив неправительственных организаций.
- v. Разработать согласованную программу политических и законодательных мер для борьбы со стигматизацией и дискриминацией с учетом международных и региональных норм в отношении прав человека.
- vi. Установить конструктивный диалог со средствами массовой информации и предоставлять им информацию на систематической основе.
- vii. Установить нормативы представительства потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в комитетах и группах, занимающихся вопросами планирования, предоставления услуг, анализа и проверки деятельности служб охраны психического здоровья.
- viii. Способствовать созданию и развитию местных и национальных неправительственных организаций и организаций, управляемых самими потребителями услуг, которые представляют людей с психическими проблемами, лиц, осуществляющих за ними уход, и местные сообщества, в которых они проживают.
- ix. Содействовать социальной интеграции детей и молодых людей с проблемами психического здоровья и инвалидностью в рамках существующей системы образования и профессиональной подготовки.
- x. Обеспечить возможности профессионального обучения лиц, страдающих психическими проблемами, и способствовать адаптации рабочих мест и форм труда с учетом их конкретных потребностей в целях обеспечения возможности их трудоустройства на конкурентной основе.

4. Поддержка мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, связанным с повышенным риском

Задачи

Дети, молодежь и лица преклонного возраста подвергаются повышенному риску воздействия социальных, психологических, биологических и средовых факторов. Принимая во внимание их повышенную уязвимость и потребности, молодым людям и лицам преклонного возраста следует уделять первоочередное внимание в рамках мероприятий по укреплению психического здоровья, а также по предупреждению и лечению психических проблем. В то же время, многие страны располагают недостаточным потенциалом в данной области, а соответствующие службы и персонал нередко плохо подготовлены к решению проблем, связанных с развитием человека и возрастными особенностями. В частности, в развитии психических расстройств у взрослых людей важную роль играют нарушения психического здоровья в детском возрасте. Охрана психического здоровья детей и подростков должна рассматриваться в качестве стратегической инвестиции, обеспечивающей получение в долгосрочной перспективе многопланового положительного эффекта отдельными лицами, обществом в целом и системой здравоохранения.

Предлагаемые действия

- i. Обеспечить включение в стратегии по охране психического здоровья в качестве приоритетных задач вопросов охраны психического здоровья и благополучия детей, подростков и лиц преклонного возраста.
- ii. Предусмотреть включение в законодательство в области психического здоровья вопросов соблюдения международных прав детей, подростков и лиц преклонного возраста.
- iii. Обеспечить как можно более широкое участие молодежи и лиц преклонного возраста в процессе принятия решений.
- iv. Уделять особое внимание маргинальным группам населения, включая детей и лиц преклонного возраста из семей мигрантов.
- v. Создать службы охраны психического здоровья, адаптированные к потребностям молодежи и лиц преклонного возраста, работающие в тесном сотрудничестве с семьями, школами, центрами дневного ухода, соседями, дальними родственниками и друзьями.
- vi. Содействовать развитию центров помощи лицам преклонного возраста на уровне общины в целях усиления социальной поддержки и расширения доступа к программам помощи.
- vii. Обеспечить предоставление услуг в области охраны психического здоровья с учетом возрастных и гендерных особенностей службами первичной медико-санитарной помощи и специализированными учреждениями, функционирующими в рамках единой сети.
- viii. Ограничить использование специальных учреждений закрытого типа и аналогичных подходов, усиливающих риск социальной изоляции и отсутствия внимания со стороны общества, для оказания помощи детям и подросткам, а также лицам преклонного возраста.
- ix. Повысить качество работы специализированных служб охраны психического здоровья путем развития или усиления их потенциала в области применения специализированных мер вмешательства для охраны психического здоровья детей, подростков и лиц преклонного возраста и

оказания им помощи, а также путем обучения и найма на работу адекватного числа специалистов.

- x. Улучшить координацию деятельности организаций, участвующих в программах борьбы с алкоголизмом и наркоманией, а также укрепления здоровья и охраны психического здоровья детей и подростков на национальном и международном уровне, а также развивать сотрудничество в рамках соответствующих сетей таких учреждений.
- xi. Обеспечить справедливое распределение финансовых средств между сопоставимыми службами здравоохранения.

5. Предупреждение проблем психического здоровья и самоубийств

Задачи

Люди во многих странах подвергаются пагубному воздействию стрессовых факторов, обусловленных изменениями в жизни общества, оказывающих неблагоприятное влияние на обеспечение социального единства, безопасности и возможностей трудоустройства и приводящих к росту числа случаев тревожно-депрессивных состояний, расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, насилия и суицидального поведения. Существует множество социальных факторов, способствующих развитию психических проблем – от причин душевных страданий личного характера до вопросов, затрагивающих всю местную общину или общество в целом. Эти причины могут возникать или усиливаться в различных ситуациях и местах, включая дом, учебные заведения, места работы и различные учреждения. Особому риску подвергаются маргинальные группы населения, такие как беженцы, мигранты, безработные, заключенные или лица, выходящие на свободу, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, а также лица с инвалидностью вследствие физических и сенсорных нарушений, и люди, уже страдающие психическими проблемами.

Предлагаемые действия

- i. Повысить уровень информированности общественности о распространенности, симптомах и возможностях излечения вредных для здоровья стрессовых и тревожно-депрессивных состояний, а также шизофрении.
- ii. Осуществлять программы предупреждения депрессий, тревожных состояний, вредных для здоровья стрессов, самоубийств и других факторов риска, ориентированные на группы повышенного риска и разработанные с учетом их конкретных потребностей, а также особенностей их социально-культурной среды.
- iii. Способствовать созданию групп самопомощи, телефонных линий помощи и веб-сайтов, помогающих снизить уровень самоубийств и направленных прежде всего на группы высокого риска.
- iv. Разработать стратегии, способствующие ограничению доступности средств совершения самоубийств.
- v. Обеспечить регулярное проведение оценки состояния психического здоровья недавно родивших женщин силами врачей-акушеров и патронажных медицинских работников и осуществление, при необходимости, мер вмешательства.

- vi. Проводить просветительную работу на дому в семьях повышенного риска для целенаправленного содействия развитию родительских навыков, здоровых форм поведения и взаимодействия между родителями и детьми.
- vii. Разработать в партнерстве с другими министерствами научно обоснованные образовательные программы для молодежи в школах и высших учебных заведениях, касающиеся таких проблем, как самоубийства, депрессия, расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, а также привлекать к участию в проведении таких кампаний молодых людей и лиц, являющихся образцом для подражания среди молодежи.
- viii. поддерживать реализацию программ общественного развития в районах повышенного риска и расширять права и возможности неправительственных организаций, особенно представляющих интересы маргинальных групп населения.
- ix. Обеспечить адекватную профессиональную поддержку и предоставление услуг людям, находящимся в серьезных кризисных ситуациях и подвергающимся насилию, включая войны, стихийные бедствия и террористические акты, в целях предупреждения развития посттравматических стрессовых расстройств.
- x. Обеспечить более полное понимание сотрудниками служб здравоохранения и других секторов своего отношения к проблеме самоубийств и психических заболеваний и связанных с ними предрассудков и предубеждений.
- xi. Осуществлять мониторинг состояния психического здоровья, связанного с трудовой деятельностью, путем разработки соответствующих показателей и средств контроля.
- xii. Разработать меры охраны и укрепления психического здоровья на рабочих местах путем оценки рисков и управления стрессовыми и психосоциальными факторами, повышения квалификации персонала и уровня информированности населения.
- xiii. Привлекать к разработке и реализации программ предупреждения самоубийств ведущие ведомства и организации, отвечающие за вопросы трудоустройства, образования и жилищные вопросы.

6. Обеспечение доступа лиц с проблемами психического здоровья к высококачественной первичной медико-санитарной помощи

Задачи

Во многих областях Европейского региона врачи общей практики и другие сотрудники служб первичной медико-санитарной помощи являются первым и основным источником оказания помощи при наиболее распространенных проблемах психического здоровья. В то же время многие психические проблемы остаются невыявленными среди лиц, обращающихся к врачам общей практики или в службы первичной медико-санитарной помощи, а в случае их выявления методы лечения не всегда бывают адекватными. Многие лица с психическими проблемами, особенно в уязвимых или маргинальных группах, испытывают трудности с доступом к медицинским службам или с поддержанием с ними постоянного контакта. Врачи общей практики и службы первичной медико-санитарной помощи должны располагать возможностями и соответствующими знаниями и опытом для

выявления и лечения лиц с психическими проблемами на уровне общины при поддержке, в случае необходимости, со стороны специализированных служб здравоохранения, функционирующих в рамках единой сети.

Предлагаемые действия

- i. Обеспечить беспрепятственный доступ всего населения к службам охраны психического здоровья в рамках учреждений первичной медико-санитарной помощи.
- ii. Создавать службы первичной медико-санитарной помощи, способные обеспечить выявление и лечение психических проблем, включая депрессию, тревожные состояния, стрессогенные расстройства, токсикоманию и психотические нарушения, путем увеличения, при необходимости, численности первичного медицинского персонала и повышения его квалификации.
- iii. Обеспечить доступ к психотропным препаратам и простым психотерапевтическим процедурам на уровне первичной медико-санитарной помощи при наиболее распространенных, а также тяжелых психических расстройствах, в особенности в отношении лиц с длительными и стабильными психическими расстройствами, проживающих в данной общине.
- iv. Побуждать сотрудников служб первичной медико-санитарной помощи к осуществлению мер укрепления психического здоровья и предупреждения его нарушений, в особенности путем целенаправленного воздействия на факторы, способствующие развитию или сохранению нарушений здоровья.
- v. Разработать и реализовать протоколы лечения и направления в специализированные учреждения службами первичной медико-санитарной помощи, устанавливая принципы надлежащей практики и четко определяя распределение обязанностей в рамках единой сети служб первичной медико-санитарной помощи и специализированной психиатрической помощи.
- vi. Создавать центры передового опыта и способствовать развитию в каждом регионе сетей консультационной помощи для работников здравоохранения, пользователей служб охраны психического здоровья, лиц, осуществляющих за ними уход, и средств массовой информации.
- vii. Обеспечить предоставление психиатрических услуг в рамках других служб первичной медико-санитарной помощи, а также их оказание в общедоступных учреждениях, таких как общественные центры и больницы общего профиля.

7. Обеспечение возможности получения эффективной медико-социальной помощи лицами с тяжелыми психическими проблемами по месту жительства

Задачи

Во всех частях Региона достигнуты определенные успехи в деле реформирования системы охраны психического здоровья. Необходимо признать и поддерживать право людей на получение наиболее эффективных видов лечения и вмешательств, одновременно принимая все меры для минимизации возможного риска и учитывая их личные потребности и желания, культурные и религиозные установки, половую принадлежность, а также надежды и ожидания. Фактические данные и опыт,

накопленные во многих странах, свидетельствуют о целесообразности развития сети комплексных служб психического здоровья, включая стационарную помощь на уровне общины. В двадцать первом столетии не должно быть места для негуманных и унижающих человеческое достоинство методов лечения и ухода в крупных учреждениях закрытого типа. Расширяется число стран, где многие психиатрические больницы закрываются и создаются эффективные службы охраны психического здоровья по месту жительства. Особое внимание следует уделять эмоциональным, экономическим и образовательным потребностям семей и друзей, которые часто несут ответственность за оказание интенсивной помощи и поддержки больным и которые сами зачастую нуждаются в поддержке.

Предлагаемые действия

- i. Расширить права и возможности пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в отношении получения доступа к психиатрическим услугам и общей медицинской помощи, а также взятия на себя ответственности за предоставляемую им помощь, действуя при этом в партнерстве с лицами, предоставляющими такую помощь.
- ii. Планировать и внедрять на уровне местных сообществ специализированные службы, укомплектованные многопрофильными бригадами медработников и работающие круглосуточно семь дней в неделю, для оказания помощи лицам с серьезными проблемами, такими как шизофрения, биполярное расстройство, тяжелая депрессия или слабоумие.
- iii. Создать кризисные службы, оказывающие помощь людям по месту жительства и работы и позволяющие в максимально возможной степени предотвращать ухудшение состояния здоровья и госпитализацию пациентов, за исключением случаев, когда для этого имеются очень серьезные основания или если они представляют опасность для самих себя или других людей.
- iv. Оказывать по месту жительства комплексную и эффективную лечебную помощь (включая психотерапию и медикаментозное лечение) с наименьшими побочными эффектами, особенно когда речь идет о молодых людях с впервые развившейся проблемой психического здоровья.
- v. Гарантировать доступ к необходимым лекарственным средствам для лиц с психическими проблемами, стоимость которых должна быть приемлема для системы здравоохранения и пациентов, что будет способствовать установлению практики надлежащего назначения лекарственных средств и их применения.
- vi. Развивать такие реабилитационные службы, которые ориентированы на максимально эффективное содействие интеграции людей в общество и в которых тщательно учитываются последствия нетрудоспособности, связанной с психическими проблемами.
- vii. Предоставлять возможность получения психиатрических услуг лицам, нуждающимся в такой помощи и находящимся вне специализированных учреждений, например в больницах общего профиля или местах лишения свободы.
- viii. Предоставлять лицам, осуществляющим уход, и семьям возможность оценки их эмоциональных и экономических потребностей, а также участия в программах помощи.

- ix. Разработать программы для выработки у членов семей и лиц, осуществляющих уход, практических навыков оказания помощи и психологической адаптации.
- x. Проводить анализ того, учитываются ли экономические затраты, связанные с оказанием ухода, в программах социального обеспечения.
- xi. Планировать и финансировать типовые программы, которые могут быть распространены в широких масштабах.
- xii. Выявлять и поддерживать лидеров, пользующихся уважением среди своих коллег, которые могли бы возглавить процесс внедрения инноваций.
- xiii. Разработать руководства и рекомендации по надлежащей практике и осуществлять мониторинг их выполнения.
- xiv. Предоставить лицам, подлежащим принудительному лечению, юридические права на независимое отстаивание своих интересов.
- xv. Внедрять или усиливать законодательство или положения, обеспечивающие защиту норм медицинской помощи, в частности, предусматривающие отказ от использования негуманных и унижающих достоинство процедур и вмешательств.
- xvi. Создать инспекционные службы для более активного внедрения надлежащей практики и борьбы со случаями жестокого и пренебрежительного обращения с пациентами в системе охраны психического здоровья.

8. Развитие партнерского сотрудничества различных отраслей и секторов

Задачи

Услуги по удовлетворению основных потребностей человека немедицинского характера, которые в прошлом в соответствии с установленной практикой оказывались лицам, находящимся в крупных учреждениях закрытого типа, или которые не рассматривались как имеющие существенное значение для жизни людей с психическими проблемами, в настоящее время часто предоставляются множеством различных ведомств. Недостаточно развитые партнерские связи и отсутствие координации действий различных служб, управляемых или финансируемых различными ведомствами, приводят к низкому уровню медико-социальной помощи, дополнительным страданиям людей и снижению эффективности. Распределение ответственности между различными органами и учреждениями за предоставление такого широкого комплекса услуг требует координации и управления на всех уровнях, включая правительственный. Потребители услуг и лица, осуществляющие за ними уход, нуждаются в поддержке для обеспечения доступа и получения помощи по вопросам, касающимся, например, тех или иных льгот, жилищных условий, питания, трудоустройства и лечения соматических патологий, включая токсикоманию.

Предлагаемые действия

- i. Организовать комплексные лечебно-профилактические службы, направленные на удовлетворение потребностей пользователей и работающие в тесном сотрудничестве с ними.
- ii. Создавать сети сотрудничающих учреждений по предоставлению услуг в различных областях, имеющих важное значение для качества жизни пользователей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, таких как

- социальное обеспечение, трудоустройство, образование, правосудие, транспорт и здравоохранение.
- iii. Возложить на персонал служб психического здоровья ответственность за выявление и удовлетворение потребностей обслуживаемого населения в отношении повседневной деятельности посредством принятия прямых мер или путем координации услуг, предоставляемых другими службами.
 - iv. Организовать обучение персонала других родственных служб по вопросам, относящимся к специфическим потребностям и правам людей с психическими проблемами, а также людей, подвергающихся риску развития таких проблем.
 - v. Выявлять и устранять финансовые и бюрократические препятствия, мешающие развитию сотрудничества, в том числе на правительственном уровне.

9. Обеспечение достаточного количества квалифицированного персонала

Задачи

Реформирование системы охраны психического здоровья требует выполнения персоналом новых функций и обязанностей, что, в свою очередь, требует формирования новых ценностей, отношений, знаний и навыков. Формы работы сотрудников многих служб психического здоровья и других отраслей (например, учителей, работников, ответственных за выдачу социальных пособий, священнослужителей и добровольцев) должны быть адаптированы к современным требованиям, для того чтобы они могли оказывать более результативную и эффективную помощь. Новые программы подготовки должны позволять удовлетворять потребности в развитии навыков и знаний, необходимых для выполнения всех возлагаемых функций и задач.

Предлагаемые действия

- i. Обеспечить признание необходимости в новых функциях и обязанностях специалистов и персонала других категорий, работающих в службах здравоохранения и в смежных сферах, таких как просвещение и социальное обеспечение.
- ii. Использовать в программах подготовки всех работников служб психического здоровья имеющийся опыт по предоставлению услуг по месту жительства и организации работы многопрофильных бригад.
- iii. Развертывать программы подготовки всех работников первичной медико-санитарной помощи по вопросам выявления, лечения и профилактики проблем психического здоровья.
- iv. Планировать и финансировать – в партнерстве с образовательными учреждениями – программы обучения и подготовки, обеспечивающие удовлетворение потребностей как имеющегося, так и вновь набираемого персонала.
- v. Принимать меры, содействующие набору новых работников служб психического здоровья и сохранению имеющегося персонала.
- vi. Обеспечить посредством разработки соответствующих стимулов справедливое распределение работников служб психического здоровья среди населения, уделяя особое внимание удовлетворению потребностей групп населения, подвергающихся особому риску.

- vii. Принять меры для устранения существующего дефицита знаний преподавателей о новых технологиях, а также оказывать поддержку усилиям, направленным на разработку и внедрение программ повышения квалификации преподавателей.
- viii. Обеспечить обучение и подготовку работников служб психического здоровья по различным аспектам взаимосвязей между укреплением здоровья, профилактическими мерами и лечебной помощью.
- ix. Обеспечить обучение работников общественного сектора, с тем чтобы они учитывали то воздействие, которое их стратегии и действия оказывают на психическое здоровье населения.
- x. Обеспечить высокую компетентность персонала, создав для этой цели хорошую систему специализированной подготовки по вопросам психического здоровья для всех работников служб охраны психического здоровья.
- xi. Разработать специальные программы подготовки в тех областях, в которых требуются высокие уровни квалификации, такие как лечение и уход за детьми, лицами преклонного возраста и людьми, страдающими как от психических проблем, так и от расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (коморбидность).

10. Создание эффективной информационной системы по вопросам психического здоровья

Задачи

Для того чтобы выработать эффективные стратегии и методы работы в отдельных странах и в масштабах всего Региона, необходима информация о текущем положении дел в области охраны психического здоровья и о предпринимаемых действиях. Необходимо осуществлять мониторинг результатов выполнения любых новых инициатив. Состояние психического здоровья всего населения, отдельных групп и лиц и их обращаемость за медицинской помощью следует измерять таким образом, чтобы полученные результаты можно было сравнивать в рамках всего Европейского региона ВОЗ. Используемые показатели должны быть стандартизированы и сопоставимы на местном, национальном и международном уровнях, что будет способствовать эффективному планированию, реализации, мониторингу и оценке научно обоснованных стратегий и планов действий по охране психического здоровья.

Предлагаемые действия

- i. Разработать или усилить национальную систему эпиднадзора, основанную на международно стандартизированных, гармонизированных и сопоставимых показателях и системах сбора данных, для того чтобы осуществлять мониторинг хода достижения местных, национальных и международных целей улучшения психического здоровья и повышения уровня психического благополучия населения.
- ii. Разработать новые показатели, а также методы сбора данных для получения новой информации в таких областях, как укрепление психического здоровья, профилактика и лечение психических расстройств и восстановление здоровья.
- iii. Оказывать поддержку проведению в рамках всего Европейского региона ВОЗ периодических популяционных обследований психического здоровья, используя для этой цели согласованную методологию.

- iv. Измерять базовые показатели частоты и распространенности ключевых психических состояний, включая факторы риска, среди населения и в группах риска.
- v. Осуществлять мониторинг существующих программ, служб и систем охраны психического здоровья.
- vi. Оказывать поддержку разработке интегрированной системы базы данных в масштабах Европейского региона ВОЗ, которая должна включать текущую информацию о политике и стратегиях охраны психического здоровья, их осуществлении, а также предоставлении населению услуг на научно обоснованной основе в таких областях, как укрепление здоровья, профилактика, лечение, организация ухода и реабилитация.
- vii. Оказывать поддержку распространению информации о воздействии надлежащей политики и практики на национальном и международном уровнях.

11. Обеспечение справедливого и адекватного финансирования

Задачи

Выделение ресурсов на охрану психического здоровья зачастую осуществляется в недостаточном объеме и не обеспечивает их справедливого распределения в сравнении с ресурсами, имеющимися в других частях общественного сектора, результатом чего является ограниченность доступа к соответствующим службам, недостаточное внимание к лицам с проблемами психического здоровья и их дискриминация. В некоторых системах здравоохранения условия страхования в отношении доступа к лечению и прав на него являются очень дискриминационными по отношению к лицам с психическими проблемами. Распределение ресурсов в рамках бюджета на охрану психического здоровья должно носить справедливый и пропорциональный характер, т.е. обеспечивать выделение наибольшего относительного объема ресурсов и льгот для лиц, наиболее нуждающихся в них.

Предлагаемые действия

- i. Провести оценку того, соответствует ли доля бюджета здравоохранения, предназначенная для охраны психического здоровья, реальным потребностям и приоритетному статусу лиц с психическими проблемами.
- ii. Принять меры для того, чтобы наибольший относительный объем льгот и помощи предоставлялся людям с наиболее серьезными проблемами и наименее обеспеченным членам общества.
- iii. Провести оценку того, распределяются ли финансовые средства эффективным образом с точки зрения пользы для общества, включая экономический эффект деятельности в области укрепления здоровья, профилактики и оказания медико-социальной помощи.
- iv. Провести оценку того, является ли в рамках социальных и частных систем медицинского страхования охват населения соответствующими услугами всеобъемлющим и справедливым и соответствует ли он таковому для других патологических состояний, не является ли он ограничивающим или дискриминационным по отношению к тем или иным группам, и предусматривает ли он уделение особого внимания защите наиболее уязвимых групп населения.

12. Оценка эффективности и получение новых фактических данных

Задачи

В сфере научных исследований достигнут значительный прогресс, однако некоторые стратегии и меры вмешательства все еще не основываются на убедительных фактических данных, что свидетельствует о необходимости дальнейшего расширения научных исследований. Активизация усилий по распространению знаний необходима также потому, что имеющиеся фактические данные о новых эффективных вмешательствах и национальных и международных примерах передовой практики остаются неизвестными для многих лиц, формирующих политику, менеджеров, практических работников и научных исследователей. Для того чтобы работа по охране психического здоровья была основана на фактических данных, необходимо развивать сотрудничество в рамках европейского научного сообщества. Важнейшие приоритеты в сфере научных исследований включают: анализ политики в области охраны психического здоровья, проведение оценок того воздействия, которое политика и стратегии общего характера оказывают на психическое здоровье населения, проведение оценок программ укрепления психического здоровья, а также расширение базы фактических данных о профилактической работе, новых моделях и видах обслуживания и экономических аспектах охраны психического здоровья.

Предлагаемые действия

- i. Оказывать поддержку национальным стратегиям научных исследований, направленных на выявление, разработку и внедрение наиболее эффективных методов работы для удовлетворения потребностей населения, включая группы риска.
- ii. Проводить оценку воздействия систем охраны психического здоровья с течением времени, а также использовать накопленный опыт для определения новых приоритетов и организации необходимых научных исследований.
- iii. Поддерживать научные исследования, способствующие разработке программ профилактики, предназначенных для всего населения, включая группы риска. Для создания эффективных стратегий и программ профилактики необходимо провести научные исследования по изучению последствий сочетанного воздействия многих проблем здоровья, имеющих психический, соматический и социальный характер.
- iv. Содействовать проведению научных исследований, посвященных оценке воздействия на здоровье стратегий, осуществляемых не относящимися к здравоохранению отраслями и секторами, так как они могут внести существенный вклад в улучшение психического здоровья населения.
- v. Принять меры для устранения разрыва между научно-исследовательской и практической деятельностью путем содействия развитию сотрудничества и партнерских связей между научными сотрудниками, лицами, разрабатывающими политику, и практическими работниками в рамках семинаров и с помощью общедоступных публикаций.
- vi. Обеспечить, чтобы программы научных исследований предусматривали проведение долгосрочных оценок воздействия не только на психическое, но и на физическое здоровье, а также на социально-экономические показатели.

- vii. установить устойчивые партнерства между практическими работниками и научными сотрудниками для внедрения и оценки новых или уже осуществляемых вмешательств.
- viii. инвестировать в программы подготовки кадров для проведения научных исследований в области психического здоровья, предназначенные для представителей различных академических дисциплин, включая антропологию, социологию, психологию, науку об управлении и экономику, а также создавать стимулы для развития долговременных академических партнерств.
- ix. Расширять в рамках Европейского региона сотрудничество в области научных исследований по вопросам психического здоровья посредством усиления связей между европейскими сотрудничающими центрами ВОЗ и другими центрами, занимающимися научными исследованиями в области профилактики.
- x. Инвестировать в развитие регионального сотрудничества в области сбора и распространения информации, с тем чтобы не допускать случаев дублирования научных исследований общего характера, а также неосведомленности об успешных результатах соответствующей деятельности, осуществляемой в других местах.

Охрана психического здоровья в Европе: актуальные проблемы

Основные цели

Принимая Европейскую декларацию по охране психического здоровья и настоящий План действий, государства-члены обязуются принять меры по решению стоящих перед ними проблем для достижения следующих целей. В период с 2005 по 2010 гг. они должны:

1. разработать стратегии и предпринять действия, направленные на борьбу со стигматизацией и дискриминацией, а также на повышение уровня психического благополучия населения, в том числе в рамках таких инициатив, как “здоровые” школы и “здоровые” места работы;
2. провести тщательную оценку воздействия социальной политики на здоровье населения;
3. включить в национальные стратегии меры, направленные на предупреждение и профилактику проблем психического здоровья и самоубийств;
4. создать специализированные службы, способные решать особые проблемы молодежи и лиц преклонного возраста, а также вопросы гендерного характера;
5. уделять первостепенное внимание службам, деятельность которых направлена на охрану психического здоровья маргинальных и уязвимых групп населения, включая проблемы сочетанной заболеваемости, т.е. наличие проблем психического здоровья в сочетании с другими проблемами, такими как злоупотребление психоактивными веществами или физические заболевания;
6. развивать партнерское сотрудничество между секторами и отраслями и бороться с препятствиями, мешающими совместной работе;
7. принять стратегии развития кадровых ресурсов, с тем чтобы обеспечить достаточное количество квалифицированного персонала в службах охраны психического здоровья;
8. в партнерстве с другими государствами-членами разработать набор показателей по детерминантам и эпидемиологии психического здоровья, а также по организации и предоставлению услуг в этой области;

9. утвердить практику финансирования, регулирования и принятия законодательства в области здравоохранения, которая должна основываться на принципе справедливости и включать вопросы охраны психического здоровья;
10. прекратить использование негуманных и унижающих достоинство способов лечения и ухода и обеспечить принятие таких законов в области прав человека и психического здоровья, которые соответствуют положениям конвенций Организации Объединенных Наций и нормам международного права;
11. повысить уровень социальной интеграции людей с проблемами психического здоровья;
12. обеспечить представительство потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в комитетах и группах, занимающихся вопросами планирования, предоставления услуг, анализа и проверки деятельности служб охраны психического здоровья.

5. Службы охраны психического здоровья в Европейском регионе: недостаточность лечебной помощи

“Иногда наши пациенты должны стоять на краю моста, готовясь к прыжку, прежде чем у нас появляется возможность оказать им помощь”
– врач общей практики (1).

Актуальные проблемы

Одна из важнейших функций служб психического здоровья – оказание лечебной помощи всем нуждающимся в ней. Согласно этому критерию, службы охраны психического здоровья в Европейском регионе нельзя отнести к числу хорошо функционирующих. Большинство лиц с психическими расстройствами в Регионе, в том числе с выраженными расстройствами, не получают соответствующей медицинской помощи. Недостаточность лечебной помощи (доля лиц, нуждающихся в психиатрических или психотерапевтических услугах, но не получающих их) является высокой для большинства психических расстройств в Европейском регионе (2).

Психические расстройства наносят огромный ущерб отдельным лицам, семьям и обществам. Согласно данным самого последнего исследования ВОЗ о глобальном бремени болезней, нейropsychические расстройства – вторая по важности причина потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность (DALYs) в Европейском регионе ВОЗ, так как на нее приходится пятая часть всех DALYs, потерянных из-за всех заболеваний и нарушений.

С точки зрения лет, прожитых с инвалидностью (YLD), нейropsychические расстройства имеют даже еще большее значение, будучи причиной двух пятых таких лет (3). Только лишь на униполярное депрессивное расстройство приходится 13,7% YLD, и оно является важнейшей причиной YLD в Европейском регионе.

Четыре из основных 15 причин DALYs в Европе – это нейropsychические состояния: депрессия (на третьем месте), злоупотребление алкоголем (на шестом месте), самонанесенные травмы (на одиннадцатом месте) и слабоумие (на четырнадцатом месте).

Распространенность нейropsychических нарушений является высокой во всем Европейском регионе, и в будущем в связи с общим старением населения этот показатель будет повышаться.

Одним из наиболее трагических последствий проблем психического здоровья являются самоубийства. Согласно данным ВОЗ, девять из десяти стран с самыми высокими показателями совершенных самоубийств входят в Европейский регион (3).

Проблемы в области финансирования и политики охраны психического здоровья

Политика охраны психического здоровья на национальном уровне считается одним из основных элементов комплексного развития служб психического здоровья.

Информация о наличии и качестве стратегий в области охраны психического здоровья в странах Европейского региона не является однородной. Данные подготовленного ВОЗ Атласа о ресурсах в области охраны психического здоровья в мире (4) указывают на следующие недостатки.

- В одной трети европейских стран не имеется сформулированных стратегий охраны психического здоровья.
- В более двух пятых из европейских стран не проводятся программы охраны психического здоровья.
- В одной пятой европейских стран не имеется политики в отношении лекарственных средств или перечня основных лекарственных средств.
- В одной пятой европейских стран на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) не обеспечивается доступ к трем основным группам психотропных препаратов – антидепрессантам, антипсихотическим средствам и противозаболевающим средствам.
- В одной шестой этих стран не имеется политики борьбы со злоупотреблением психоактивными веществами.
- Примерно в одной десятой этих стран не имеется законодательства по охране психического здоровья.
- В трех пятых этих стран не проводится какой-либо национальной инициативы по профилактике самоубийств.

Финансирование служб психического здоровья также является неадекватным. Нынешняя доля ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья, не отражает в полной степени реальное воздействие психических расстройств на население (5).

- В 24 странах Европейского региона, по которым имеются данные, на охрану психического здоровья выделяется в среднем 5,8% их национального или федерального бюджета здравоохранения, несмотря на то, что на психические расстройства приходится 20% общего бремени болезней (4).
- В частности, согласно информации, имеющейся по Соединенному Королевству, на борьбу с депрессией, на которую приходится 6,2% общего бремени болезней, выделяется только 0,5–1,0% национальных ресурсов здравоохранения (6).

В Европе в структуре финансирования здравоохранения в целом преобладают механизмы сочетания налогов и социального страхования. В принципе, эти механизмы содействуют обеспечению справедливого доступа ко всем видам медицинской помощи, в том числе в области охраны психического здоровья. Однако финансирование через социальное страхование – метод, который является преобладающим в 50% европейских стран, может не обеспечивать финансирование социальной помощи, помощи с нахождением или улучшением жилья и т.д., а также соответствующие услуги для таких групп населения, как безработные, иммигранты и цыгане. Почти во всех странах также имеется система взимания сборов с потребителей, что может потенциально затруднить доступ к услугам. Практика освобождения определенных групп от таких сборов (например, малоимущих, лиц с хроническими болезнями, безработных, детей и пожилых) является разнородной в разных частях Европы.

Большой разрыв между предлагаемыми услугами и лечебной помощью и потребностями в них

Вследствие неадекватных стратегий и уровней финансирования имеется большой разрыв между услугами и лечебной помощью для лиц с психическими расстройствами и имеющих в них потребностях.

- Свыше одной трети стран не предоставляют лечения для лиц с тяжелыми психическими расстройствами на первичном уровне или не проводят подготовку персонала ПМСП по вопросам охраны психического здоровья.
- Более чем в одной четверти стран люди с психическими расстройствами не получают какой-либо помощи по месту жительства.
- Свыше двух третей больничных коек в Европе все еще продолжают оставаться в психиатрических больницах.

Разрыв между лечебной помощью по поводу шизофрении и неаффективного психоза (тяжелые психические болезни) и потребностью в ней составил 17,8%, согласно результатам исследований, проведенных в Западной Европе, как об этом свидетельствует недавно проведенный обзор всех имеющихся научных исследований (2).

По другим расстройствам разрыв между предоставляемой лечебной помощью и потребностями в ней составил:

- для генерализованного тревожного расстройства: 62,3%
- для приступов паники (паническое расстройство): 47,2%
- для тяжелой депрессии: 45,4%
- для дистимии: 43,9%
- для биполярного расстройства: 39,9%
- для обсессивно-компульсивного расстройства: 24,6%.

Наибольший разрыв между оказываемой лечебной помощью и потребностью в ней, составляющий 92,4%, наблюдается применительно к злоупотреблению алкоголем и состояниям зависимости.

В инициированных ВОЗ всемирных обследованиях психического здоровья, которые были привязаны к европейскому исследованию по эпидемиологии психических расстройств (ESEMeD), недавно была получена информация по семи европейским странам (Бельгия, Германия, Италия, Испания, Нидерланды, Украина, Франция) (7).

- В этих странах о перенесенных психических расстройствах имевших место в последние 12 месяцев, сообщили от 8,2% до 20,4% людей, при этом около половины из них имели расстройство по крайней мере средней степени тяжести.
- Умеренные или тяжелые психические расстройства были причиной значительной потери производительности.
- Тот факт, что многие люди с подпороговыми расстройствами получают лечение, в то время как многие лица с тяжелыми психическими расстройствами его не получают, свидетельствует о том, что причиной неудовлетворенной потребности в лечебной помощи для лиц с выраженными нарушениями является не только ограниченность ресурсов, но и их неправильное распределение.

Тот факт, что пациенты обращались за медицинской помощью, не означает, что им было назначено адекватное или вообще какое-либо лечение. Данные из шести стран Западной Европы (8) показывают, что:

- среди лиц, обратившихся за помощью в систему здравоохранения, одна пятая не получила никакого лечения;
- показатель применения психотропных препаратов, как правило, бывает низким у лиц с психическими расстройствами (32,6%);
- среди лиц с тяжелой депрессией только 21,2% получали какие-либо антидепрессанты; показатель исключительного применения антидепрессантов был еще ниже (4,6%), в то время как количество людей, принимающих только анксиолитики, было существенно больше (18,4%) (9);
- методы психотерапии использовались даже реже, чем методы фармакотерапии.

Развитые службы должны быть в состоянии оказывать помощь, удовлетворяющую все имеющиеся потребности, а не основываться только на таком критерии, как численность населения. Проведенное в Северных странах исследование лиц с шизофренией, живущих в местных сообществах, показало, что в целом, по сообщениям пациентов, их потребности в помощи явно превышают реально получаемый объем помощи. Наибольший разрыв между предоставляемой помощью и потребностью в ней наблюдается в таких областях, как социальное и межличностное функционирование (10).

Несправедливое распределение ресурсов и служб здравоохранения

Для обеспечения максимальной отдачи от ресурсов и служб здравоохранения, особенно применительно к уязвимым группам населения, необходимо обеспечить их справедливое распределение (4). Однако в странах Европейского региона в отношении этого критерия наблюдается неоднозначная картина:

- в двух третях европейских стран не проводятся специальные программы для национальных и иных меньшинств;
- в половине этих стран не проводятся специальные программы для беженцев или людей, переживших бедствия;
- почти в двух пятых этих стран не проводятся специальные программы для пожилых;
- в одной пятой этих стран не проводятся специальные программы для детей и подростков.

Службы для богатых и службы для бедных

Анализ всеобъемлющего и исчерпывающего регистра всех госпитализированных пациентов с психическими расстройствами в Бельгии в 1997 и 1998 гг. показал, что между этим видом медицинской помощи и социально-экономическим статусом имеется четкая взаимосвязь. Представители более низких социально-экономических групп имели большую вероятность того, что они будут принудительно госпитализированы, что они будут получать лечение в психиатрических больницах, что период их госпитализации будет неожиданно долгим и что они будут помещаться в палаты вместе с более тяжелыми больными (все вышеперечисленное является показателем низкокачественных медицинских услуг). Эти люди также реже получали антидепрессанты и психотерапию. В этих группах также реже наблюдались улучшения в функционировании и в симптомах болезни. Кроме того, представители самой низкой социально-экономической группы подвергались более высокому риску летального исхода в период госпитализации (11).

Французское исследование выборки общего населения и выборки получателей социальной помощи, не ориентированной на людей с психическими проблемами,

показало, что психические расстройства наблюдаются значительно чаще среди получателей социальной помощи. Обследование подвыборки людей с состоянием депрессии показало, что получатели социальной помощи в связи с этим состоянием реже пользовались имеющимися возможностями для лечения депрессии. В среднем продолжительность эпизодов депрессии была больше у получателей социальной помощи, особенно у женщин (12).

Этнические меньшинства

Характерными чертами использования служб психического здоровья этническими меньшинствами являются низкая обращаемость и менее желательные или менее эффективные пути получения помощи в рамках этих служб. Несвоевременное обращение к службам психического здоровья приводит к ухудшению психического здоровья и к большей вероятности принудительной госпитализации, помещения пациентов в психиатрические больницы строгого режима, а также вовлечения полиции в процесс принудительной госпитализации больных. Показатель обращаемости в службы психического здоровья может со временем снизиться в случаях повторных обращений, указывая на то, что негативный опыт обращения к этим службам представителей этнических меньшинств также может играть роль в росте показателя их недоиспользования (13).

Единовременное обследование назначений антидепрессантов и анксиолитиков (суточные дозы) в 164 кабинетах общей практики в Соединенном Королевстве показало, что только на одних выходцев из Азии приходится 28% расхождений в назначении антидепрессантов и 20,5% в назначении анксиолитиков по сравнению с общей группой пациентов (свыше половины величины объясненных расхождений), что может свидетельствовать о практических трудностях, связанных с диагностикой и лечением пациентов из этих групп на уровне врачей общей практики (14). Представителям этнических меньшинств гораздо реже предлагаются виды “вербальной терапии”, такие, например, как консультирование, чаще предлагается химиотерапия, и им, как правило, назначают более высокие дозировки препаратов по сравнению с лицами европейского происхождения (13). Духовные потребности пациентов редко рассматриваются как приоритетные, а в тех случаях, когда работники служб здравоохранения уделяют внимание этому вопросу, обычно это делается с точки зрения христианской религии (15).

Этапы жизни

В 1999 г. шведское общество геронтопсихиатрии провело исследование, охватившее все лены Швеции, с целью оценки имеющихся организаций и ресурсов, ориентированных на оказание медицинской помощи пожилым людям с психическими проблемами. В некоторых ленах не было никаких амбулаторных учреждений или бригад, специально предназначенных для оказания помощи пожилым людям с психическими болезнями, а более чем в половине из них не имелось таких учреждений или бригад для большой группы пожилых с психическими заболеваниями, не относящимися к слабоумию. Менее 5% общего числа шведских психиатров и гериатров занимали должности, функции которых относились исключительно к гериатрической психиатрии. Показатели доступности услуг геронтопсихиатров распределялись неравномерно, и работают они главным образом в или поблизости городов, в которых имеются университеты (16).

Анализ распределения и ключевых характеристик психиатрических коек, предназначенных для детей и подростков в Англии и Уэльсе, показал, что они

неравномерно распределены и что их наиболее высокое число отмечается в Лондоне и на юго-востоке Англии. Это неравномерное распределение усугубляется еще больше ввиду работы независимого сектора, в рамках которого имеется свыше четверти таких коек и оказывается большая доля высокоспециализированных услуг (17).

Охрана психического здоровья в тюрьмах

Первое полное обследование психического здоровья заключенных в Англии и Уэльсе, проведенное Национальным статистическим бюро, показало, что по сравнению с населением в целом распространенность психических заболеваний среди заключенных была гораздо выше. Только у одного заключенного из десяти не было никаких признаков какого-либо психического расстройства, и не более двух из десяти имели только одно такое расстройство. Десять процентов мужчин, находящихся под следствием, и 14% всех заключенных женщин имели признаки психического заболевания за год, предшествовавший интервью в тюрьме, в сравнении с соответствующим показателем среди общей популяции, равным 0,4%. Свыше четверти находившихся под следствием женщин сообщили о том, что в течение предыдущего года они предпринимали попытку самоубийства, а 2% мужчин и женщин, находящихся под следствием, сообщили, что они предприняли попытку самоубийства в течение недели, предшествовавшей интервью (18). Причины таких высоких показателей могут быть следующие: более высокий риск ареста среди обвиняемых с психическим расстройством, неадекватный охват таких лиц схемами оценки состояния здоровья подследственных, неадекватные психиатрические службы и низкий уровень выявления психических проблем при поступлении в тюрьму. Услуги, предлагаемые психически больным правонарушителям, не аналогичны таковым, предоставляемым населению в целом, с точки зрения подготовки кадров и предоставления методических указаний относительно политики или практики. Кроме того, служба охраны психического здоровья в тюрьмах не интегрирована в общие службы психического здоровья Соединенного Королевства (19).

Пути решения вышеуказанных проблем

В Декларации по охране психического здоровья и Плане действий, которые должны быть согласованы на Европейской министерской конференции ВОЗ по охране психического здоровья (Хельсинки, январь 2005 г.), ставятся такие цели, как оздоровление общества и облегчение страданий людей с психическими проблемами, предпринимая для этого меры, которые могут устранить имеющую место недостаточность в лечебно-профилактической помощи. Эти действия включают следующее:

- разработка комплексного национального законодательства и политики по охране психического здоровья;
- оценка того, соответствует ли доля бюджета здравоохранения, выделяемая на охрану психического здоровья, реальным потребностям и приоритетному статусу людей с психическими проблемами;
- обеспечение того, чтобы люди с наиболее выраженными проблемами и с наименьшими ресурсами получали самую большую относительную выгоду;
- оценка того, является ли всесторонним и справедливым охват людей с психическими расстройствами в социальных и частных системах страхования, принимая при этом во внимание то, чтобы масштабы этого охвата соответствовали охвату людей с другими состояниями, чтобы он не был

дискриминационным по отношению к тем или иным группам и чтобы особый акцент при этом ставился на охрану здоровья наиболее уязвимых групп населения;

- развитие первичных служб здравоохранения, способных выявлять и лечить людей с психическими проблемами, включая депрессию, тревогу, расстройства, связанные со стрессом, и злоупотребление психоактивными веществами, увеличивая для этой цели численность медработников первичного звена и повышая их квалификацию;
- планирование и организация работы специализированных служб по месту жительства, открытых круглосуточно семь дней в неделю и укомплектованных многодисциплинарными бригадами, с тем чтобы оказывать помощь людям с такими тяжелыми проблемами, как шизофрения, биполярное расстройство, тяжелая депрессия или слабоумие;
- обеспечение доступа к психотропным препаратам и простым психотерапевтическим вмешательствам на первичном уровне как в случае распространенных, так и в случае тяжелых психических расстройств, особенно для лиц с длительными и стабильными психическими расстройствами, проживающими в местном сообществе;
- обеспечение доступа людей с психическими проблемами к необходимым лекарственным средствам с такой стоимостью, которая приемлема для системы здравоохранения и для отдельных лиц, что будет способствовать рациональному назначению и использованию этих лекарств;
- обеспечение справедливого распределения работников служб психического здоровья среди населения, особенно среди групп, подвергающихся риску, создавая для этого соответствующие стимулы;
- обеспечение того, чтобы национальные планы действий по охране психического здоровья включали в качестве приоритетных задач охрану психического здоровья и психического благополучия детей, подростков и пожилых;
- уделение особого внимания подвергающихся риску группам, включая детей и пожилых из семей мигрантов;
- развитие служб психического здоровья, внимательно относящихся к потребностям молодежи и пожилых и работающих в тесном сотрудничестве с семьями, школами, дошкольными учреждениями, соседями, членами расширенных семей и друзьями пациентов;
- поддержка осуществления программ развития местных сообществ в районах и территориях высокого риска и расширение прав и возможностей неправительственных организаций, особенно НПО, представляющих интересы маргинальных групп населения.

Использованная литература³

1. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Family Medicine*, 2004, 36:28–34.
2. Kohn R et al. Treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:858–866 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/en/858.pdf>).
3. *The world health report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf).
4. *Atlas. Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).

5. Knapp M et al. Financing health care in Europe: context for the Schizophrenia Out-patient Health Outcomes Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107(Suppl. 416):30–40.
6. Teh-wei H. *An international review of the economic costs of mental illness*. Geneva, World Health Organization, 2004.
7. Demyttenaere K et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 291:2581–2590.
8. Alonso J et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):47–54.
9. Alonso J et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):55–64.
10. Middelboe T et al. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry*, 2001, 16:207–214.
11. Lorant V et al. Socio-economic differences in psychiatric in-patient care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107:170–177.
12. Kovess V et al. Mental health and use of care in people receiving a French social benefit. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:588–594.
13. Mclean C, Campbell C, Cornish F. African-Caribbean interactions with mental health services in the UK: experiences and expectations of exclusion as (re)productive of health inequalities. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:657–669.
14. Hull SA et al. Prescribing rates for psychotropic medication amongst east London general practices: low rates where Asian populations are greatest. *Family Practice*, 2001, 18:167–73.
15. Salas S, Jadhav S. Meeting the needs of Muslim service users. *Professional Nurse*, 2004, 20:22–24.
16. Allard P et al. Inventory of geriatric psychiatry in Sweden. In short supply where demand does not determine resource allocation. *Lakartidningen*, 2000, 97:2976–2980.
17. O’Herlihy A et al. Distribution and characteristics of in-patient child and adolescent mental health services in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183:547–551.
18. Singleton N, Meltzer H, Gatward R. *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London, Stationery Office, 1998.
19. Reed J. Mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182: 287–288.

Дополнительные источники информации³

Alonso J et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):38–46.

³ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

Bruce ML et al. Psychiatric status and 9-year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:716–721.

Campbell S et al. Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study. *British Journal of General Practice*, 2003, 53: 298–304.

Country projects on mental health: selected cases. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/policy/en/Country%20activities%20table%20of%20contents.pdf).

Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C. Utilization of psychiatric inpatient care in Greece: a nationwide study (1984–1996). *International Journal of Social Psychiatry*, 2000, 46:89–100.

Pulling together. The future roles and training of mental health staff. London, Sainsbury Centre for Mental Health, 1997.

Secker J, Hill K. Mental health training and development needs of community agency staff. *Health and Social Care in the Community*, 2002, 10:323–330.

Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/E77922.pdf>).

Suicide rates (per 100,000), by country, year, and sex. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/Figures_web0604_table.pdf).

Wells KB et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 262:914–919.

6. Стигматизация и дискриминация лиц с психическими заболеваниями в Европе

“Я привыкла к тому, что в мои окна кидают камни, стучат в них каждую ночь, бьют стекла. Меня обзывают чокнутой, ненормальной и прочими оскорбительными словами”.

– Pauline Lee, интервью с которой записано на видео "Open up", (1)

Актуальные проблемы

Стигматизация “является одной из наиболее серьезных проблем, с которыми сталкиваются люди, страдающие тяжелыми психиатрическими расстройствами. Она снижает их самооценку, приводит к разрушению семейных связей и отрицательно влияет на возможности этих людей принимать участие в жизни общества, получать жилье и устраиваться на работу” (2).

Хотя проблемы в области психического здоровья в тот или иной момент жизни возникают почти в каждой семье, лица, испытывающие их, продолжают сталкиваться с чувством страха и предвзятого отношения со стороны других людей, что заставляет их испытывать чувство стыда и социальной изоляции. Стигматизация и дискриминация, связанные с наличием у человека психического заболевания, нередко приобретают столь широкие масштабы, что не позволяют этим людям обращаться за помощью из страха получить позорное клеймо. Для того чтобы меры по борьбе со стигматизацией и дискриминацией были эффективными, необходимы согласованные действия всех заинтересованных сторон – лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья и осуществляющих за ними уход, профессиональных групп и гражданского общества, при сильной поддержке со стороны государства.

На совещании ВОЗ в Афинах в 2001 г. специалисты в области психического здоровья и члены организаций по охране психического здоровья из стран Южной и Юго-Восточной Европы подписали Декларацию, призывающую государственных служащих бороться с проявлениями стигматизации и дискриминации. В принятой позднее в этом же году резолюции Европейского регионального комитета ВОЗ (EUR/RC51/R5) данная Декларация получила одобрение и поддержку. В ходе обсуждений за круглым столом, состоявшихся в 2001 г. в рамках Всемирной ассамблеи здравоохранения, министры здравоохранения из разных стран мира призвали к активным действиям по борьбе со стигматизацией и дискриминацией, указав при этом, что “более 50% всех пациентов в ряде стран Восточной Европы продолжают проходить лечение в крупных психиатрических больницах. Стигматизация и дискриминация, связанные с психическими заболеваниями, чрезвычайно затрудняют принятие своевременных мер на ранних стадиях, в особенности в сельской местности” (3).

Ошибочные представления

В обществе бытует множество ошибочных представлений, способствующих стигматизации и усиливающих ее, приводя к дискриминационному поведению.

Некоторые распространенные мифы о проблемах психического здоровья:

- “Лица с психическими проблемами склонны к насилию и опасны”.
- “Лица с психическими проблемами бедны и не очень умны”.
- “Проблемы в области психического здоровья возникают у слабых людей”.
- “Психические заболевания не поддаются лечению”.

Хотя отношение к таким психическим расстройствам, как деменция и депрессии, не столь негативно, восприятие обществом психически больных как склонных к насилию и агрессивных людей в целом усилилось. Дискриминации подвергаются особенности лица, находящиеся в психиатрических стационарных учреждениях, беженцы с психическими заболеваниями и представители этнических меньшинств, страдающие психическими расстройствами. Важно отметить, что психиатрическое лечение и помощь считаются также менее эффективными, чем другие виды медицинской помощи (4).

Стигматизация препятствует обращению лиц с психическими проблемами в службы охраны психического здоровья даже в тех случаях, когда существуют эффективные методы их лечения. Результаты целого ряда исследований показали, что лица с проблемами психического здоровья часто отказываются от обращения в психиатрические клиники и другие учреждения охраны психического здоровья, даже если у них имеется об этом предварительная договоренность.

Пути решения вышеуказанных проблем

В 1991 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций приняла “Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи” (5). Этот документ содержит описание принципов и прав, направленных на борьбу со стигматизацией и дискриминацией в связи с психическими заболеваниями.

Эффективное лечение

Существуют эффективные методы лечения психических расстройств, которые могут способствовать снижению симптомов заболевания, а также сокращению числа случаев нежелательного поведения и нарушения общественного порядка. В их число входят меры фармацевтического, психотерапевтического или социального вмешательства, которые должны подкрепляться повышением качества работы служб и оказанием поддержки.

Эффективное лечение является важнейшим условием успешной борьбы с дискриминацией. Хорошим примером того, как эффективное лечение может способствовать снижению стигматизации, может служить заболевание эпилепсией. Больные эпилепсией все еще часто подвергаются стигматизации, однако это происходит значительно реже в тех странах, где в настоящее время им обеспечен доступ к эффективным современным методам лечения. Аналогичным образом, изменение методов лечения и ухода за людьми, страдающими умственной отсталостью, во многих промышленно развитых странах Европы способствовало радикальному улучшению условий жизни этой группы населения, которая традиционно подвергалась стигматизации и дискриминации, в результате чего качество жизни этих людей резко изменилось.

“Я очень боюсь говорить людям о некоторых из поставленных мне диагнозов, поэтому я просто говорю, что страдаю депрессией, поскольку это воспринимается не так плохо. У меня есть шрамы, которые я сама нанесла себе, и я не знаю, что люди думают об этом, но это меня сейчас уже не волнует, поскольку я избежала смерти!”

– Catherine, 33 года.

Трудоустройство и поддержка

Возможность найти достойную работу также считается одним из наиболее важных способов оказания поддержки лицам, страдающим психическими расстройствами. Расширение возможностей трудоустройства лиц с психическими расстройствами способствует изменению отношения к ним со стороны общества в целом, а также их собственного самовосприятия. Существуют хорошие примеры таких инициатив, например, международное движение Fountain House.

“После того как я потерял работу и осознал, что я болен, я думал, что я никогда не смогу снова работать, поскольку мне было более 50 лет и я страдал психическим заболеванием, однако случилось чудо. После того как я вновь почувствовал уверенность в своих силах, проработав в Fountain House в течение года, я вернулся в “мир трудящихся”. Моя жизнь изменилась. Теперь я был на пути к исцелению и работал как любой здоровый человек. Жизнь не была легкой, и мне приходилось сталкиваться по своей работе, пожалуй, с большими трудностями, чем если бы я был совершенно здоровым человеком. Тем не менее, работа изменила мою жизнь к лучшему, и я с радостью боролся и преодолевал трудности, с которыми сталкивался”.

Jón Sigurgeirsson, член Fountain House Club в Исландии.

В борьбе со стигматизацией решающую роль играют также организации, объединяющие пациентов, пользователей услуг служб охраны психического здоровья и членов их семей. Во многих странах эти организации играют ведущую роль в этой области. Важно, чтобы они получали поддержку и работали в сотрудничестве с государственными органами и профессиональными группами, поскольку они обычно слабы и испытывают нехватку экономических ресурсов. Во многих странах имеются хорошие примеры создания крепких организаций с помощью активной поддержки. Очень важно также, чтобы эти организации участвовали в консультациях по вопросам разработки политики.

“Будучи работником здравоохранения (страдающим от психотической депрессии), я не ожидала, что мои коллеги могут подвергнуть меня стигматизации. Однако после недавних публикаций в отношении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в ходе совещания, частично посвященного обсуждению данной проблемы, двумя старшими коллегами было высказано мнение, что депрессия связана исключительно с семейными проблемами и что об истинных психиатрических нарушениях можно говорить только в тех случаях, когда пациенту назначаются антипсихотические средства. Я принимаю такие средства, но, конечно же, они не знают об этом. Мне было сложно принимать участие в этом совещании. Трудно поверить, что эти люди могут называть себя специалистами в области здравоохранения”.

Женщина, пожелавшая остаться неизвестной.

Законодательство также может помочь в данной области. Соблюдение прав человека, особенно права на получение адекватного лечения и защиту от оскорбительного обращения, имеет особенно важное значение в случае принудительного лечения, которое иногда используется без достаточных на то оснований. В ряде стран были приняты законодательные акты об особых правах в целях обеспечения медицинского лечения и социальной защиты наиболее уязвимых групп населения.

Кампании по борьбе со стигматизацией имели разную эффективность, и их конечные результаты не всегда поддаются количественной оценке, однако они продолжают оставаться важным средством борьбы со стигматизацией и дискриминацией. Было разработано множество программ разного типа. В Соединенном Королевстве несколько долгосрочных программ осуществляются профессиональными организациями и организациями пользователей услуг и членов их семей. Всемирная психиатрическая ассоциация осуществляет глобальную программу борьбы со стигматизацией и дискриминацией в связи с шизофренией, в рамках которой в ряде стран созданы местные группы действий (см. примеры ниже).

“Люди не хотят смотреть вам в глаза. В школе матери опускают головы и проходят мимо вас, при этом можно слышать, как они говорят: “Вы знаете, она сумасшедшая”.

Alison McDermott (видео “Open up”) (1).

Роль средств массовой информации

Если бы наше мнение о происходящем в мире складывалось только на основании сообщений средств массовой информации, было бы оно правильным в отношении лиц с проблемами психического здоровья, подвергающихся стигматизации? Результаты научных исследований, проведенных за последние 30 лет, свидетельствуют о том, что средства массовой информации являются одним из наиболее значительных факторов, оказывающих влияние на системы взглядов (6). Поскольку лица с заболеваниями, связанными со стигматизацией, обычно держатся в тени, люди часто формируют свое отношение к ним на основании фильмов, телевизионных программ и программ новостей. По этой причине средства массовой информации играют важную роль в борьбе со стигматизацией по отношению к людям с психическими проблемами, а сообщения средств массовой информации могут быть правильными, если им предоставляется только правильная и достоверная информация.

Что изменится с принятием Декларации и Плана действий?

Целью Декларации и Плана действий ВОЗ по охране психического здоровья является устранение стигматизации, приводящей к тому, что люди избегают помощи или не обращаются за ней из страха подвергнуться преследованиям и оскорбительному обращению со стороны отдельных лиц, общества или государства. В Плане действий признается тот факт, что лица с психическими проблемами страдают от использования оскорбительных выражений в их адрес и создания отрицательных стереотипов по месту работы и в сообщениях средств массовой информации. В нем также признается, что эти люди страдают от отсутствия равных возможностей и пробелов в законодательстве, а также нередко от недостаточно эффективных мер по обеспечению равенства и соблюдения прав человека в отношении лиц с психическими проблемами. План действий направлен на изменение ситуации в данной области, и его целью является обеспечение социальной реинтеграции этих людей и борьба с их неприятием обществом. Это позволит противодействовать их социальной изоляции и, как следствие, стигматизации, которым подвергались лица, пользующиеся услугами служб охраны психического здоровья в психиатрических клиниках и других учреждениях.

В Плане действий предлагаются следующие меры для борьбы со стигматизацией и дискриминацией:

- активизировать направленные на борьбу со стигматизацией действия, подчеркивая широкую распространенность проблем психического здоровья, их в целом хороший прогноз и излечиваемость;
- содействовать внедрению или тщательному анализу законодательства в отношении прав людей с инвалидностью, с тем чтобы оно охватывало вопросы психического здоровья, обеспечивая соблюдение принципов равенства и справедливости;
- способствовать возвращению на работу людей с психическими проблемами и сохранению их рабочих мест;
- обеспечить предоставление психиатрических услуг в рамках других служб первичной медико-санитарной помощи, а также их оказание в общедоступных учреждениях, таких как общественные центры и больницы общего профиля;
- стимулировать участие населения в местных программах охраны психического здоровья за счет поддержания соответствующих инициатив неправительственных организаций.

Некоторые примеры

Изменить мнение

В 1998 г. Королевский колледж психиатров в Соединенном Королевстве поручил Бюро национальной статистики провести общенациональный опрос общественного мнения в отношении лиц, страдающих шестью видами психических заболеваний (тревожные расстройства, депрессия, шизофрения, болезнь Альцгеймера и деменция, расстройства приема пищи, а также злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами).

“Если бы только те, кто считают психически больных людей слабыми, могли видеть то мужество, упорство и настойчивость, которые необходимы им для борьбы с этими заболеваниями”.

– Jill Siddle, *“Changing Minds – our lives and mental illness”* (7).

Был проведен опрос взрослого населения методом случайного отбора с целью выявления его отношения к лицам с психическими проблемами с точки зрения того, насколько они опасны для общества; насколько непредсказуемо их поведение; в какой степени они должны винить лишь самих себя; способны ли они сами взять себя в руки; сложно ли с ними общаться; и достойны ли они сочувствия.

Большинство опрошенных сказали, что они считают людей с шизофренией или испытывающих физическую зависимость от алкоголя и психоактивных веществ опасными; что расстройства приема пищи и пагубные привычки развились по вине самих больных; и что с лицами, страдающими любой формой психического заболевания, сложно общаться и им трудно сочувствовать.

На основании этой информации Колледж организовал проведение пятилетней кампании “Изменить мнение – долг каждой семьи в стране” (8). Ее целью было воздействовать на отрицательное отношение к этим людям, в особенности на представления о том, что с ними трудно вступать в контакт, и таким образом начать борьбу с проявлениями стигматизации, связанной с шестью наиболее распространенными видами психических расстройств. Данная кампания была ориентирована на такие популяционные группы, как медицинские работники, дети и подростки, средства массовой информации и население в целом. Ее целью являлось улучшить понимание и расширить возможности взаимодействия между пациентом и врачом, а также другими работниками здравоохранения. С этой целью были

подготовлены книги, буклеты, отчеты, статьи, информация на CD-ROM, фильм, видео, веб-сайты, проводились лекции и создавались возможности для ведения диалога.

В ходе второго общенационального опроса, проведенного в июле 2003 г., было выявлено значительное сокращение случаев отрицательного восприятия многих из этих факторов общественным мнением.

Насколько велики различия между различиями?

Программа “Насколько велики различия между различиями?” предназначена для молодежи в возрасте 16–19 лет и лиц с психическими заболеваниями в г. Гент, Бельгия (9). Осуществление этой программы, концептуально схожей с проектом публичных выступлений, разработанных организацией Mental Health Ireland, было начато в 1991 г. Фламандской ассоциацией охраны психического здоровья (VVGG). Она предусматривает взаимодействие учащихся школ с лицами, страдающими психическими заболеваниями, в стационарных учреждениях или в рамках местной общины на протяжении не менее трех дней. Целью данной программы является установление человеческого контакта между подростками и лицами, страдающими психическими заболеваниями. При этом придается важное значение тому, чтобы обе стороны получали от этого удовольствие, лучше узнавали друг друга и находили как можно больше общего.

Ежегодно все школы, принимающие участие в этой программе, посещает представитель VVGG, который предоставляет информацию о психических заболеваниях. Каждый ученик получает буклет с описанием наиболее важных фактических данных, а учителя – подборку дополнительной информации.

На втором этапе программы пациент или его родственник посещает школу и рассказывает учащимся о своем личном опыте, касающемся психического заболевания. Затем устанавливается контакт с группой пациентов в психиатрической больнице, приюте или центре охраны психического здоровья на уровне общины и разрабатывается проект.

В конце учебного года в Брюсселе проводится конференция для всех участников – как родителей, так и детей, которые выступают с сообщениями о проведенной ими деятельности или показывают видеоматериалы о своем проекте. В 1991 г., когда началось осуществление этой программы, в ней принимали участие 5 школ и 20 учащихся. К 2003 г. их число увеличилось до 1500 учащихся из 46 школ. В осуществлении проекта принимали участие все службы охраны психического здоровья (как стационарные учреждения, так и центры охраны психического здоровья на уровне общины), расположенные во фламандской части Бельгии.

В настоящее время осуществляется множество проектов: в 2003–2004 гг. проводились такие мероприятия, как соревнования по баскетболу (школьная команда против команды пациентов); подготовка и организация празднования Рождества в одном из приютов; велосипедная экскурсия; выставка рисунков пациентов и учащихся; съемки видеofilmа; а также музыкальные и танцевальные мероприятия.

Записи в дневниках учащихся и педагогов указывают на серьезные изменения в их отношении к данной проблеме в ходе выполнения проекта. На конференции в Брюсселе 21 апреля 2004 г. один из участников рассказал присутствующим, что он с детства привык бояться обитателей психиатрической больницы в его деревне, и ему говорили, чтобы он никогда не проходил мимо нее в вечернее время. “Сейчас, – сказал он, – у меня там множество друзей, я люблю навещать их и делаю это даже после захода солнца”.

Откройте двери

В 1996 г. Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) приступила к выполнению международной программы борьбы со стигматизацией и дискриминацией, связанной с шизофренией. Спустя менее чем десять лет, программа ВПА под названием “Откройте двери” (10) была реализована в Австрии, Бразилии, Германии, Греции, Египте, Индии, Италии, Испании, Канаде, Марокко, Польше, Словакии, Соединенном Королевстве, США, Турции, Швейцарии, Чили, Японии.

В ее рамках было проведено около 200 мероприятий, направленных на борьбу со стигматизацией, достигнуто заметное повышение уровня знаний и улучшение отношения общества к данной проблеме.

Целью программы является разрушить вымыслы и превратные представления и в отношении больных шизофренией. Стигматизация создает порочный круг отчуждения и дискриминации, что может приводить к изоляции от общества, потере трудоспособности, алкоголизму или наркомании, бездомности и чрезмерному использованию стационарных лечебных заведений, что, в свою очередь, снижает шансы на выздоровление. Существующие предубеждения ухудшают качество жизни людей, страдающих шизофренией, и их семей, не позволяя им жить и работать с другими людьми.

Данная программа имеет четыре особенности, которые отличают ее от других программ в данной области:

- уделение основного внимания заболеванию шизофренией;
- тесное сотрудничество между работниками служб охраны психического здоровья и лицами, страдающими от этой болезни, а также членами их семей в разработке и реализации мер вмешательства;
- проводимые мероприятия ориентированы на конкретные группы населения, включая журналистов, работников правоохранительных органов, врачей общей практики, учащихся средних школ и государственных служащих;
- глобальный характер программы, который позволяет новым группам действия на местах изучать опыт других групп в области методологии и используемых ими материалов для коммуникации.

Веб-сайт программы (10) переведен на семь языков и служит одним из ресурсов в поддержку усилий по борьбе со стигматизацией во многих других странах.

Использованная литература⁴

1. *Open up* [video cassette]. London, Mental Health Media, 2004 (<http://www.openup toolkit.net/home/index.php>).
2. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25: 467–478.
3. *Mental health: a call for action by world health ministers*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Secretariat_report.pdf).
4. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1994, 48:275–281.

5. *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001 (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
6. Edney DR. *Mass media and mental illness: a literature review*. Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004 (http://www.ontario.cmha.ca/docs/about/mass_media.pdf).
7. Ramsay R et al., eds. *Changing minds – Our lives and mental illness*. London, Royal College of Psychiatrists, 2002.
8. Changing Minds [web site]. London, Royal College of Psychiatrists, 2004 (<http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/cminds/index.htm>).
9. Hoe Anders Is Anders? [How Different Is Different?] [web site]. Ghent, Flemish Mental Health Association (VVG), 2005 (in Flemish) (<http://www.haia.be>).
10. Schizophrenia. Open the Doors [web site]. New York, World Psychiatric Association, 2004 (<http://www.openthedoors.com>).

Дополнительные источники информации⁴

Consumer/Survivor. Mental health information. Discrimination & stigma [web site]. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2005 (<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/stigma/links.asp>).

Harassment and discrimination faced by people with psychosocial disability in health services. A European survey. Brussels, Mental Health Europe, 2005 (http://www.mhe-sme.org/en/projects_harassement.htm).

See me [web site]. Edinburgh, Highland Users Group, National Schizophrenia Fellowship (Scotland); Penumbra; the Royal College of Psychiatrists (Scottish Division) and the Scottish Association for Mental Health, 2005 (<http://www.seemescotland.org>).

SHiFT. Same world, different view [web site]. London, National Institute for Mental Health in England, 2005 (<http://nimhe.org.uk/shift/>).

⁴ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

7. Укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств

“Унция профилактики стоит фунта лечения”

– (поговорка)

Актуальные проблемы

Издержки на здравоохранение и социальные издержки

Хорошее психическое здоровье – это такое состояние душевного благополучия, которое позволяет человеку реализовать свои способности, успешно преодолевать обычные жизненные трудности, проблемы и стрессы, продуктивно и плодотворно работать и приносить пользу обществу (1). Хорошее психическое здоровье – это универсальное общественное благо, одна из важнейших составляющих здоровья и благополучия европейских граждан, одно из ключевых прав человека и необходимое условие для жизнеспособной, социально ответственной и продуктивной Европы. Оно также способствует усилению социального единства и социального капитала и повышению безопасности среды обитания (2).

Психические и поведенческие расстройства наблюдаются у людей всех возрастов и во всех регионах, странах и обществах, и в любой период времени от них страдает 10% взрослого населения (1). То или иное психическое расстройство поразит в течение жизни свыше 25% населения. В 2002 г. невропсихиатрические состояния были причиной свыше 20% всех случаев заболеваний и преждевременной смерти в европейских странах, при этом на одну лишь униполярную депрессию приходилось свыше 6% бремени болезней, выраженного в DALYs (3). Более того, психические проблемы также широко распространены и у людей с соматическими болезнями. Так, например, 22% людей с инфарктом миокарда, 27% людей с диабетом и 33% больных раком страдают от большой (выраженной) депрессии (4).

Психические проблемы – важная причина заболеваемости, а также огромного, широкомасштабного и долговременного социально-экономического ущерба. Согласно оценкам, экономический ущерб, связанный с этими проблемами, составляет 3–4% валового национального продукта (4). Помимо негативных последствий, связанных с расходами для служб здравоохранения и социальных служб, утраченной трудоспособностью и сниженной производительностью, воздействием на семьи и лиц, осуществляющих уход, с повышением преступности и уменьшением общественной безопасности и преждевременной смерти, имеется также множество других не подсчитанных расходов, таких как утраченные возможности для отдельных лиц и семей, которые пока что не учитываются (1).

Издержки, связанные с бездействием

Отсутствие психического благополучия – это угроза для общественного здоровья, качества жизни людей и устойчивости Европы. Прямые и косвенные последствия психических расстройств связаны с огромным бременем, как с точки зрения здоровья, так и социальных последствий, включая дискриминацию и маргинализацию, уменьшенную социальную сплоченность и негативные экономические эффекты (5).

Лечение психических расстройств может быть эффективным, но это происходит только после того, как болезнь уже развилась, и пациенты и их семьи перенесли значительные страдания. Психическое благополучие не может быть обеспечено только за счет лечения. В двух недавно изданных публикациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) представлены фактические данные о том, что укрепление здоровья и профилактика психических расстройств могут быть эффективными способами получения социально-экономических выгод и улучшения здоровья (6, 7).

Общественная политика по охране психического здоровья должна охватывать не только лечебно-реабилитационные меры, но и работу по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств. Это позволит улучшить здоровье людей, а также увеличить индивидуальный и социальный капитал европейских обществ. К сожалению, до сегодняшнего дня мало что делается для внедрения в практику основанных на фактических данных подходов в области профилактики и укрепления здоровья в масштабах Европейского региона.

Характер конкретных проблем

Разработка комплексной стратегии укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств – первая важная проблема, которая должна быть решена для того, чтобы страны могли успешно решать проблемы, связанные с психическим здоровьем, и укреплять психическое здоровье граждан Европейского региона ВОЗ.

Вторая крупная проблема относится к процессу осуществления, и для ее решения необходимо содействовать развитию организационной инфраструктуры и стратегий, необходимых для обеспечения долгосрочного поддержания и устойчивости программ, основанных на фактических данных.

Более того, вопросы охраны психического здоровья касаются каждого из нас, и они должны рассматриваться не только с точки зрения психического или общественного здоровья, но и с точки зрения общественной политики. Действия в интересах психического здоровья должны быть общей ответственностью, а экономическая выгода и выгода для здоровья могут быть обеспечены за счет поддержки и действий множества различных отраслей, ведомств и секторов в обществе. Таким образом, третьей важной проблемой является мобилизация поддержки со стороны самых различных секторов и отраслей, относящихся к охране окружающей среды, социальному обеспечению, трудоустройству, образованию, уголовному правосудию и жилищным вопросам, а также обеспечение связей с этими секторами.

И наконец, укрепление психического здоровья и профилактика психических расстройств возможны только в том случае, если имеется климат уважительного отношения и защиты основных гражданских, политических, экономических, культурных и социальных прав. Без безопасности и свободы, обеспечиваемой соблюдением этих прав, очень трудно поддерживать высокий уровень здоровья населения. Право на психическое здоровье воплощено в ряде международных соглашений, и страны должны принять меры для обеспечения этого права.

Пути решения вышеуказанных проблем

База фактических данных

В настоящее время имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что в случае надлежащего осуществления вмешательств и подходов, направленных на укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств, они являются эффективными и позволяют добиться целого ряда положительных результатов как в социально-экономическом плане, так и в плане здоровья (6,7).

Такие подходы включают меры, направленные на грудных детей, детей в возрасте до 6 лет и детей школьного возраста, а также на решение таких проблем, как жестокое и пренебрежительное обращение с детьми; расстройства поведения; насилие и агрессивность; применение вызывающих зависимость веществ на любых этапах жизни; плохая поддержка со стороны родителей; стресс, тревога и депрессия. Так, например, плохая поддержка со стороны родителей, жестокое обращение с детьми и психические болезни родителей грудных детей и детей раннего возраста могут привести к развитию депрессии и тревоги у этих детей на более поздних этапах жизни, а также в будущих поколениях, в то время как прочные узы между родителями и детьми и социальная поддержка со стороны семьи могут уменьшить такие риски. Эффективная поддержка и просвещение родителей, начиная с периода беременности, позволили повысить резистентность детей к болезням, улучшить их успехи в учебе и их психическое благополучие, а также добиться уменьшения рисков развития беспокойства и депрессии на последующих этапах жизни.

Стратегические инициативы как в рамках отрасли здравоохранения, так и за ее пределами, включая стратегии в отношении транспорта, образования, городского планирования, медицинского обслуживания, питания и трудоустройства, также могут значительно улучшить психическое здоровье любого сообщества (2). Так, например, объем и качество выполняемого труда оказывают выраженное влияние на относящиеся к психическому здоровью факторы, включая доходы, социальные сети и чувство самоуважения. Неуверенность в сохранении работы, безработица и малоквалифицированная работа ставят под угрозу психическое здоровье и способствуют развитию тревоги и беспокойства. Обучение групп населения, подвергающихся особому риску, в том числе в целях улучшения их способности находить работу, может им помочь вновь начать трудовую деятельность и улучшить качество работы и оплату за нее, облегчить поиск нового места работы и уменьшить риск развития депрессии и психического напряжения. Государственное управление экономикой с целью уменьшения колебаний производственного цикла, а также осуществляемые на предприятиях стратегии, такие как разделение служебных обязанностей, сокращение рабочего дня и обеспечение трудоустройства в период экономических проблем, уменьшают риск потери работы, безработицы и их негативного влияния на психическое здоровье.

Планирование в области укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств

Страны Европейского региона ВОЗ должны разработать конкретные планы действий или комплексные стратегии по укреплению психического здоровья и профилактики психических нарушений, которые должны быть приняты самым высоким политическим органом на каждом уровне. Предпринимаемые действия должны охватывать весь жизненный цикл людей, для того чтобы обеспечить здоровое начало жизни для детей и семей, школьные стратегии, направленные на повышение выносливости и иммунитета школьников, а также программы

профилактики психических расстройств и укрепления психического здоровья в зрелом и старшем возрасте. Финансовые ресурсы могут быть, например, обеспечены за счет специального фонда по охране психического здоровья, поддерживаемого за счет налогов на табак и алкоголь. Кроме того, для того чтобы успешно решать будущие проблемы, разработка эффективных стратегий по охране психического здоровья должна поддерживаться с помощью:

- наращивания потенциала и вовлечения других отраслей и неспециалистов;
- эффективного осуществления разработанных программ и планов;
- оценки и мониторинга процесса и результатов осуществления принятых планов и программ;
- обеспечения устойчивости хорошей практики на местном и национальном уровнях.

Наращивание потенциала и привлечение других секторов и непрофессиональных групп

Для эффективной профилактики психических расстройств и укрепления психического здоровья необходимы как специалисты широкого профиля, так и информированные и активные граждане. Странам Региона следует наращивать потенциал в данной области за счет обеспечения того, чтобы:

- образование профессиональных работников здравоохранения обеспечивало их знаниями, навыками и отношениями, необходимыми для укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств;
- практические работники здравоохранения имели доступ к программам непрерывного образования;
- образование работников общественного здравоохранения позволяло им выполнять функции посредников и защитников интересов психического здоровья во всех секторах и идентифицировать и использовать возможности сотрудничества с широким кругом партнеров в рамках всего общества;
- образование специалистов в других секторах позволяло им осознать, что стратегии и действия в их секторах оказывают важное воздействие на психическое здоровье населения.

Кроме того, для развития навыков проведения исследований, необходимых для проведения оценок и улучшения качества и эффективности практики, необходимы программы подготовки по междисциплинарным научным исследованиям. И наконец, людей, не относящихся к числу специалистов, следует побуждать к активному вовлечению в работу по охране психического здоровья и не только в качестве пассивных получателей профессиональной помощи, но и в качестве компетентных и убежденных сторонников укрепления здоровья в рамках своих семей, непосредственного социального окружения, школ и трудовых коллективов.

Оказание поддержки осуществлению программ и стратегий

По мере того как та или иная программа или стратегия приближаются к этапу широкомасштабного осуществления, лицам, занимающимся их реализацией, следует принять меры, необходимые для успеха этого процесса, обеспечивая соответствующую поддержку и адаптируя и модифицируя инициативы с учетом особенностей культуры каждой группы населения.

Действия, которые могут быть предприняты для осуществления политики укрепления психического здоровья, могут различаться в зависимости от уровня

ответственности и характера конкретной ситуации. В более широкой степени следует использовать административные, финансовые и управленческие рычаги, а также меры, поддерживающие реализацию программ и стратегий, проведение соответствующих исследований и подготовку кадров. Необходимым условием для успеха также являются дальнейшая работа по обеспечению качества и непрерывное совершенствование предпринимаемых мер. Гораздо больше внимания следует также уделять механизмам, используемым для информирования и вовлечения влиятельных сетей гражданского общества, поддерживающих развитие. Это важно, так как множество мероприятий и инициатив в интересах укрепления психического здоровья населения будет проводиться на низовом уровне.

Оценка существующих программ и воздействия осуществляемых стратегий

Странам Европейского региона следует разработать и применять общий набор показателей, включающий показатели состояния психического здоровья и распространенности психических расстройств и детерминанты психического здоровья, а также показатели, характеризующие уже имеющиеся инфраструктуру, стратегии и программы, способствующие укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, а также предоставлять о них соответствующую информацию. Для расширения базы знаний об эффективных видах профилактики необходимо проводить оценку расходов, выгод и воздействий проводимых программ. Особое внимание следует уделять устойчивости, длительности воздействия, культурной чувствительности и экономической эффективности результатов имеющихся программ и стратегий, а также способам их совершенствования (7). Необходимо, чтобы все отрасли и сектора несли ответственность за то воздействие, которое их стратегии и программы оказывают на психическое здоровье населения и чтобы они осознавали ту пользу для них самих, которая связана с укреплением и охраной психического здоровья. Поэтому методы оценки воздействия на психическое здоровье следует применять по отношению к любой социальной или экономической политике или программе, а также к проектам развития, которые потенциально могут оказать воздействие на психическое здоровье людей. Необходимым также является дальнейшее использование методов обеспечения качества при осуществлении политики охраны психического здоровья и ее оценке.

Обеспечение устойчивости

Воздействие программ, основанных на доказательствах, на психическое здоровье местных сообществ зависит от длительности их осуществления. Устойчивому и эффективному осуществлению программ зачастую мешают те или иные препятствия. В докладе ВОЗ по профилактике психических расстройств (7) подчеркивается, что вмешательства должны:

“основываться на собственных ресурсах и содействовать их развитию, для того чтобы в перспективе обеспечить максимум воздействия этих вмешательств на местном уровне. Для улучшения общего и психического здоровья населения на более длительную перспективу необходимо, чтобы на уровне местных сообществ сформировалось чувство ответственности за поддержку устойчивых стратегий, проводимых учреждениями здравоохранения. Для обеспечения устойчивого осуществления государственные структуры и поставщики помощи должны выбирать такие программы и стратегии, которые могут основываться на имеющихся инфраструктурах или ресурсах. Различные компоненты укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств

могут быть структурно интегрированы в существующие эффективные программы укрепления здоровья и социальные стратегии в школах, на рабочих местах или в рамках местных сообществ”.

Несколько примеров из практики

Шотландия: комплексный подход к укреплению психического здоровья

Цели национальной программы укрепления психического здоровья и благополучия населения в Шотландии (8) включают следующее:

- повышать общественную информированность о психическом здоровье и психических болезнях и содействовать укреплению психического здоровья и эмоционального благополучия;
- устранять проявления стигматизации и дискриминации, с которыми все еще продолжают сталкиваться люди с проблемами психического здоровья;
- предупреждать самоубийства и помогать людям преодолевать последствия самоубийств;
- содействовать выздоровлению людей с психическими болезнями.

В рамках этой программы охвачены все этапы и условия жизни, включая ранние годы, детство и юность, более зрелый период жизни, трудоустройство и рабочую жизнь, психическое здоровье и благополучие местных сообществ, общественные службы. Программа представляет собой национальный стратегический подход к охране психического здоровья населения, а также часть интегрированной политики охраны психического здоровья, которая вносит существенный вклад в улучшение здоровья и экономическое богатство страны, содействуя физическому и психическому благополучию всего населения. В рамках этой программы реализуется стратегия научных исследований и оценки, и каждый основной компонент работы подвергается независимой оценке. В цели программы входят сбор и распространение фактических данных по улучшению психического здоровья, а также поддержка развитию практических подходов. Программа имеет хорошо разработанную стратегию осуществления, а все заинтересованные учреждения работают в тесном сотрудничестве, что обеспечивает наилучшее использование имеющейся инфраструктуры.

Финляндия: укрепление психического здоровья детей

В Финляндии действующий с 1997 г. европейский проект укрепления здоровья в раннем возрасте (9) нацелен на разработку методов содействия взаимодействию и укреплению уз между родителями и детьми на раннем этапе, а также на эффективную профилактику психосоциальных проблем в семьях с детьми грудного и раннего возраста. В рамках национального проекта в период с 1997 до 2002 г. было подготовлено свыше 2000 медицинских сестер первичного уровня в половине муниципалитетов страны. В программе подготовки использовалось руководство по идентификации факторов риска и сфокусированным вмешательствам, которые должны использоваться как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и в сотрудничестве со специалистами, например, работающими в детских дошкольных учреждениях и в социальных службах.

Кроме того, начиная с 2001 г. проект “Эффективная семья” (10) оказывал поддержку детям родителей с психическими болезнями, конечная цель которого сводится к предупреждению будущих психических расстройств у детей. Этот проект помогает семьям продолжать свою жизнь независимо от психического расстройства одного из родителей, и он помогает как родителям, так и их детям оставаться

здоровыми и справляться с повседневными проблемами. Эта программа, используемая работниками социальных служб и здравоохранения, различными партнерами и организациями, содействует развитию профилактических подходов и сотрудничеству между службами, предназначенными как для взрослых, так и для детей. Программа основана на психообразовательном подходе и сотрудничестве со всей семьей, используя в качестве рабочих методов предложенные Beardslee профилактические вмешательства на уровне семьи, а также вмешательства типа “Давайте поговорим о детях”.

Нидерланды: специалисты по профилактике психических расстройств

Нидерланды имеют широкую систему укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств в рамках своих служб здравоохранения, клиник и неправительственных организаций. Многие из этих служб располагают специализированными бригадами укрепления психического здоровья и предупреждения психических болезней, которые финансируются муниципалитетами или национальной системой медицинского страхования. Институт Тримбоса – национальный головной институт по психическому здоровью и лечению зависимостей (11) выполняет функции координирующего центра в этой области. В частности, институт осуществляет мониторинг состояния психического здоровья населения и информирует лиц, определяющих политику, об организации, доступности и качестве лечебно-профилактической помощи. На протяжении ряда десятилетий профилактические бригады в 50 местных центрах психического здоровья разработали пакет программ профилактики, соответствующий потребностям каждого района. Согласно действующему закону, всеобщее укрепление психического здоровья – одна из задач местных служб, например в рамках школьного образования. Осуществляемые на национальном уровне программы включают курс “Как преодолеть депрессию”, который адаптирован для различных групп (например, подростков, взрослых, пожилых), и профилактические службы для детей родителей с психическими болезнями. Два университета предлагают академические курсы по вопросам профилактики и укрепления психического здоровья. Большинство из 1000 экспертов по профилактике прошли тот или иной курс специализированной подготовки и являются членами Нидерландской ассоциации профилактики и санитарного просвещения. Разработка, оценка и осуществление основанных на фактических данных программ охраны психического здоровья на систематической основе поддерживаются национальной программой научных исследований под эгидой Нидерландского совета по научным исследованиям и развитию в области здоровья.

Европа: сеть партнеров по укреплению психического здоровья

Сеть партнеров по укреплению психического здоровья (ИМНРА), в которой принимают участие 28 стран и которая поддерживается Европейской комиссией, представляет собой европейскую платформу, позволяющую поддерживать работу по определению стратегических приоритетов и распространению основанных на фактических данных знаний по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств. Эта сеть разработала европейский план действий по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, который является концептуальной основой для идентификации высокоприоритетных стратегических инициатив по улучшению психического здоровья, которые могут быть реализованы на практике и эффективность которых

уже доказана (2). В этом плане приводятся аргументы в пользу действий и фактические данные об успешных подходах и стратегиях осуществления выбранной политики, благодаря чему она служит основой для разработки эффективных планов действий на национальном или региональном уровнях. В рамках ИМНРА также составляется онлайн-регистр основанных на фактических данных мер укрепления психического здоровья и профилактики психических болезней в Европейском регионе с описанием имеющихся программ, их результатов и основных характеристик реализации этих программ. Для поддержки распространения результатов и осуществления программ и для стимулирования партнерского сотрудничества и действий на национальном уровне национальные партнеры данной сети прилагают усилия для создания в странах коалиций, объединяющих работников здравоохранения различных профессиональных категорий и уровней. Цели таких коалиций включают обмен информацией по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, развитие сотрудничества, а также стимулирование работы в этом направлении на национальном и региональном уровнях.

Участие заинтересованных сторон

Привлечение партнеров в интересах охраны психического здоровья

Для развития многоотраслевых стратегий и действий в интересах охраны психического здоровья необходимо участие широкого круга партнеров. В свою очередь, для оптимального сотрудничества всех заинтересованных сторон, отраслей и секторов необходимы соответствующие структуры и процессы. Многие из потенциальных партнеров не осознают, какую пользу они могут получить от инвестирования в укрепление психического здоровья. Таким образом, имеется необходимость в преодолении проблем, обусловленных узкоотраслевыми подходами и целями, бюджетами и мероприятиями конкретных организаций. Одной из этих проблем является отсутствие механизмов, содействующих систематическому сотрудничеству партнеров. Отрасль здравоохранения может стать лидером в активной работе по укреплению и охране психического здоровья и в вовлечении других секторов в многоотраслевые мероприятия и инициативы, преследующие единые цели и предусматривающие совместное использование ресурсов.

Такие партнерства необходимы на различных уровнях (международном, национальном, региональном и местном), и в них должны принимать участие самые различные заинтересованные стороны, такие как государственные органы, неправительственные организации, специалисты здравоохранения и других отраслей, промышленность и частный сектор, средства массовой информации и гражданское общество. Вовлечение этих отраслей и секторов – необходимое условие для обеспечения того, чтобы программы отражали реальные приоритеты, пользовались широкой поддержкой и были устойчивыми по своему характеру. Все эти инициативы сфокусированы на разработке моделей совместного планирования, таких как уставные комитеты и советы с длительным мандатом полномочий, официальные партнерские группы, специализированные рабочие группы и более неформальные и специальные модели партнерского сотрудничества.

НПО, являющиеся жизненно важным элементом современного гражданского общества, относятся к категории особенно важных партнеров, обеспечивающих режим ответственности в области охраны психического здоровья. Они информируют общественность о различных вопросах и проблемах и пропагандируют и иницируют необходимые изменения и процесс диалога по

стратегическим вопросам. Особенно важную роль играют те организации, которые занимаются гражданскими, культурными, экономическими, политическими и социальными правами, включая организации, защищающие права детей, религиозных или этнических меньшинств и лиц с физическими и психическими инвалидизирующими состояниями. Следует принять меры для усиления их роли в укреплении психического здоровья и профилактики психических расстройств.

Использованная литература⁵

1. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда*, Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (ссылка по оригиналу) (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
2. *A policy for MHP and MDP*. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).
3. *The world health report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en/>).
4. *Investing in mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/investing_mnh.pdf).
5. Jané-Llopis E, Anderson P. A policy framework for the promotion of mental health and the prevention of mental disorders. In: Knapp M, McDavid D, Mossialos E, Thornicroft G, eds. *Mental health policy and practice across Europe*. Maidenhead, Open University Press (in press).
6. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a summary report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
7. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
8. *National Programme for Improving Mental Health and Well-being in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2004 (http://www.wellontheweb.org/well/well_MainTemplate.jsp?ContentID=910&p_applic=CCC&p_service=Content.show&).
9. *The European Early Promotion Project: evaluation of a needs based approach to the promotion of child development and prevention of mental health problems*. Tampere, University of Tampere Medical School, 2005 (http://www.uta.fi/laitokset/laaket/bio/research/childpsychiatry_europeanearlypromotion.html).
10. *Effective Family Project*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (<http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html>).
11. Trimbos Institute. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction [web site]. Utrecht, Trimbos Institute, 2005 (<http://www.trimbos.nl/default37.html>).

Дополнительные источники информации⁵

European Mental Health Economics Network [web site]. Brussels, Mental Health Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).

Implementing Mental Health Promotion Action network [web site]. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net>).

⁵ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

8. Психическое здоровье и профессиональная жизнь

“Психическое здоровье работников любого предприятия может оказывать такое же важное влияние на эффективность работы предприятия, как и производственные взаимоотношения или качество подготовки кадров”.

– Howard Davies, Генеральный директор Конфедерации британской промышленности

Актуальные проблемы

Изменяющаяся производственная жизнь

Рабочее место – один из важнейших средовых факторов, определяющих наше физическое и психическое здоровье. Наша профессиональная жизнь претерпевает значительные и постоянные изменения. Примерами изменяющегося характера современной производственной жизни могут послужить телеработа, более широкое использование информационной и коммуникационной технологии, а также расширение обслуживающего сектора. Другие примеры такого рода включают большую распространенность саморегулируемых и бригадных видов работы, изменения в характере трудоустройства, сокращение штатов, заключение договоров на выполнение работы с внешними фирмами и субподрядчиками, глобализация (1). Новые формы управления, такие как поставки в строго установленные сроки и работа организаций/предприятий с максимально сокращенным кадровым составом, предъявляют к работникам более высокие требования в плане их навыков и выполняемых ими функций, а также необходимости работы по сменам и в вечернее и ночное время (2). Параллельно с этими изменениями в характере работы также происходят старение населения и увеличение доли женщин и иммигрантов в рабочей силе европейских стран, что также влечет за собой ряд последствий (1). Все эти изменения в рабочей жизни людей представляют новые проблемы с точки зрения психического здоровья и благополучия населения.

Какое влияние работа оказывает на психическое здоровье?

Влияние работы на психическое здоровье людей носит сложный характер. С одной стороны, работа – это источник личного удовлетворения и достижений, межличностных контактов и финансовой безопасности, которые являются необходимыми условиями хорошего психического здоровья. Отсутствие работы или безработица, с другой стороны, могут оказывать негативное воздействие на наше психическое благополучие. У лиц, оставшихся без работы, в два раза возрастает риск развития депрессивных симптомов и клинической депрессии по сравнению с лицами, продолжающими работать (3). С другой стороны, при плохой организации труда и в случаях, когда работа по устранению рисков на рабочих местах недостаточно эффективна, работа может оказывать неблагоприятное влияние на наше психическое здоровье и благополучие.

Связанный с работой стресс – это возможная реакция организма, когда работа предъявляет к людям требования, не соответствующие уровню их знаний и навыков, в результате чего они оказываются неспособными успешно выполнять свои служебные обязанности. Стрессовые факторы могут относиться к содержанию работы, рабочей нагрузке и месту работы, организации рабочего времени, степени участия в процессе принятия решений и возможности воздействия на этот процесс. Большинство причин стресса относятся к характеру организации работы и управления производственными процессами. Другие источники стресса могут относиться к возможности служебного роста, статусу и оплате труда, роли работников в рамках организации, межличностным взаимоотношениям, организационной культуре и неадекватной сбалансированности служебной и личной жизни (4).

Стресс оказывает различное влияние на разных людей. Он может стать причиной насилия на работе или формирования зависимости (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сексуальная распущенность, пристрастие к азартным играм, зависимость от современной технологии). Стресс может привести к психологическим проблемам, таким как раздражимость, неспособность концентрироваться, сниженная способность к принятию решений или нарушение сна. Долгосрочный стресс или травматические события на работе могут стать причиной развития психического заболевания (тревога и депрессия), приводящего к временной или даже постоянной нетрудоспособности. В Соединенном Королевстве психические заболевания – третья по распространенности причина длительной временной нетрудоспособности среди женщин и четвертая – среди мужчин. Работники с депрессивными состояниями имеют на 1,5–3,2 дня больше дней нетрудоспособности по болезни в год по сравнению с другими рабочими, а их производительность снижается примерно на 20% (5). Связанный с работой стресс также ассоциируется с физическими болезнями и проблемами со здоровьем, такими как инфаркт миокарда, гипертензия, язвы, головная боль, боль в районе шеи и спины, кожная сыпь и низкая резистентность к инфекциям (3).

Стрессы могут оказывать неблагоприятное воздействие на деятельность организации в силу таких причин, как большое число отпусков по болезни и высокая текучесть кадров, дисциплинарные проблемы и небезопасная производственная практика, а также слабая приверженность работе, низкая производительность, напряжение и конфликты между коллегами. Помимо этого из-за стрессов страдает имидж организации – как среди ее работников, так и за ее пределами, а также повышается вероятность того, что ее работники, находящиеся в состоянии стресса, будут возбуждать судебные иски (4).

Еще одним феноменом, характерным для многих рабочих мест, является психическое насилие, причиной которого является ухудшение межличностных отношений и организационные дисфункции. Одной из наиболее распространенных форм психического насилия на работе является “моббинг” (или буллинг), который можно охарактеризовать как регулярную травлю сотрудника или группы сотрудников, что создает риск для здоровья и безопасности этих лиц. Моббинг, как правило, означает злоупотребление властью по отношению к людям, неспособным защитить себя (6). Что касается индивидуальных проявлений моббинга, то они могут включать социальное исключение, распускание слухов, унижение, натравливание коллег против жертвы, насмешки, сексуальные домогательства, распространение ложной информации, угрозу насилия, словесные оскорбления (7).

Насколько распространена эта проблема?

Опрос, проведенный в 2000 г. в 15 государствах - членах ЕС, показал, что свыше половины из 160 млн. рабочих сообщали об очень высоких темпах работы (56%) или жестких сроках (60%) в течение по крайней мере одной четверти их рабочего времени. Свыше одной трети работающих не имеют возможности оказывать какое-либо влияние на порядок выполнения заданий, а 40% сообщают о монотонности выполняемой ими работы.

Связанные с работой стрессорные факторы, по-видимому, способствуют развитию проблем со здоровьем, о которых сообщают работающие. Так, в 2000 г. 15% работающих в ЕС жаловались на головную боль, 23% - на боль в области шеи и плеч, 23% - на усталость, 28% - на стресс и 33% - на боль в спине. Почти каждый десятый рабочий сообщал о том, что по отношению к нему на рабочем месте применяют тактику запугивания (8). В недавно проведенном международном обследовании, охватившем ключевые заинтересованные стороны в новых государствах - членах ЕС и странах-кандидатах, почти 90% респондентов заявили, что в их странах стресс считается одной из причин болезней и что стресс и моббинг - это результат плохой организации труда (9).

Данные, получаемые из отдельных государств-членов, являются тревожными. В Австрии 1,2 млн. рабочих сообщили, что они страдают от связанного с работой стресса по причине слишком сжатых сроков выполнения заданий. В Дании 8% служащих сообщили о том, что они часто чувствуют себя эмоционально опустошенными. В Германии 98% рабочих советов утверждают, что в последние годы отмечается возрастание стресса и давления на работе, а 85% сообщают об увеличении продолжительности рабочего времени. В Испании 32% рабочих определили свою работу как связанную со стрессом. В Швеции 9 из 10 служащих сообщили, что при выполнении своих повседневных обязанностей им постоянно приходится работать в интенсивном режиме, а 40% из них работают без обеденных перерывов (10).

Во сколько все это обходится?

В 15 государствах - членах ЕС до мая 2004 г. стоимость стресса на работе и связанных с этим проблем с психическим здоровьем, согласно оценкам, составляла в среднем 3-4% валового национального продукта, или около 265 млрд. евро ежегодно (11). Исследования показывают, что только в результате стрессов, связанных с работой, частный и государственный сектора в этих странах теряют около 20 млрд. евро по причине невыхода на работу и связанных с этими стрессами расходов на медицинскую помощь, не говоря уж о затратах, связанных со снижением производительности, большей текучестью кадров и сниженной способностью работников к инновациям (12).

В 2000 г. в Соединенном Королевстве в результате производственных факторов каждый пятый рабочий подвергался чрезвычайным или очень высоким стрессам. Ежегодно в Соединенном Королевстве на заболевания, связанные со стрессами, приходится 6,5 млн. потерянных рабочих дней, в результате чего работодатели теряют 571 млн. евро, а общество в целом - 5,7 млрд. евро. В Швеции в 1999 г. 14% из 15 000 рабочих с длительной нетрудоспособностью по болезни заявили, что причиной этого были стрессы и психическое напряжение. Общие издержки, связанные с нетрудоспособностью по болезни, для государства в целом в 1999 г. составили 2,7 млрд. евро. В Нидерландах в 1998 г. психические расстройства были основной причиной инвалидизации (32%). Стоимость же расходов, связанных с

психическими болезнями, обусловленными производственными факторами, составила, согласно оценкам, 2,26 млн. евро в год (10).

Все ли подвергаются одинаковому риску?

Не все члены общества подвергаются одинаковому риску стресса, связанного с работой. Некоторые группы рабочих (более молодые и более пожилые рабочие, женщины, этнические меньшинства, рабочие-мигранты и иммигранты) подвергаются большему риску в этом отношении. Более высокому риску стресса подвергаются также рабочие в компаниях, переживших крупные изменения, такие, например, как слияние компаний или приход новой администрации (12).

Психическое насилие на рабочих местах также связано с явлениями социального неравенства и дискриминации по признаку индивидуальных особенностей, происхождения и т.д. Чаще всего это явление наблюдается в секторах государственного управления и обороны (14%), после которых следуют сектора образования и здравоохранения, гостиничного дела и общественного питания, транспорта и коммуникаций (12%). К секторам, в которых это явление наблюдается реже всего (3%), относятся сельское хозяйство и рыбная промышленность и сектор коммунальных услуг (8).

Какие проблемы стоят перед системами здравоохранения?

Вышеприведенные цифры свидетельствуют о том, что связанные с работой стресс и психосоциальные риски являются причиной большого бремени нездоровья и социально-экономических издержек. Крайне важно, чтобы стратегии, системы и службы здравоохранения были способны адекватно решать эти проблемы. До настоящего времени большинство стратегий и служб, призванных предупреждать и устранять риски для здоровья на рабочих местах, были направлены главным образом на борьбу с физическими рисками и в их рамках, как правило, не уделялось достаточного внимания психосоциальным рискам и воздействию работы на психическое здоровье людей.

В силу вышеуказанного во многих государствах-членах проблемы с психическим здоровьем, связанные с работой, не решаются в рамках законодательства, относящегося к гигиене и безопасности труда. Существующие службы охраны труда, которые поддерживают работодателей и рабочих и служащих в оценке рисков на рабочих местах, не располагают достаточным количеством подготовленного персонала и методиками, которые необходимы для разработки эффективных профилактических мер, способных уменьшить психосоциальные риски на работе. Помимо этого очень небольшое число европейских трудящихся (менее 15%) имеют доступ к таким службам. Люди, страдающие от психических расстройств, сталкиваются с дискриминацией на рабочих местах, а также с различными препятствиями, когда они пытаются найти работу или вернуться на прежнее место работы после перенесенной болезни.

Пути решения вышеуказанных проблем

В разработанном ВОЗ Европейском плане действий по охране психического здоровья подчеркивается важность того, чтобы на рабочих местах предпринимались меры для улучшения психического здоровья людей. Для уменьшения числа проблем психического здоровья, связанных с работой, государственные органы власти, учреждения и работодатели могут предпринять меры по минимизации воздействия на здоровье работающего населения стресса, связанного с работой, и других

психосоциальных рисков, а также по улучшению доступа к работе и обеспечению социальной интеграции лиц с проблемами психического здоровья.

К этим мерам относятся следующие: учет различных аспектов охраны психического здоровья в национальных стратегиях, законодательных актах и программах, относящихся к гигиене и безопасности труда, а также в стратегиях корпоративного управления. Также важно, чтобы все работающие, и особенно подвергающиеся высокому риску, имели доступ к службам гигиены труда, способным разрабатывать и осуществлять эффективные меры защиты психического здоровья.

Возможности для охраны и укрепления психического здоровья на рабочих местах следует развивать с помощью таких подходов, как оценка риска и управление стрессовыми и психосоциальными факторами, подготовка персонала и повышение информированности. За аспектами психического здоровья, относящимися к работе, следует осуществлять мониторинг, разработав для этого соответствующие показатели и методики.

В настоящее время имеется острая необходимость в разработке и осуществлении национальных, отраслевых и учрежденческих стратегий для ликвидации связанной с психическими расстройствами дискриминации в отношении трудоустройства, а также для усиления мер, направленных на реинтеграцию, реабилитацию и профессиональную подготовку лиц, страдающих от психических проблем, равно как и адаптацию рабочих мест и рабочей практики с учетом особых потребностей таких лиц.

Ряд примеров из практики

Хорошая практика в области охраны психического здоровья на работе включает меры, предпринимаемые на национальном уровне и на уровне отдельных предприятий.

Меры на национальном уровне

В ряде государств-членов различные аспекты охраны психического здоровья уже отражены в национальном законодательстве по гигиене и безопасности труда, что создает прочную основу для охраны и укрепления психического здоровья на рабочих местах.

Закон об окружающей среде на работе, Швеция

“Условия работы должны быть адаптированы к физическим и интеллектуальным способностям различных людей. Рабочим и служащим должна быть предоставлена возможность принимать участие в формировании условий своей работы... Технология, организация труда и содержание работы должны быть спроектированы таким образом, чтобы рабочие и служащие не подвергались физическому напряжению или психическому стрессу, которые могут привести к болезням или несчастным случаям... Следует принять меры для того, чтобы предупреждать или свести к минимуму виды труда со строго контролируруемыми или ограничивающими условиями. Следует также предпринять усилия для обеспечения того, чтобы на работе были созданы возможности для разнообразия, социальных контактов и сотрудничества, а также для согласования и последовательности различных заданий”.

Независимо от того, насколько оно хорошо подготовлено, законодательство будет срабатывать только в случае его надлежащего выполнения. Так, например, датское ведомство по надзору за условиями труда (Arbejdstilsynet) включает психологов в число инспекторов в тех областях, где рабочие жалуются на симптомы

стресса, обусловленные высокой рабочей нагрузкой, сжатыми сроками выполнения заданий и отсутствием профилактических планов и планов устранения чрезвычайных ситуаций в учреждениях, работа в которых сопряжена с насилием и угрозами. Монотонные виды работы и психосоциальные проблемы относятся к числу приоритетов в государственной программе по охране здоровья и обеспечению безопасности на работе на 2002–2005 гг. (13).

Меры на уровне предприятий

Независимо от первоначальной причины психических проблем при удовлетворении относящихся к психическому здоровью потребностей своих рабочих и служащих работодателям и менеджерам приходится решать следующие основные вопросы:

- признание и принятие работы по охране психического здоровья как неотъемлемого компонента работы организации;
- обеспечение эффективного выполнения национальных антидискриминационных законов и актов;
- разработка и проведение профилактических, лечебных и реабилитационных программ, направленных на удовлетворение потребностей рабочих и служащих в области психического здоровья.

Хорошая практика по осуществлению вмешательств, направленных на улучшение психического здоровья на рабочих местах, должна:

- включать систему раннего выявления (раннего предупреждения);
- вовлекать участников в процесс управления всем проектом;
- быть интегрированной в общую философию управления;
- включать различные уровни вмешательств, т.е. на уровне индивидуумов, социальной окружающей среды и условий работы (5).

Антистрессовая программа доверительного фонда по охране психического здоровья

Доверительный фонд по охране психического здоровья, который обслуживает население крупной области в Великобритании, осознал, что на связанные со стрессом болезни его служащих приходится 20% невыходов на работу по случаю болезни. Для решения этой проблемы фонд внедрил антистрессовую пилотную программу, с тем чтобы уменьшить состояния беспокойства и напряжения среди своих служащих. В рамках этой программы были созданы группа управления стрессами, группа рассмотрения предложений и мнений представителей служащих и группы действий, а также проведен практический семинар по организационному стрессу. Благодаря принятым мерам доля временной нетрудоспособности, обусловленной стрессами, уменьшилась на 3% (3).

Меры, предпринимаемые социальными партнерами

Профсоюзы – это естественные партнеры при проведении вмешательств, направленных на уменьшение связанного с работой стресса и на укрепление психического здоровья людей на рабочих местах. Так, например, в Бельгии одна федерация профсоюзов провела крупномасштабное межотраслевое исследование для выявления основных причин стресса. В Германии профсоюз металлургов проводит активную кампанию, название которой говорит само за себя: “Компания: место преступлений–психологических нагрузок–душевного ужаса”. В некоторых странах, в частности, в Бельгии, Дании, Германии, Швеции и Соединенном Королевстве, вопросы борьбы со стрессом включены в коллективные соглашения между профсоюзами и работодателями (10).

Использованная литература⁶

1. Cox T, Rial-Gonzalez E. Work-related stress: the European picture. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*, 2002, 5:4–6 (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/en/index_3.htm).
2. European Commission. *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.pdf).
3. Harnois G, Gabriel P. *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/mental_health/media/en/73.pdf).
4. Leka S et al. *Work organisation and stress*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Protecting Workers' Health Series, No. 3) (http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf).
5. *Sector: working adults (final report)*. Dortmund, Federal Institute for Occupational Safety and Health, 2003.
6. *Bullying at work*. Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work, 2002 (Facts 23; http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/23/en/FACTSHEETSN23_EN.PDF).
7. Cassito MG et al. *Raising awareness of psychological harassment at work*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Protecting Workers' Health Series, No. 4) (http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehharassmentc.pdf).
8. Paoli P, Merllié D. *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001 (<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0121EN.pdf>).
9. Iavicoli S et al. Fact-finding survey on the perception of work-related stress in EU candidate countries. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:81–97.
10. Koukoulaki T. Stress prevention in Europe: trade union activities. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:17–27.
11. Levi L. Spice of life or kiss of death? *Working on stress*, 2002, 5:11–13 (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/en/MAGAZINE5_EN.PDF).
12. Konkolewsky HH. Stress speech: European week for safety and health. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:29–43.
13. Graversgaard J. Key role of labour inspection. How to inspect psycho-social problems in the workplace? In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:65–76.

⁶ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

9. Алкоголь и психическое здоровье

“Вначале человек пьет вино, потом вино пьет вино, а затем вино пьет человека”.

– Пословица

“Алкоголизм – это не та “игра”, где вы можете оставаться просто зрителем.
В конечном итоге в нее вовлекается вся семья”.

– Joyce Rebeta-Burditt, автор

Актуальные проблемы

Европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) характеризуется самым высоким уровнем потребления алкоголя в мире. Алкоголь является третьим по значимости предотвратимым фактором риска в Регионе и одной из основных причин психических расстройств, несчастных случаев и травм (1). Потребление алкоголя является серьезной проблемой в области психического здоровья и одним из важнейших факторов, лежащих в основе глобального бремени болезней.

Нарушения, связанные с употреблением алкоголя, признаются и классифицируются как психические расстройства. Опасные и вредные формы потребления алкоголя связаны с широким кругом проблем в области психического здоровья и поведения. Это явление имеет также социальные последствия, оказывая влияние на жизнь людей и на состояние психического здоровья тех, кто живет или работает с человеком, страдающим алкогольной зависимостью.

Нарушения, связанные с потреблением алкоголя, поддаются профилактике, и хотя полное устранение таких случаев представляется нереальным, имеются данные об эффективности целого ряда мер, которые могут способствовать значительному снижению вреда, наносимого алкоголем.

Взаимосвязь между употреблением алкоголя и психическими расстройствами проявляется различным образом:

- психически нездоровые лица подвергаются более высокому риску развития проблем, связанных с употреблением алкоголя;
- у лиц с нарушениями, связанными с употреблением алкоголя, выше вероятность развития других психических проблем;
- употребление алкоголя человеком с психическими нарушениями может:
 - снижать эффективность лечения;
 - способствовать ухудшению симптомов заболевания;
 - повышать риск развития алкогольной зависимости;
 - опасно взаимодействовать с другими лекарственными препаратами;
 - в длительной перспективе способствовать ухудшению настроения.

Любые направленные на решение проблем психического здоровья меры, предпринимаемые в рамках системы здравоохранения, должны включать вопросы, связанные с употреблением алкоголя. Существуют научно обоснованные превентивные меры воздействия как на индивидуальном уровне, так и на уровне всего населения, при этом в число наиболее эффективных вариантов стратегии в данной области входят налогообложение алкогольных напитков, ограничение распространения алкогольных напитков и усиление ответственности за управление автомобилем в состоянии опьянения. Несмотря на имеющиеся научные достижения, проблемы, связанные с употреблением алкоголя, остаются в числе наиболее серьезных проблем медицины и общественного здравоохранения.

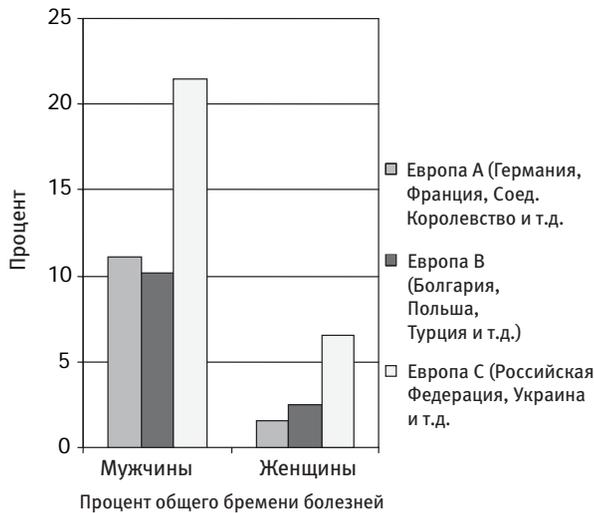
Масштаб данной проблемы

Результаты проведенного ВОЗ исследования по изучению глобального бремени болезней показывают, что употребление алкоголя является причиной 1,8 млн. смертных случаев и 4% общего бремени болезней во всем мире. Из этих 1,8 млн. смертных случаев около одной трети приходится на долю непреднамеренных травм, а на долю психоневрологических расстройств – почти 40% общего бремени болезней (2).

В Европейском регионе проживают 86,8 млн. человек (99 на каждые 1000), у которых уровни потребления алкоголя представляют угрозу для здоровья, в результате чего ежегодно по причине болезней и преждевременной смерти теряется 15,4 млн. DALYs. Из них 5 млн. DALYs (32%) теряются в связи с психоневрологическими расстройствами.

Бремя болезней, связанных с потреблением алкоголя, среди мужчин значительно выше, чем среди женщин (в соотношении 5:1) (рис. 9.1). Медицинские и социальные последствия потребления алкоголя наносят вред не только тем, кто страдает от этой пагубной привычки, но также окружающим. Наибольшее бремя страданий в результате потребления алкоголя другими людьми несут женщины (3).

Рисунок 9.1. Бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя у мужчин и женщин в различных частях Европейского региона ВОЗ в 2000 г.



Источник: Rehm (4).

Таким образом, стратегии, направленные на снижение уровня вреда, связанного с употреблением алкоголя, не только способствуют улучшению состояния здоровья и сохранению жизни тех, кто потребляет алкогольные напитки, но может также оказывать более широкое воздействие на здоровье и благополучие семей, местных общин и всего общества.

Алкоголь и депрессия

Имеющиеся данные указывают на тесную взаимосвязь между употреблением алкоголя и депрессией. Сильное пристрастие к алкоголю приводит к депрессии, а депрессия может приводить к употреблению алкоголя в опасных и вредных формах и к развитию заболеваний, связанных с алкоголем. Результаты исследований лиц, проходящих лечение, показали, что одним из следствий длительного употребления алкоголя в больших количествах является усиление депрессивных симптомов, которые обычно исчезают при снижении потребления алкоголя или отказе от него. Следует ожидать, что стратегии, направленные на снижение потребления алкоголя, в особенности среди тех, кто употребляет его в больших количествах, будут способствовать сокращению бремени болезней, связанных с депрессией.

Алкоголь и самоубийства

Взаимосвязь между потреблением алкоголя и самоубийствами или попыткой самоубийств среди лиц, употребляющих алкоголь в повышенных количествах, является установленным фактом. Риск суицидального поведения в этой группе возрастает при наличии сопутствующих психиатрических заболеваний. Частота случаев самоубийств также увеличивается с ростом потребления алкоголя на душу населения, при этом такая зависимость представляется более выраженной среди лиц более молодого возраста, чем среди пожилых людей. Кроме того, результаты научных исследований указывают на то, что частота случаев самоубийств в большей степени коррелирует с показателями потребления алкоголя на душу населения в условиях социально-культурной среды, характеризующейся нерегулярным употреблением алкоголя в больших дозах. Таким образом, связь между потреблением алкоголя и частотой самоубийств на популяционном уровне обусловлена действием социально-культурных факторов, а степень выраженности этой зависимости в целом выше в той социально-культурной среде, которая в большой степени характеризуется стремлением достичь состояния опьянения.

Алкоголь и шизофрения

Вероятность развития шизофрении выше у лиц с алкогольной зависимостью, а вероятность развития алкогольной зависимости у больных шизофренией выше, чем среди населения в целом. Результаты большинства клинических исследований, истории болезни и клинические наблюдения ясно указывают на то, что чрезмерное потребление алкоголя приводит к обострению симптомов шизофрении. Кроме того, имеются данные о том, что примерно 30% пациентов с сопутствующими заболеваниями употребляли алкоголь в опасных дозах до появления первых признаков шизофрении.

Алкоголь, агрессия и насилие

Существует тесная взаимосвязь между употреблением алкоголя и совершением преступлений, связанных с насилием, и данные научных исследований показывают, что алкоголь способствует усилению агрессивности. Степень этой зависимости

колеблется в зависимости от социально-культурной среды, при этом среди факторов, приводящих к случаям насилия, важную роль играет характер потребления алкоголя. Таким образом, последствия употребления алкоголя зависят как от социально-культурной среды, так и от черт характера пьющего человека.

Пути решения вышеуказанных проблем

Потребление алкогольных напитков является общепринятой социально-культурной традицией в большинстве частей земного шара. Тем не менее, поскольку употребление алкоголя тесно взаимосвязано с развитием психических расстройств и является одним из важнейших факторов, способствующих развитию заболеваний, травматизма, инвалидности и преждевременной смерти, многих случаев человеческих страданий можно было бы избежать, уделяя больше внимания государственным стратегиям борьбы с употреблением алкоголя в целях охраны здоровья населения, а также мерам профилактики, краткосрочных вмешательств и лечения.

Например, проводившаяся в 1985–1988 гг. в СССР антиалкогольная кампания привела к резкому сокращению потребления алкоголя, что сопровождалось резким снижением показателей смертности в этот же период. При среднестатистическом снижении потребления алкоголя на каждый литр в пересчете на чистый спирт во второй половине 1980-х годов стандартизированный по возрасту показатель смертности уменьшался на 2,7%. Уровень потребления алкоголя вновь возрос в начале 1990-х годов, результатом чего явилось резкое увеличение уровня смертности в 1990–1994 гг. Ситуация несколько улучшилась в период 1994–1998 гг., однако с 1999 г. показатели смертности вновь начали возрастать. Изменения вероятной продолжительности жизни в Российской Федерации за последние 20 лет являются следствием сложной динамики развития различных факторов, приводящих к смертельным исходам. Имеющиеся данные указывают на то, что алкоголь играет важную роль в этом отношении.

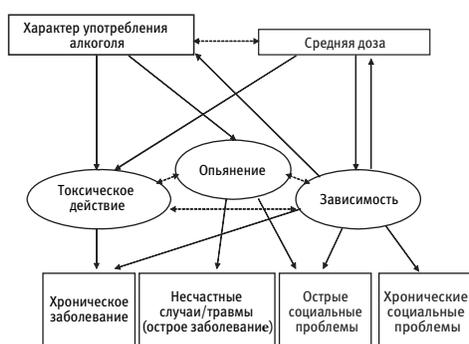
Даже краткосрочные меры вмешательства могут способствовать сокращению потребления алкоголя. Метаанализ результатов 43 краткосрочных вмешательств, проведенных службами первичной медико-санитарной помощи и аналогичными учреждениями в отношении групп населения, не обращавшихся за получением медицинской помощи, указывает на эффективность краткосрочных консультаций: в группе, где они проводились, частота таких связанных с потреблением алкоголя последствий, как алкогольная интоксикация, симптомы алкогольной зависимости и различные жизненные проблемы, снизилась на 12% по сравнению с контрольной группой.

Однако, несмотря на то, что алкоголь играет важную роль в развитии многих проблем психического здоровья, имеется немного примеров стратегий планирования мер по укреплению психического здоровья, предусматривающих целенаправленную борьбу с опасными и вредными формами употребления алкоголя.

Результаты недавно проведенных исследований внесли значительный вклад в расширение наших знаний о взаимосвязи между потреблением алкоголя и его последствиями для общества. Таким образом, существует настоятельная потребность в том, чтобы работники здравоохранения более активно пропагандировали стратегии, способствующие уменьшению вреда, наносимого алкоголем, включая лиц с сопутствующими нарушениями психического здоровья и поведения.

Потребление алкоголя как фактор риска имеет два аспекта – средняя доза и характер употребления спиртных напитков (рис. 9.2). Данные научных исследований указывают на причинную взаимосвязь между средним уровнем потребления алкоголя и более чем 60 видами заболеваний и травм. Появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что характер употребления спиртных напитков является важным фактором в отношении взаимосвязи между алкоголем и тем вредом, который он наносит организму. Важно также отметить, что 40% бремени болезней, обусловленных алкоголем, возникают в связи с острыми состояниями и таким образом поддаются предупреждению.

Рисунок 9.2. Схема потребления алкоголя, включая промежуточные результаты и долгосрочные последствия



Источник: Babor et al. (5).

Средние показатели потребления алкоголя скрывают резкие различия между индивидуальными уровнями его потребления и питейными привычками. Например, в любом обществе имеются люди, полностью воздерживающиеся от употребления алкогольных напитков. Большая часть людей, употребляющих алкогольные напитки, делают это в умеренных или малых дозах. На долю сильно пьющих людей, даже если они находятся в меньшинстве, приходится довольно большой процент общего потребления алкоголя.

Однако неблагоприятные последствия употребления алкогольных напитков не ограничиваются немногочисленными группами легко выявляемых лиц, употребляющих алкоголь в больших количествах, характеризующихся проблемным поведением или зависимых от алкоголя. Многие люди, употребляющие алкогольные напитки в умеренных дозах или нерегулярно, также страдают от проблем, связанных с алкоголем, в особенности когда алкогольные напитки используются в качестве средства для достижения состояния опьянения. Независимо от метода оценки, риск развития алкогольной зависимости возникает даже при употреблении алкоголя в низких дозах и линейно возрастает как с ростом потребления алкоголя, так и при приеме повышенных доз алкоголя от случая к случаю.

С другой стороны, большинство лиц, употребляющих алкогольные напитки, должны усматривать для себя определенную пользу от этой привычки, поскольку они согласны расходувать собственные деньги на их приобретение. Подобно тому, как характер потребления алкогольных напитков и культура застолья колеблются в значительных пределах в зависимости от социальной среды, также колеблются

распространенность и характер связанных с потреблением алкоголя положительных и отрицательных аспектов.

В долгосрочной перспективе существует потребность в разработке устойчивых стратегий и программ борьбы с алкоголем в следующих целях:

- сокращение случаев употребления алкоголя в опасных и вредных формах;
- недопущение употребления спиртных напитков при определенных видах деятельности и ситуациях, таких как вождение автомобиля или управление оборудованием, на работе или в период беременности;
- снижение общего объема потребления алкоголя;
- предоставление адекватной помощи лицам с проблемами, связанными с потреблением алкоголя, и в особенности людям с сопутствующими нарушениями психического здоровья и поведения.

Меры, осуществляемые на региональном уровне

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, возникают в самых различных ситуациях и оказывают воздействие на разных людей. В связи с этим эффективная политика в этой области должна предусматривать комплекс мер различного характера.

Три основных документа, принятых ВОЗ, обеспечили основу для действий в Европейском регионе.

С 1992 г. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя (ЕПДБА) обеспечил основу для разработки и реализации стратегий и программ борьбы с алкоголем в государствах-членах. Целью ЕПДБА на 2000–2005 гг. (6) являются предотвращение и уменьшение вреда, который может быть нанесен потреблением алкоголя в рамках Европейского региона.

В Европейской хартии по алкоголю (7), принятой государствами-членами в 1995 г., содержатся руководящие принципы и цели для укрепления и охраны здоровья и благополучия всех людей в Регионе. Хартия призывает все государства-члены разработать всеобъемлющую программу в отношении алкоголя и осуществлять программы для внедрения в жизнь в соответствии с различными культурными, социальными, правовыми и экономическими условиями.

Декларация “Молодежь и алкоголь” (8), принятая государствами-членами в Стокгольме в 2001 г., направлена на защиту детей и молодежи от принуждений к употреблению алкоголя и на снижение ущерба, причиняемого им прямо или косвенно. В Декларации вновь подтверждаются пять принципов Европейской хартии по алкоголю и подчеркивается, что политика в области здравоохранения в отношении алкоголя должна определяться интересами общественного здравоохранения безо всякого вмешательства и воздействия коммерческих интересов.

ЕПДБА, Европейская хартия и Стокгольмская декларация обеспечили возможности для разработки и реализации эффективных мер борьбы с потреблением алкоголя и таким образом внесли ценный вклад в общую стратегию развития здравоохранения в Регионе.

Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя

Основными задачами ЕПДБА на 2000–2005 гг. (6) являются:

- предупреждение вреда, который может быть нанесен потреблением алкоголя, принимая для этого следующие меры: повышение общего понимания серьезности этой проблемы, организация соответствующего образования и

просвещения, усиление поддержки политики общественного здравоохранения, направленной на решение этой задачи;

- снижение риска связанных с алкоголем проблем, которые могут иметь место в различных условиях, например, дома, на рабочем месте, в обществе или в ситуациях, связанных с употреблением спиртных напитков;
- снижение распространенности и выраженности негативных последствий потребления алкоголя, таких, например, как гибель людей, несчастные случаи, насилие, недопустимое обращение с детьми и их безнадзорность, семейные кризисы;
- организация доступных и эффективных видов лечения для лиц, страдающих от опасных и вредных форм потребления алкоголя и алкогольной зависимости;
- обеспечение лучшей защиты детей, молодежи и лиц, предпочитающих не употреблять алкоголь, от давления и принуждения к его употреблению.

Европейская хартия по алкоголю

Хартия (7) была принята на Европейской конференции “Здоровье, общество и алкоголь” (Париж, 12–14 декабря 1995 г.). Хартия устанавливает пять этических принципов и целей деятельности по борьбе с отрицательными последствиями потребления алкоголя в Европе. Ими являются:

- Все люди имеют право на семейную, общественную и трудовую жизнь, защищенную от несчастных случаев, насилия и других отрицательных последствий потребления алкоголя.
- Все люди имеют право на обоснованную, объективную информацию и просвещение, начиная с раннего периода жизни, относительно последствий потребления алкоголя для здоровья, семьи и общества.
- Каждый ребенок и подросток имеет право расти и развиваться в безопасной среде, защищенной от отрицательных последствий потребления алкоголя, и, насколько это возможно, на защиту от пропаганды и рекламирования алкогольных напитков.
- Все люди, употребляющие алкоголь опасным или причиняющим ущерб здоровью образом, и члены их семей имеют право на доступное лечение и уход.
- Все люди, не желающие потреблять алкоголь или не могущие это делать по состоянию здоровья или другим причинам, имеют право на защиту от понуждений к его употреблению и на поддержку своего поведения, характеризующегося неупотреблением спиртных напитков.

Декларация “Молодежь и алкоголь”

Молодые люди наиболее уязвимы к последствиям потребления алкоголя, и алкоголь является важнейшим устранимым фактором риска в отношении бремени болезней среди подростков и молодежи. Участники Европейской конференции ВОЗ на уровне министров “Молодежь и алкоголь” (Стокгольм, 19–21 февраля 2001 г.) приняли специальную декларацию (8), содержащую следующие основные положения:

- признание того факта, что потребление алкоголя является важной проблемой для охраны здоровья молодых людей;
- предоставление возможности участия самих молодых людей в процессе формирования политики;
- необходимость определения задач по снижению воздействия алкоголя на здоровье молодых людей на национальном и местном уровнях;

- признание того факта, что политика в отношении алкоголя, ориентированная на молодежь, должна стать неотъемлемой составной частью более широкого круга мер общественного реагирования, так как характер потребления алкоголя молодежью в значительной мере отражает устоявшиеся привычки и отношение к данной проблеме всего общества в целом.

Использованная литература⁷

1. Rehm J. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003, 9:147–156.
2. *The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>).
3. Room R et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research*, 2003, 9:165–175.
4. Rehm J. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease – An overview. *Addiction*, 2003, 98:1209–1228.
5. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
6. *Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя на 2000–2005 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2000 г. (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_7?language=Russian).
7. *Европейская хартия по алкоголю*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г. (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_7).
8. *Декларация “Молодежь и алкоголь”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1language=Russian).

Дополнительные источники информации⁷

Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies in Alcohol*, 2004, 65(6):782–793.

Klingemann H, Gmel G, eds. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Maffli E. Problem drinking and relatives. In: Klingemann H, Gmel G, eds. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf).

Petrakis IL et al. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health*, 2002, 26(2):81–89.

Rehm J. Alcohol. In: Ezzati M et al, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.

Shkolnikov VM, Nemtsov A. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In: Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F, eds. *Premature death in the new independent states*. Washington DC, National Academy Press, 1997.

Shkolnikov VM, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*, 2001, 357:917–921.

Tikkanen M. *The love story of the century*. San Bernardino CA, Borgo Press, 1984.

⁷ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

10. Предупреждение самоубийств

“Я действительно полагал, что Венди становилось лучше и что ей оставалось только держаться до конца. Теперь я понимаю, что именно в такие моменты люди становятся наиболее ранимы. У них есть некоторый запас сил, и они могут понимать, что с ними происходит, и, конечно же, это очень сильно расходится с тем, чего бы они хотели. Им кажется, что надежды больше нет, и именно это случилось с Венди, как она написала в своей записке”.

– Вдовец, в личной беседе с сотрудником Европейского регионального бюро ВОЗ по охране психического здоровья

Актуальные проблемы

Самоубийство – это не только трагедия отдельного человека, но также серьезная проблема общественного здравоохранения, в особенности в Европейском регионе ВОЗ. За период с 1950 по 1995 г. показатели распространенности самоубийств во всем мире (мужчины и женщины вместе) возросли на 60% (1). Самоубийство в настоящее время является ведущей причиной смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности мужского пола. Среди причин смерти в возрастной группе 15–35 лет в Европейском регионе самоубийства занимают второе место после дорожно-транспортных происшествий.

Согласно последним имеющимся данным, ежегодно в результате самоубийств погибают примерно 873 000 человек во всем мире, включая 163 000 в Европейском регионе (2). Хотя в глобальном масштабе самоубийства находятся на тринадцатом месте среди причин смерти, в Европейском регионе они находятся на седьмом месте. Самые высокие показатели распространенности самоубийств в Европейском регионе являются также самыми высокими в мире.

Возрастающая проблема

Как в бедных, так и в богатых странах отмечается рост числа случаев психических расстройств и саморазрушающего поведения (3). Согласно всем прогнозам, в ближайшее десятилетие число случаев суицидального поведения резко возрастет, если не будут приняты эффективные превентивные меры.

В странах Европейского региона среднее число случаев самоубийств составляет 17,5 на 100 000 населения. Данные о смертности, содержащиеся в базе данных ВОЗ по достижению здоровья для всех за последний год (4), показывают, что эти показатели колеблются в значительных пределах в рамках Региона – от 44,0 в Литве, 36,4 в Российской Федерации и 33,9 в Республике Беларусь до 5,9 в Италии, 4,6 на Мальте и 2,8 в Греции. Разность между этими показателями для новых независимых государств, ранее входивших в состав Советского Союза (ННГ), и стран

Европейского союза (ЕС) составляет 15,8 на 100 000 населения. Наблюдаются также очень большие различия между мужчинами и женщинами во всех возрастных группах. Например, в Литве число самоубийств на 100 000 человек составляет 81,7 среди мужчин и 11,5 – среди женщин; в Казахстане эти показатели соответственно равны 58,8 и 9,1, а в Латвии – 48,8 и 10,4.

Социальные и экономические последствия

Психологические, социальные и экономические последствия самоубийств для семьи и общества не поддаются измерению. В среднем каждый случай самоубийства оказывает непосредственное воздействие по меньшей мере на 6 человек. Если самоубийство совершается в школе или по месту работы, это оказывает воздействие на сотни людей.

Помимо потери жизни самоубийство наносит длительную психологическую травму семье, друзьям и знакомым, а также экономический ущерб обществу.

Время самоубийств может быть оценено в показателях DALYs (число лет жизни, скорректированных на инвалидность). В 2002 г. на долю травм, умышленно нанесенных самому себе, приходилось 1,4% общего бремени болезней во всем мире (2) и 2,3% бремени болезней в Европейском регионе. Прямые затраты связаны с лечением и госпитализацией после попыток самоубийства, а косвенные издержки представляют собой потенциальные потери в доходах на протяжении жизни по причине инвалидности в результате попытки самоубийства и преждевременной смерти.

Факторы риска

Суицидальное поведение имеет множество причин. Оно связано с целым комплексом сложных факторов, которые взаимодействуют друг с другом и создают реальную опасность для отдельных людей. К ним относятся:

- психиатрические факторы, такие как сильная депрессия, шизофрения, употребление алкоголя и наркотиков, а также тревожные расстройства;
- биологические факторы или генетические особенности (наличие случаев самоубийств в семейном анамнезе);
- жизненные события (потеря любимого человека, потеря работы);
- психологические факторы, такие как межличностный конфликт, насилие или наличие в анамнезе случая физического и сексуального насилия в детстве, а также чувство беспомощности;
- социальные факторы и факторы окружающей среды, включая наличие средств для совершения самоубийства (огнестрельное оружие, токсичные газы, лекарственные средства, гербициды и пестициды), социальную изоляцию и экономические трудности.

Некоторые факторы риска изменяются в зависимости от возраста, пола, сексуальной ориентации и этнической группы. Маргинализированные группы, такие как меньшинства, беженцы, безработные, лица, находящиеся в местах заключения или побывавшие в них, а также лица, уже страдающие психическими заболеваниями, подвергаются повышенному риску.

Защитные факторы

Риск самоубийства может быть уменьшен при наличии достаточно сильных защитных факторов. Такие факторы связаны с ощущением эмоционального

благополучия, социальной интеграцией путем занятия спортом, участия в церковных собраниях, клубах и т.д., поддержанием тесных связей с семьей и друзьями, высокой самооценкой, обеспечением благоприятных физических и средовых условий, таких как хороший сон, сбалансированное питание, физическая нагрузка и отсутствие наркотиков, а также наличием различных источников получения положительных эмоций.

Пути решения вышеуказанных проблем

Принимая во внимание значимость данной проблемы здравоохранения, во многих странах предпринимались значительные усилия, направленные на предупреждение самоубийств (5). ВОЗ опубликовала обновленный перечень национальных стратегий предупреждения самоубийств в государствах - членах Европейского региона ВОЗ (6). Показатели самоубийств могут быть снижены путем лечения лиц, испытывающих состояние депрессии и тревоги. Результаты исследования подтверждают положительный эффект применения антидепрессантов и психотерапии.

На совещании ВОЗ по стратегиям предупреждения самоубийств в Европе, состоявшемся в 2004 г., организаторы здравоохранения и эксперты в области психического здоровья и суицидального поведения из 36 государств - членов Европейского региона обсудили текущую ситуацию и опыт работы по предупреждению самоубийств и сформулировали рекомендации в отношении стратегий предупреждения самоубийств.

По результатам совещания были сделаны следующие выводы:

- Самоубийства и попытки самоубийства представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения. В некоторых странах в результате самоубийств погибает больше людей, чем от дорожно-транспортных происшествий.
- Важными аспектами суицидального риска являются возраст и пол, и при разработке программ предупреждения самоубийств необходимо принимать во внимание существующие тенденции в данной области.
- Сообщения средств массовой информации, в которых случаи самоубийств могут представляться в привлекательном виде, отрицательно влияют на восприятие данного явления общественностью и могут способствовать росту числа случаев суицидального поведения.

Основными рекомендациями являются:

- Для предупреждения самоубийств и попыток самоубийства необходимы усилия всей системы здравоохранения. Бремя самоубийств настолько высоко, что ответственность за работу в данной области должно взять на себя все правительство, при этом ведущую роль должно играть министерство здравоохранения.
- Необходимо разработать программы предупреждения самоубийств. Они должны предусматривать конкретные меры воздействия для различных групп повышенного риска (например, с учетом возраста и пола), включая задачи различных секторов (образование, рынок труда, социальное обеспечение и т.д.); следует проводить оценку их эффективности.
- Работники учреждений здравоохранения и в особенности служб неотложной помощи должны быть обучены методам выявления суицидального риска и должны активно сотрудничать со службами охраны психического здоровья.
- Просветительная работа среди работников здравоохранения и населения в целом

должна начинаться на самом раннем этапе, при этом основное внимание следует уделять как факторам риска, так и защитным факторам.

- Необходимо проведение научных исследований, ориентированных на политику, и оценки эффективности программ предупреждения самоубийств.
- Необходимо привлекать к участию в этой деятельности средства массовой информации и повышать уровень их знаний в области предупреждения самоубийств, а также активно способствовать соблюдению разработанного ВОЗ кодекса поведения в отношении освещения проблемы самоубийств (7) средствами массовой информации.

Европейский план действий по охране психического здоровья предусматривает целый ряд конкретных мер, включая:

- измерение базовых уровней показателей стресса и выявление групп повышенного риска;
- осуществление программ просвещения, информирования и поддержки, направленных на представителей маргинализированных групп; и
- создание групп самопомощи, телефонных линий и веб-сайтов для помощи лицам в кризисных ситуациях.

Стратегии предупреждения самоубийств

Стратегии предупреждения самоубийств должны охватывать следующие вопросы:

- выявление и ограничение доступа к средствам совершения самоубийств;
- повышение эффективности работы служб здравоохранения и обеспечение поддержки и реабилитации лиц с суицидальным поведением;
- совершенствование методов диагностики и последующего лечения;
- обеспечение более полного понимания сотрудниками здравоохранения своего отношения к проблеме предупреждения самоубийств и психических заболеваний и “запретных тем” в данной области;
- усиление просветительной работы среди населения в области психических заболеваний и их выявления на ранней стадии;
- поддержка средств массовой информации, информирующих о случаях самоубийств и попыток самоубийств;
- содействие проведению научных исследований по вопросам предупреждения самоубийств, а также по сбору данных о причинах самоубийств, избегая дублирования статистического учета.

Некоторые примеры национальных программ предупреждения самоубийств

Национальная стратегия предупреждения самоубийств в Финляндии (1986–1996 гг.) (8) осуществлялась в масштабах всей страны, включая организацию мероприятий на местном, региональном и общенациональном уровнях. Проводилась систематическая оценка ее эффективности – как внутренняя, так и внешняя, что позволяет считать достигнутые результаты успешными (9). Данная стратегия включала проведение просветительной работы среди населения, улучшение доступа к службам охраны психического здоровья, оказание помощи в кризисных ситуациях, ограничение доступа к средствам совершения самоубийства, повышение квалификации работников здравоохранения, повышение уровня знаний о факторах сопутствующей заболеваемости, мониторинг случаев попыток самоубийства и ведение учета лиц с повышенным риском, в отношении которых необходимо применение превентивных мер. Программа предусматривала действия со стороны

работников здравоохранения, социальных служб и государственных учреждений, не требуя совершения каких-либо конкретных действий лицами, потерявшими своих близких в результате самоубийства.

Несколько примеров других национальных программ, осуществляемых в настоящее время:

“Выбери жизнь” – национальная стратегия и план действий по предупреждению самоубийств в Шотландии (2002 г.) имеют целью снизить частоту самоубийств на 20% к 2013 г. Была создана национальная сеть, включающая представителей местных советов, полиции, служб скорой медицинской помощи, служб помощи при несчастных случаях и чрезвычайных ситуациях, тюремных служб и основных неправительственных организаций (НПО). Была также разработана национальная программа подготовки кадров и наращивания потенциала в данной области. Программа осуществлялась в 32 районах, и в местных планах действий основное внимание уделялось достижению трех основных задач:

- обеспечить координацию деятельности в области предупреждения самоубийств между службами здравоохранения, социальной помощи, образования, жилищного хозяйства, полиции, социального обеспечения и занятости;
- разработать программы подготовки многопрофильных специалистов для наращивания потенциала по обеспечению предупреждения самоубийств;
- оказывать финансовую поддержку осуществлению мер вмешательства на уровне местных сообществ и микрорайонов (10).

План действий по предупреждению суицидального поведения в Эстонии предусматривает конкретные меры по выполнению различных стратегий, направленных на работу с определенными группами населения, и содержит детальное описание целей, программ, сроков, категорий ответственных лиц, ожидаемых результатов, рисков и т.д. Данный план предусматривает создание национального центра, располагающего официальными полномочиями и финансовыми средствами, для координации и развития деятельности в области предупреждения самоубийств в стране. Основными элементами этого плана являются мониторинг случаев попыток самоубийства и учет лиц с повышенным риском, в отношении которых необходимо принятие превентивных мер.

Национальная программа предупреждения самоубийств в Германии (*Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*) (2003 г.) (11) характеризуется большим разнообразием рабочих групп, административных органов и федеральных учреждений, охваченных ею. Она предусматривает проведение следующих мероприятий: просветительная работа среди населения, оказание помощи в кризисных ситуациях, предупреждение самоубийств среди детей и молодежи, предупреждение самоубийств на рабочих местах, ограничение доступа к средствам совершения самоубийств, выявление и лечение лиц с депрессией и связанными с ней состояниями, а также лечение конкретных психических расстройств, обучение медицинских специалистов и повышение уровня знаний о факторах сопутствующей заболеваемости.

Специальные рабочие группы занимаются вопросами нарушений здоровья, вызванных токсикоманией, и работой с группами населения повышенного риска, а также с лицами, оставшимися в живых после попытки самоубийства и членами семей, лишившихся своих близких. Одним из ключевых аспектов данной программы является работа со средствами массовой информации.

Для предупреждения самоубийств среди подростков в Дании была разработана

программа обучения, предусматривающая осуществление пилотных проектов в школах и других образовательных учреждениях. В ее осуществлении принимают участие преподаватели, работники, занимающиеся вопросами молодежи, священнослужители, врачи, медсестры, социальные работники и др. “Как общаться с подростком” является программой, направленной на предоставление родителям основной информации о ведении диалога и оказании помощи лицам в состоянии фрустрации, а также обучение их тому, как следует сохранять тесные взаимоотношения со своими детьми⁸.

Борьба со стигматизацией

Самоубийство долго являлось запретной темой, и такие случаи по-прежнему сопровождаются чувством стыда, страха, вины и неловкости. Многие люди испытывают трудности с обсуждением суицидального поведения, что неудивительно, поскольку это сопряжено с чрезвычайно серьезными религиозными и юридическими запретами. Представления о самоубийстве как о благородном или презираемом действии, смелом или трусливом поступке, рациональном или иррациональном поведении, криком о помощи или отказом от нее не только вызывают замешательство, но также приводят к двойственному отношению к вопросу предупреждения самоубийств. Во многих странах лишь в конце 20-го столетия религиозные санкции были отменены, и акты самоубийства перестали считаться уголовным делом. Самоубийство нередко воспринимается как нечто предопределенное, как действие, которое невозможно предотвратить.

Такие запреты и представления являются важными факторами, препятствующими осуществлению программ предупреждения самоубийств. Лица, работающие в данной области, должны знать о том, что необходимо не только повышать уровень знаний, но также пытаться изменить подсознательные представления и отношение к предупреждению самоубийств. Работа такого рода имеет большое значение, подготавливая почву для развития программ предупреждения самоубийств, в рамках которых возможна передача научных, клинических и практических знаний и опыта в данной области.

Участие заинтересованных сторон

Примеры участия заинтересованных сторон могут быть найдены в разных странах Европейского региона.

Международная ассоциация по предупреждению самоубийств (12) является НПО, поддерживающей официальные отношения с ВОЗ, в рамках которой работают специалисты и добровольцы из более чем 50 стран мира, задачей которых является предупреждение суицидального поведения, уменьшение его последствий и предоставление форума для обмена мнениями между научными работниками, специалистами в области психического здоровья, работниками по предоставлению помощи в кризисных ситуациях, добровольцами и лицами, оставшимися в живых после попытки покончить с собой.

Другие организации играют важную роль в предоставлении бесплатной помощи людям, предрасположенным к совершению самоубийства, путем личных встреч, по почте или по сети Интернет, не осуждая их и соблюдая конфиденциальность. Одна из старейших организаций в Европе “Самаритяне” (13) создала международную сеть

⁸ Дополнительную информацию можно получить по следующему адресу: Centre for Suicide Research, Søndergade 17, 5000 Odense C, Denmark (тел.: +45 66 13 88 11).

служб помощи, осуществляемой добровольцами, обладающими специальными навыками выслушивания собеседника и проявления сочувствия для оказания конфиденциальной эмоциональной поддержки всем людям, склонным к совершению самоубийства или находящимся в отчаянии.

Во многих странах Европы были созданы различные центры предупреждения самоубийств для своевременной помощи и вмешательства. Работа таких центров включает создание телефонных линий помощи в кризисных ситуациях, обучение лиц, непосредственно работающих в данной области и врачей общей практики, оказание поддержки лицам, пережившим это событие (друзьям и членам семьи, пережившим смерть близкого человека, покончившего с собой), проведение научных исследований и просветительной работы среди населения по вопросам самоубийств.

Verder (“Жить дальше”) (14) является сетью по поддержке лиц, оставшихся в живых после попытки самоубийства, во Фландрии (Бельгия), в состав которой входит 15 групп поддержки по всему фламандскому региону, осуществляющих и координирующих деятельность по оказанию помощи людям, оставшимся в живых после попытки самоубийства, помогая им преодолеть свои страдания и боль. Этой организацией опубликован буклет (15), содержащий основную информацию о том, как пережить тяжелую утрату и оказать поддержку лицам, пережившим смерть близких людей в результате самоубийства. Эта публикация бесплатно предоставляется врачам общей практики, стационарным учреждениям, центрам охраны психического здоровья, линиям помощи, группам самопомощи, центрам помощи жертвам и социальным службам, а также предлагается вниманию всего населения через средства массовой информации.

К числу других инициатив относится показ театрализованного представления, посвященного проблемам выживания, по всей стране, а также присуждение премии журналистам за ответственное и уважительное освещение проблем самоубийства и выживания. Данная организация выпустила “Хартию прав лиц, оставшихся в живых после попытки самоубийства”, которая была принята и переведена другими организациями в Европе.

Выживший имеет право:

- знать правду о самоубийстве;
- жить полноценной жизнью, испытывая радости и печали, не подвергаясь стигматизации или осуждению;
- получать поддержку со стороны родственников, друзей, специалистов и использовать собственный опыт на благо других людей;
- становиться другим человеком: существует жизнь до самоубийства и жизнь после него.

В Украине, относящейся к числу стран с наивысшими показателями самоубийств среди мужчин (61,8 на 100 000) (16), НПО “Экологическое здоровье человека” (Одесса) работает преимущественно с тюремными службами и украинской армией, предлагая проведение курсов обучения по предупреждению самоубийств для офицерского состава и врачей, работающих в пенитенциарных учреждениях.

В Сербии и Черногории ассоциация Srce (“Сердце”) (17) работает более 10 лет в районе Нови Сад, предлагая духовную поддержку по телефону лицам, находящимся в кризисной ситуации, и организуя программы помощи на местах для старшеклассников.

Европейская неправительственная организация Mental Health Europe (Психическое здоровье в Европе) (18) осуществляет деятельность, направленную на повышение уровня информированности общественности о бремени самоубийств, и

способствует большему осознанию значимости программ предупреждения самоубийств лицами, формирующими политику. Она помогает членским организациям, в особенности в странах Центральной и Восточной Европы, предпринимать действия и разрабатывать проекты с участием национальных и местных ведомств и организаций, учебных и научных учреждений европейских стран, лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья, и общественных организаций.

Использованная литература⁹

1. Bertolote JM, Fleischmann S. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002, 1(3):181–186.
2. *The world health report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf).
3. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996.
4. WHO European health for all database – Mortality indicators (HFA-MDB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1).
5. Health Evidence Network. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>).
6. *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
7. *From the margins to the mainstream: putting public health in the spotlight: a resource for health communicators*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/document/e82092_6.pdf).
8. *Suicide can be prevented. Fundamentals of a target and action strategy*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1993.
9. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. *Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992–1995: goals, implementation and evaluation*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1999 (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/mu161.pdf>).
10. *Choose Life. A national action plan and strategy to prevent suicide in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2002 (<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/class.pdf>).
11. *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2004 (<http://suizidpraevention-deutschland.de/>).
12. International Association for Suicide Prevention [web site]. Gondrin, IASP central Administrative Office, 2000 (<http://www.med.uio.no/iasp/index.html>).
13. Samaritans [web site]. Ewell, Samaritans, 2005 (<http://www.samaritans.org.uk>).
14. Verder [web site]. Halle, Werkgroep Verder, 2005 (<http://www.werkgroepverder.be>).

15. *WegWijzer voor Nabestaanden na Zelfdoding* [Roadmap for suicide survivors]. Halle, Werkgroep Verder, 2004 (<http://users.pandora.be/nazelfdoding.gent/WegWijzer2004.pdf>).
16. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
17. Srce [web site]. Novi Sad, Centar Srce, 2001 (<http://www.centarsrce.org.yu>).
18. Mental Health Europe [web site]. Brussels, Mental Health Europe, 2005 (<http://www.mhe-sme.org>).

⁹ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

11. Психическое здоровье детей и подростков

“Международное медицинское сообщество озабочено состоянием психического здоровья нашей молодежи... это бомба замедленного действия, часовая механизм уже заведен, и, если не предпринять нужные действия, миллионы наших детей почувствуют на себе последствия”.

– Д-р Hans Troedsson, бывший директор отдела ВОЗ по охране здоровья детей и подростков

Актуальные проблемы

Примерно 2 миллиона молодых людей в Европейском регионе ВОЗ страдают психическими расстройствами – от депрессии до шизофрении, и многие из них не получают какой-либо помощи или лечения. В то же время состояние психического здоровья детей и подростков имеет важное значение для обеспечения и поддержания устойчивого развития общества. Европейские страны традиционно играли ведущую роль в разработке программ, направленных на защиту психического здоровья детей и подростков, однако новые задачи требуют расширения усилий для удовлетворения потребностей, возникающих в двадцать первом веке. Иммиграция, миграция, изменение в структуре семьи, изменения возможностей трудоустройства в будущем, а также постоянный стресс, связанный с конфликтами, оказывают воздействие на состояние психического здоровья детей и подростков и в конечном счете на здоровье населения отдельных стран и всего Региона.

В настоящее время признается, что многие психические расстройства, наблюдающиеся у взрослых людей, возникают в детском возрасте. В подростковом возрасте значительно возрастает распространенность многих психиатрических проблем, таких как депрессия и суицидальное поведение (1,2).

До 20% детей и подростков во всем мире страдают проблемами психического здоровья, приводящими их к инвалидности (3). Имеющиеся данные указывают на то, что за последние несколько десятков лет общая распространенность психиатрических проблем среди детей не увеличилась (4). В то же время частота случаев депрессий, по данным самоотчетов, возросла, так же как и частота случаев вновь поставленных диагнозов. Многие психические расстройства носят рекуррентный или хронический характер.

Четыре процента лиц в возрасте от 12 до 17 лет и 9% лиц в возрасте 18 лет страдают депрессией, которая является одним из наиболее распространенных видов расстройств с самыми разнообразными последствиями (5). Психические расстройства в настоящее время чаще, чем ранее, диагностируются у молодых девушек, в особенности с депрессивными симптомами. Депрессия связана с

проблемой самоубийств среди молодежи, которая чрезвычайно актуальна во многих странах и является третьей по значимости причиной смерти среди молодых людей (3). Geller (6) сообщает о взаимосвязи между серьезными депрессивными расстройствами в препубертатном возрасте и диагнозом биполярного расстройства, серьезного депрессивного расстройства, аддиктивного расстройства, а также самоубийствами в зрелом возрасте. Употребление алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте приводит к многочисленным последствиям, при этом следует особо выделить наблюдаемую взаимосвязь со случаями самоубийств и других форм поведения, представляющих угрозу для жизни, например актами насилия, а также смертностью в результате дорожно-транспортных происшествий. Имеются данные, указывающие на рост числа случаев сочетанных заболеваний, т.е. психиатрических расстройств в сочетании с употреблением алкоголя или наркотиков. Преморбидная или продромальная стадия шизофрении нередко возникает в подростковом возрасте, и выявление и лечение этой болезни на раннем этапе может способствовать улучшению прогноза (7).

Некоторые виды психических расстройств

К числу наиболее распространенных заболеваний, являющихся предметом широких дискуссий, относятся посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) и гиперкинетические расстройства или синдром нарушения (или дефицита) внимания с гиперактивностью (СНВГ). В некоторых частях Европейского региона, в частности на Балканах, диагноз ПТСР в настоящее время широко распространен. Постановка этого диагноза включает элементы, которые хорошо иллюстрируют всю сложность понимания психических расстройств в детском возрасте и их последствий. Представляется вероятным, что расстройства данного типа чаще проявляются в условиях конфликтов и стрессовых ситуаций, однако на их развитие оказывают также влияние такие факторы, как семейные обстоятельства, возможности оперативного реагирования на уровне общины, а также наличие психиатрических заболеваний в анамнезе. Аналогичным образом диагноз гиперкинетического расстройства или СНВГ в настоящее время весьма распространен в клинической практике многих медицинских учреждений, однако он продолжает носить спорный характер, учитывая то значение, которое придается контекстуальным факторам. Использование стандартизированных диагностических критериев затруднено из-за отсутствия достаточно квалифицированных кадров, и данный диагноз может быть связан с нарушением функций семьи, а не с психопатологическими нарушениями индивидуального характера и может отражать недостатки системы образования. Данные Leibson (8) показывают, что средний уровень затрат на медицинскую помощь за девятилетний период составил 4306 долл. США для детей с диагнозом СНВГ и 1944 долл. США для детей, не страдающих этим расстройством, что объясняется более частым использованием услуг неотложной медицинской помощи, а также частотой обращений к врачам первичного звена здравоохранения для получения амбулаторно-клинической помощи. Эти суммы не включают стоимость услуг психиатрических учреждений или других видов специализированной помощи в области психического здоровья.

Проводились исследования расстройств поведения в различных условиях. Психические расстройства этого типа относятся к числу наиболее распространенных среди молодежи. Согласно имеющимся данным, распространенность расстройств поведения в Соединенном Королевстве составляет 7,4% среди мальчиков и 3,2% среди девочек. Эти показатели выше в районах, где проживает малообеспеченная

часть населения, в семьях с одним родителем и в семьях безработных (9). Распространенность нарушений этого типа в западных странах за последние 70 лет возросла в пять раз (10). Постановка данного диагноза в раннем возрасте имеет важное значение, так как он может быть связан с последующим развитием психопатологических нарушений и, в частности, делинквентным поведением. Существует взаимосвязь между этим диагнозом и совершением преступлений в зрелом возрасте, проблемами в супружестве, плохими взаимоотношениями в коллективе, безработицей и ухудшением физического здоровья (11). Расстройства поведения могут указывать на возможность развития таких проблем, как плохая успеваемость, наркотическая зависимость и токсикомания, тревожные состояния, депрессия и самоубийства. У 25–40% детей с таким диагнозом в зрелом возрасте развиваются асоциальные расстройства личности.

В последние годы возросла также распространенность расстройств приема пищи. В Соединенном Королевстве такие расстройства диагностируются у 1% населения. Широко бытует мнение о том, что нервная анорексия и нервная булимия связаны с отношением населения западных стран к вопросам поддержания своей физической формы, веса и соблюдения диеты. Проведенные исследования действительно подтверждают данное предположение, но также свидетельствуют о том, что у людей, проживавших в самых различных условиях, под воздействием таких представлений, свойственных западному обществу, расстройства приема пищи развиваются с такой же частотой, как и у жителей западных стран (12,13). Расстройства приема пищи следует считать нарушениями, последствия которых проявляется в течение всей жизни. Результаты исследования, проведенного среди студентов высших учебных заведений, показали, что у 21,6% девушек с расстройством приема пищи клинические признаки таких нарушений наблюдались даже спустя 10 лет (14).

Получение услуг для удовлетворения основных потребностей человека является одним из основных прав, закрепленных в Европейской социальной хартии (15), однако недавно проведенные обзорные исследования по изучению служб для детей и подростков указывают на значительные качественные и количественные различия в отношении наличия таких служб и их уровня в различных странах Европейского региона. Результаты исследования, проведенного в 31 европейской стране, свидетельствуют, что показатели предоставления таких услуг, а также число детских психиатров в разных странах Региона колеблются в широких пределах (от 1 на 5300 до 1 на 51 800 человек в возрасте до 20 лет) (16). Наличие персонала клинических служб для предоставления психиатрических услуг детям колеблется в зависимости от уровня доходов (16,17). В ходе подготовки атласа ВОЗ (17) были получены данные о том, что в 23% стран отсутствуют программы для детей. Лишь 10–15% молодых людей с проблемами психического здоровья получают помощь со стороны существующих служб охраны психического здоровья детей. Показатели предоставления специализированной помощи колеблются в широких пределах: например, в Финляндии и Франции на 1 специалиста по детской психиатрии приходится 10 000 человек в возрасте до 20 лет, в Соединенном Королевстве – 30 000, а в Сербии и Черногории – 50 000 человек и более.

Социальные последствия

Наличие в обществе детей и подростков, подвергающихся риску развития психических расстройств или проявляющих их признаки, ведет к дестабилизации ситуации в обществе в целом. Диагноз расстройства поведения и наличие

психических расстройств в сочетании с потреблением и злоупотреблением алкоголем и запрещенными наркотическими средствами связан с актами насилия, преступной деятельностью, другими формами антисоциального поведения, а также с неспособностью этих лиц стать созидательными членами общества в своих странах и местных сообществах.

Финансирование

Финансирование служб охраны психического здоровья, в особенности предназначенных для детей и подростков, колеблется в широких пределах в разных странах Европейского региона. В прошлом населению экономически развитых стран Северной и Западной Европы обеспечивался относительно легкий доступ к высококачественным службам с некоторыми ограничениями. Страны Восточной Европы, входившие в состав коммунистического блока, располагали службами, которые были относительно легкодоступны, хотя качество их деятельности не всегда поддавалось проверке. В настоящее время с развитием процессов приватизации и в условиях экономического спада в ряде стран эти службы стали значительно менее доступными. Введение систем “регулируемого медицинского обслуживания” и различных схем страхования, часто основанных на опыте стран Западной Европы, деформировали деятельность ранее функционировавших, хотя и требовавших больших затрат, служб.

Результаты исследования, проведенного в ходе подготовки атласа ВОЗ, показали, что слишком часто единственным средством получения семьями необходимой помощи для своих детей или подростков, страдающих психическими расстройствами, является оплата услуг за счет собственных средств. Очевидно, что это ограничивает возможности доступа. Разные страны используют самые различные схемы предоставления необходимых услуг, при этом некоторые из них отходят от принципа предоставления всесторонней помощи, финансируемой государством. Доступ к лекарственной терапии, в особенности к новейшим лекарственным препаратам, имеющим потенциально большую эффективность, ограничивается, когда платить за это должны те, кто нередко не обладает достаточными материальными возможностями.

Пути решения вышеуказанных проблем

Некоторые рекомендации перспективного характера были высказаны в ходе совещания по вопросам охраны психического здоровья детей и подростков, состоявшегося в Люксембурге в сентябре 2004 г. Данное совещание было совместно организовано Европейской комиссией, Министерством здравоохранения Люксембурга и Европейским региональным бюро ВОЗ. В сделанных по результатам его работы выводах подчеркивалось важное значение повышения приоритетности и обеспечения должного финансирования служб охраны психического здоровья детей младшего и старшего возраста и подростков, что должно предусматриваться в национальных планах в качестве одного из элементов национальной политики в области здравоохранения (18). Подчеркивалось также важное значение использования инициатив по оказанию помощи на уровне общины, подготовки кадров и участия в этой деятельности самих потребителей услуг. Рекомендации данного совещания нашли свое отражение в Европейском плане действий по охране психического здоровья.

Европа должна избавиться от пережитков прошлого и использования устаревших форм предоставления помощи, где бы они ни имели место. В тех случаях,

когда это возможно, дети и подростки должны проходить лечение в наименее ограничивающих и наименее стигматизирующих условиях. Системы охраны психического здоровья необходимо привести в соответствие с конкретными условиями в каждой стране. Целью этой деятельности должно быть обеспечение непрерывной помощи, включающей адекватные службы стационарной помощи и доступные программы надлежащей амбулаторной помощи.

Вопросы борьбы с психическими расстройствами и укрепления психического здоровья детей и подростков в Европейском регионе следует рассматривать с учетом необходимости соблюдения прав человека в отношении лиц с проблемами психического здоровья в соответствии с Европейской социальной хартией.

Кроме того, для профилактики развития психических расстройств следует развивать просветительскую деятельность в целях информирования родителей, преподавателей, лиц, оказывающих медицинскую помощь, и других людей о проблемах охраны психического здоровья детей и подростков.

С помощью новейших методов диагностики, повышения стандартизации диагностических процессов, а также более полного учета экологических, биологических и семейных факторов можно будет ставить обоснованные диагнозы, что будет способствовать выбору правильных схем лечения. Для того чтобы поднять работу служб охраны психического здоровья детей и подростков до уровня, на котором они смогут удовлетворять реально существующие потребности в диагностике и лечении, необходимо усилить их потенциал. Разработка соответствующих стратегий охраны психического здоровья детей в Европейском регионе будет способствовать развитию программ обучения и поддержки инициатив в области образования. С этой целью ВОЗ недавно опубликовала руководство по стратегии и планам охраны психического здоровья детей и подростков (19), в котором приводятся рекомендации в отношении оценки потребностей, предоставления услуг на рациональной основе и развития принципов ответственного и устойчивого управления. Вопросы охраны психического здоровья детей и подростков должны находить свое отражение в национальных планах действий в области психического здоровья, а также в соответствующих разделах программ, разрабатываемых в сотрудничестве с министерствами, отвечающими за вопросы образования, страхования и социального обеспечения, в целях принятия адекватных мер с участием многих секторов.

Профилактика является ключевым элементом работы служб охраны психического здоровья детей и подростков. Очевидно, что профилактика психических расстройств способствует сокращению затрат и в максимальной степени отвечает интересам ребенка, семьи и общества. Достигнуты значительные успехи в области разработки программ профилактики, однако такие программы до настоящего времени не получили широкого распространения и поддержки. Профилактика и укрепление психического здоровья детей имеют важнейшее значение, поскольку являются неотъемлемым элементом более целостного подхода к оказанию помощи детям, который должен учитывать все вопросы охраны психического здоровья, вызывающие озабоченность.

Хотя проблемы охраны психического здоровья детей и подростков привлекают большое внимание средств массовой информации и нередко находятся в центре дискуссий, касающихся системы образования и уголовного судопроизводства, финансовая и юридическая поддержка служб охраны психического здоровья детей и подростков и программ обучения в этой области в Европейском регионе нуждается в значительном усилении. Проводимые в рамках реформы экономики и системы

здравоохранения мероприятия создают угрозу для относительно хорошо организованных служб и систем подготовки кадров в странах с высоким уровнем доходов населения. В странах с низким уровнем доходов населения система социальной защиты, включающая службы предоставления помощи всем нуждающимся в ней, была разрушена в ходе экономических и политических реформ. Необходимо найти пути поддержания деятельности адекватных служб; если это не будет сделано, общество будет страдать от проявляющихся в зрелом возрасте последствий невыявления случаев психических расстройств в детском и подростковом возрасте и непроведения соответствующего лечения.

Осуществляемое в Европейском регионе сотрудничество в области подготовки кадров должно быть продолжено и расширено. Разработанные Европейским союзом медицинских специалистов рекомендации по профессиональному обучению направлены на подготовку специалистов, обеспечивающих предоставление высококачественной помощи с учетом потребностей лиц, нуждающихся в ней. Эти рекомендации должны получить всеобщую поддержку для обеспечения единства стандартов и подходов к клинической помощи. Программа Tempus Европейской комиссии представляет собой модель сотрудничества в области подготовки кадров между более развитыми программами и программами, осуществление которых только начинается.

Некоторые примеры

В г. Марбург, Германия, была создана мобильная служба охраны психического здоровья детей для последующего наблюдения за пациентами, ранее проходившими лечение в стационарных учреждениях, проведения психиатрических консультаций для детей на местах и осуществления надзора за деятельностью учреждений для детей. В состав мобильной бригады входили три специалиста: детский психиатр, психолог и социальный работник. Бригада имела возможность вступать в контакт с лицами, не способными или не желающими посещать крупные центры специализированной помощи. Использование мобильных бригад позволило предоставлять высококачественную помощь эффективным и действенным образом в тех случаях, когда не имелось других возможностей для этого (20).

Программа оказания эффективной помощи семье (21) в Финляндии предусматривает проведение профилактических мероприятий службами здравоохранения и социального обеспечения для оказания содействия семьям в целях предупреждения развития психических расстройств у детей. Ее целью является обеспечение взаимосвязи между психиатрической помощью детям и взрослым, а также работой социальных служб. Применялись методы, направленные на усиление психологической устойчивости детей, помогая им лучше понять проблемы, связанные с наличием психических расстройств у родителей. В программе «Поговорим о детях» используется психообразовательный подход, предусматривающий участие родителей в обсуждении актуальных клинических проблем. Программа повышения квалификации специалистов предназначена для освоения ими соответствующих методик и подготовки преподавательских кадров.

Telefono Azzurro является национальной телефонной линией помощи для предупреждения случаев жестокого обращения с детьми в Италии. Она предоставляет детям и подросткам возможность рассказать на анонимной основе о предпринятых в их отношении актах насилия. Позвонивший по телефону сразу же получает поддержку и направляется в соответствующее учреждение для оказания дальнейшей помощи. Если имеется опасение, что ребенку угрожает

непосредственная опасность, с его согласия о данном случае информируется соответствующее ведомство. В настоящее время аналогичные программы внедряются во многих странах.

В программе групповой терапии в клинике Тимисоара в Румынии на протяжении многих лет использовались мифические образы в качестве катализатора для применения мер терапевтического вмешательства у подростков. Тематика включает проблему смысла жизни, которая имеет основополагающее значение для многих молодых людей, проявляющих признаки депрессии и суицидальных наклонностей. Эти группы объединяют отдельных лиц, способствуя их терапевтическому взаимодействию, а также служат форумом для высказывания самых различных мнений в отношении мифической символики. Психотерапевт внимательно следит за взаимодействием членов группы, однако основным лидером в ней является подросток, обученный роли “катализатора раскрытия личности”. Групповые занятия проводятся на протяжении всего школьного года с участием подростков, у которых выявлена соответствующая симптоматика. Основным направлением деятельности являются использование психодрамы и анализ собственных “сценариев” молодых людей (22).

Центр услуг в области психологического образования в Норвегии предоставляет помощь детям с диагнозом расстройства аутистического спектра (ASD). Эта консультационная служба изучает потребности ребенка и предоставляет соответствующие рекомендации детским садам и школам. В Норвегии каждый ребенок с инвалидностью или расстройствами, связанными с обучением, имеет право на обучение по специальной программе. Эта программа разработана в сотрудничестве с родителями, учителями и специалистами данного Центра. Дети с ASD получают помощь с самого раннего возраста, и их обучение в детских садах проводится по специальной программе. В отношении детей более старшего возраста осуществляются меры вмешательства на индивидуальной основе, целью которых является содействие их социальной интеграции. У лиц с ASD нередко наблюдаются также некоторые другие медицинские и психиатрические проблемы. В рамках Национальной сети помощи при аутизме в Норвегии созданы центры по предоставлению услуг лицам с ASD и серьезными психиатрическими проблемами.

Участие заинтересованных сторон

В деятельности, связанной с охраной психического здоровья детей, принимает участие большое число заинтересованных сторон. Особенно активное участие в этой деятельности за последнее время наблюдалось в отношении конкретных состояний или заболеваний. Хотя такой подход способствует распространению информации о конкретных нарушениях психического здоровья и усилению информационно-просветительной деятельности, это может отвлечь внимание от удовлетворения более общих потребностей в услугах и программах обучения в области охраны психического здоровья детей и подростков.

Ассоциация “Аутизм-Европа” (23) является неправительственной организацией, представляющей собой хороший пример группы, деятельность которой касается конкретной формы психических расстройств и в состав которой входят преимущественно организации родителей. В число индивидуальных членов входят многие специалисты, осуществляется сотрудничество с профессиональными организациями. “Аутизм-Европа” в настоящее время представляет собой авторитетный источник информации. Эта ассоциация проводит также очень эффективную информационно-просветительную деятельность, используя как

правовые методы, так и средства массовой информации для того, чтобы привлечь внимание к потребностям молодых людей, страдающих аутизмом, и их семей.

“Партнерство в интересах детей” (24) было создано в 2001 г. с целью укрепления психического и эмоционального здоровья детей и молодежи. Эта организация продолжила осуществление программы “Друзья Зиппи”, которая была начата в Дании и Литве организацией “Бифрендерс интернешнл”. Она предназначена для обучения детей в возрасте шести и семи лет методам борьбы с трудностями, и она построена на серии рассказов, связанных с деятельностью, способствующей усилению навыков психологической адаптации. Целью этой деятельности является укрепление психического и эмоционального здоровья всех детей.

Европейское общество детской и подростковой психиатрии (25) объединяет специалистов всего Европейского региона, работающих в данной области, с целью повышения их профессиональной квалификации, распространения информации и информационно-просветительной деятельности. Проводимые этим обществом конгрессы предоставляют возможность специалистам по различным аспектам психического здоровья обменяться новейшей информацией. Общество оказывает финансовую поддержку программам профессиональной подготовки.

FOCUS (26) является проектом по внедрению эффективных практических методов в области охраны психического здоровья детей и подростков. Основным направлением деятельности является распространение информации в поддержку использования научно обоснованных практических методов в деятельности всех профессиональных групп и во всех учреждениях по предоставлению помощи.

Международная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей (27) является организацией, объединяющей национальные организации в области детской психиатрии и смежных специальностей. Эта неправительственная организация, находящаяся в официальных отношениях с ВОЗ, содействует развитию служб охраны психического здоровья детей в странах Восточной Европы, укреплению психического здоровья детей в качестве одного из прав человека и разрабатывает программы по содействию научным исследованиям в области психического здоровья детей с помощью различных программ обучения.

Использованная литература¹⁰

1. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1998, 248:14–21.
2. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 2001, 31:6–31.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (ссылка по оригиналу) (http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ru.pdf).
4. Sourander A et al. Have there been changes in children’s psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43(9):1134–1167.
5. Weissman MM et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18):1707–1713.
6. Geller B et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had pre-pubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:125–127.

7. Keshavan MS et al. Research and treatment strategies in first-episode psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172(Suppl. 33):60–65.
8. Leibson CL et al. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(1):60–66.
9. Meltzer H et al. *The mental health of children and adolescents in Britain*. London, Office for National Statistics, 1999.
10. Robins LN. A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates. In: Cohen P, ed. *Historical and geographical influences on psychopathology*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999: 37–58.
11. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behaviour. *American Psychologist*, 1989, 44(2):329–335.
12. Mumford DB, Whitehouse AM. Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian schoolgirls. *British Medical Journal*, 1988, 297:718.
13. Becker AE et al. Eating Disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340:1092–1098.
14. Heatherton TF et al. A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1997, 158:125–127.
15. *European Social Charter (revised)*. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/163.htm>).
16. Levav I et al. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 13:395–401.
17. Mental health atlas-2005 [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
18. Pre-conference: the mental health of children and adolescents, Luxembourg, 20–21 September 2004 [web site]. Brussels, European Union, 2004 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20040921_en.htm).
19. *Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf).
20. Remschmidt H, Schmidt MH, Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998:83–94.
21. *Effective Family Project*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) (<http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html>).
22. Mircea T. Strategies for responding to the needs of adolescents in Romania. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998: 385–393.
23. Autism Europe [web site]. Brussels, Autism Europe, 2005 (<http://www.autism-europe.org>).

24. Partnership for Children [web site]. Kingston-upon-Thames, Partnership for Children, 2005 (<http://www.partnershipforchildren.org.uk>).
25. ESCAP – European Society for Child and Adolescent Psychiatry [web site]. Modena, European Society for Child and Adolescent Psychiatry, 2004 (<http://www.action.mi.it/escap>).
26. FOCUS [web site]. London, Research Unit, Royal College of Psychiatrists, 2005 (<http://www.focusproject.org.uk>).
27. IACAPAP [web site]. Boston, MA, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2005 (<http://www.iacapap.org>).

Дополнительные источники информации¹⁰

Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf).

¹⁰ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

12. Доступ к хорошим службам охраны психического здоровья на первичном уровне

“Я не смогла доносить беременность, что привело к нервному срыву. Хотя я и не знала, что у меня развилось это состояние, я пошла к своему врачу и рассказала ему о том, как я себя чувствую. Он заявил, что он ничего не может для меня сделать, что у него слишком много пациентов, которых ему нужно принять, и что, возможно, его медсестра сможет налить мне чашку чая...”

– Pauline Lee, интервью с которой записано на видео “Open up” (1)

Актуальные проблемы

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – важное звено здравоохранения, на котором люди с психическими расстройствами могут получать соответствующее лечение и уход. Этот подход:

- помогает уменьшить проблемы стигматизации, связанные с обращением за медицинской помощью в специализированные службы охраны психического здоровья.
- способствует раннему выявлению и лечению психических нарушений, снижая тем самым показатели инвалидизации;
- улучшает возможности получения медико-социальной помощи по месту жительства и вовлечения местного сообщества в процесс оказания помощи и ухода;
- что не менее важно, способствует улучшению доступа недообслуживаемых групп населения к службам психического здоровья.

Способность служб первичной медико-санитарной помощи предоставлять эффективные услуги людям с психическими расстройствами должна быть усилена.

Психические расстройства – широко распространенная проблема на уровне ПМСП

Среди лиц, посещающих учреждения ПМСП, наблюдается высокая распространенность психических расстройств. Согласно результатам проведенного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) исследования, охватывавшего 15 учреждений ПМСП в различных частях мира, распространенность психических расстройств (определенных, согласно определениям десятого пересмотра Международной классификации болезней – МКБ-10) среди последовательно поступавших пациентов составила 24% (2). Помимо этого люди с психическими расстройствами, обращающиеся к врачам ПМСП, обычно также имеют симптомы

физических болезней. В рассматриваемом исследовании 69% пациентов с психическими расстройствами имели также те или иные проблемы с физическим здоровьем.

Службы, предоставляющие услуги на уровне ПМСП, недостаточно хорошо развиты

Показатели лечебно-профилактической и медико-социальной помощи людям с психическими расстройствами на уровне ПМСП сильно варьируются между различными частями Европейского региона ВОЗ. Так, например, некоторые люди получают на этом уровне услуги очень высокого качества, в то время как другие вообще не получают какой-либо помощи этого профиля. Кроме того, только 14% стран с низким уровнем доходов сообщают о том, что их службы ПМСП располагают возможностями для лечения лиц с выраженными психическими расстройствами (3). Почти 20% людей с шизофренией, 50% людей с депрессией и свыше 90% людей, злоупотребляющих алкоголем, не получают никакого лечения, несмотря на наличие фактических данных об экономически эффективных вмешательствах, позволяющих сократить уровень страданий индивидумов, семей и общества в целом (3). Тот факт, что люди с поддающимися лечению нарушениями не получают адекватной медицинской помощи, находит отражение не только в огромном личном и социальном ущербе для отдельных лиц, но также и в значительном экономическом ущербе для стран Европейского региона.

В службах первичной медико-санитарной помощи необходимо обеспечить развитие способностей и компетентности персонала выявлять и лечить людей с широко распространенными (и иногда выраженными) проблемами психического здоровья, направляя в то же время пациентов с особенно сложными заболеваниями на лечение в специализированные службы охраны психического здоровья по месту жительства или в больницы.

Ввиду вышеуказанного очень важно, чтобы работники ПМСП (как врачи, так и медсестры) обладали знаниями и навыками, позволяющими им выявлять психические расстройства, назначать соответствующее лечение и направлять пациентов с такими расстройствами в специализированные лечебно-профилактические учреждения, когда в этом имеется необходимость. На данный период времени в Регионе наблюдаются очень большие различия как в числе медперсонала, получающего соответствующую подготовку, так и в уровне такой подготовки. Организация подготовки работников ПМСП по вопросам охраны психического здоровья не коррелирует напрямую с уровнем национальных доходов. Так, например, такая подготовка организована в 71% стран с уровнем доходов выше среднего и только в 62% стран с высоким уровнем доходов (3). Таким образом, финансовые ресурсы не являются единственным препятствием для организации подготовки работников ПМСП по вопросам охраны психического здоровья.

Пути решения вышеуказанных проблем

Для стран с ограниченными ресурсами для оказания психиатрических и психотерапевтических услуг их предоставление на уровне ПМСП является одним из наиболее эффективных и устойчивых путей улучшения доступа к этому виду медицинской помощи (4). Ввиду вышеуказанного психиатрические и психотерапевтические услуги следует оказывать в рамках ПМСП для достижения следующих целей в области оказания услуг и повышения квалификации кадров.

Оказание услуг

Выявление психических расстройств

Работники ПМСП могут внести существенный вклад в выявление психических расстройств, особенно когда речь идет о наиболее распространенных среди них. В частности, между психическими и физическими нарушениями существует выраженная взаимосвязь, в связи с чем работники ПМСП располагают хорошей возможностью выявлять психические расстройства среди своих пациентов, обращающихся за помощью по поводу проблем с физическим здоровьем.

Проведение базовых медикаментозных и психотерапевтических вмешательств

Работники ПМСП могут назначать психотропные препараты и проводить простые психотерапевтические вмешательства в случае наиболее распространенных (и иногда выраженных) психических расстройств. В частности, работники ПМСП могут оказывать такую помощь лицам с хроническими стабильными психическими расстройствами, проживающим в обслуживаемом ими районе и нуждающимся в постоянном медикаментозном лечении психотропными препаратами и в психотерапевтических услугах, что освободит их от необходимости регулярно посещать специализированные службы охраны психического здоровья. Применение такого подхода имеет двойную пользу. Во-первых, это лучше для пациентов, так как доступ к услугам на уровне ПМСП, как правило, более легкий как с географической, так и с финансовой точки зрения, а во-вторых, такой подход позволяет уменьшить нагрузку на специализированные службы психического здоровья, которые могут более эффективно использоваться для организации специализированных видов лечения, проведения образовательных мероприятий и осуществления контроля и надзора.

Предупреждение психических расстройств и укрепление психического здоровья

Для предупреждения психических расстройств и укрепления психического здоровья имеется целый ряд стратегий. Учреждения ПМСП имеют замечательные возможности для проведения профилактических и оздоровительных мероприятий, особенно когда речь идет о неблагоприятных для здоровья факторах. Так, например, психосоциальное и интеллектуальное развитие грудных детей зависит от их взаимоотношений с родителями. Действия по повышению качества этих взаимоотношений, предпринимаемые в период ведения беременности и в послеродовом периоде на уровне ПМСП, могут существенно улучшить эмоциональное, социальное, когнитивное и физическое развитие детей (5).

Направление пациентов со сложными заболеваниями в специализированные службы охраны психического здоровья

Службы ПМСП могут выполнять функции первого контакта пациента с системой здравоохранения, а также звена, направляющего пациента на более высокий уровень медицинского обслуживания. После предварительной идентификации психических расстройств и их лечения учреждения ПМСП могут при наличии показаний направлять своих пациентов в специализированные службы психического здоровья. Такому подходу присущи многие достоинства: пациенты могут не совершать не являющиеся необходимыми визиты к специалистам, услуги которых обычно менее доступны и связаны с более высокими прямыми и косвенными расходами; а когда их направляют к специалистам, эти направления являются более целенаправленными, благодаря чему пациентам не надо затрачивать усилия и деньги на поиски наиболее

подходящих служб или специалистов. Такой подход полезен также и для служб здравоохранения, так как благодаря ему более эффективно используются ограниченные финансовые и людские ресурсы.

Система направлений должна действовать на базе сотрудничества с районными и региональными службами здравоохранения. Для оценки и совершенствования системы направления пациентов к специалистам и для оценки того, как удовлетворяются потребности пациентов, следует проводить регулярные совещания задействованных медицинских работников. Даже в тех случаях, когда специализированные службы психического здоровья хорошо развиты, важно обеспечить улучшение сотрудничества и координации между ними и учреждениями ПМСП.

Проведение санпросветительной работы на уровне семей и местных сообществ

Имеются фактические данные о том, что люди лучше соблюдают назначения врача, если они понимают природу своей болезни и характер назначенного лечения. Было показано, что знания о симптомах и естественном развитии расстройства и эффективных видах его лечения позволяют улучшить результаты оказываемой медицинской помощи (6). Работники ПМСП в силу своего положения в системе здравоохранения имеют хорошие возможности для просвещения семьи по базовым вопросам психического здоровья в ходе своей рутинной клинической работы, а также при проведении специфических вмешательств по поводу тех или иных нарушений.

Оказание помощи в кризисных ситуациях

Службы ПМСП имеют наилучшие возможности для оказания помощи в кризисных ситуациях, так как именно на этом уровне происходит первый контакт пациентов со службами здравоохранения. Оказание помощи в кризисных ситуациях может предотвратить наиболее серьезные симптомы развивающегося заболевания или ухудшения уже имевшихся нарушений. Службы ПМСП могут оказывать психологическую помощь в кризисных ситуациях как на стационарном, так и на амбулаторном уровнях. Они также располагают хорошими возможностями в плане привлечения служб психического здоровья вторичного уровня, если в этом возникает необходимость. Также важно отметить тот факт, что в случаях стихийных бедствий или актов насилия работники ПМСП и работники, занимающиеся оказанием помощи, могут оказать помощь жертвам травм в таких областях, как информационное обеспечение, образование, надлежащее общее ориентирование и лечение.

Сотрудничество с другими отраслями и секторами

Люди с психическими расстройствами имеют множество потребностей, относящихся к таким областям, как здравоохранение, социальное обеспечение, трудоустройство, жилье, уголовное судопроизводство и образование. Кроме тесных связей между различными уровнями служб медицинской помощи для удовлетворения всех этих потребностей необходимо хорошее сотрудничество с другими отраслями и секторами.

Повышение квалификации

Включение психиатрических и психотерапевтических услуг в работу служб ПМСП – сложный процесс, требующий соответствующей подготовки персонала,

установления должной системы контроля и надзора и повышения квалификации кадров.

Организация подготовки персонала

Прежде всего, для интеграции услуг требуется надлежащая подготовка персонала ПМСП в вопросах охраны психического здоровья на первичном уровне. Работники ПМСП должны брать на себя все больший объем обязанностей по укреплению психического здоровья и по оказанию психиатрических и психотерапевтических услуг. Работники здравоохранения на преддипломном уровне и уже работающие на местах должны быть ориентированы на оказание услуг этого профиля на уровне ПМСП. Кроме того, они должны обладать необходимой компетентностью для оказания таких услуг. Некоторые из ключевых навыков и умений, необходимых для этого, относятся к следующим областям:

- диагностика и лечение психических расстройств;
- консультативная помощь, оказание поддержки и повышение информированности людей по вопросам психического здоровья;
- отстаивание интересов пациентов;
- вмешательство в случаях кризисов.

Надзор и контроль

Для того чтобы усилия по включению психиатрических и психотерапевтических услуг в деятельность работников ПМСП были успешными, за этими работниками необходимо осуществлять должный надзор. Специалисты по охране психического здоровья должны на регулярной основе оказывать сотрудникам ПМСП консультативную помощь по вопросам ведения и лечения людей с психическими расстройствами. В случае недостаточного надзора со стороны специалистов в специализированные службы может направляться необоснованно большое количество людей с легкими психическими проблемами. Член бригады охраны психического здоровья на вторичном уровне должен регулярно посещать бригаду ПМСП, с тем чтобы обсуждать трудные вопросы в области ведения и лечения пациентов и оказывать им консультативную помощь по вмешательствам, которые должны проводиться на уровне ПМСП.

Повышение квалификации кадров

Процесс включения функций охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь требует тесного сотрудничества с имеющимися работниками ПМСП. В частности, они могут негативно относиться к тому, что им нужно будет выполнять новые функции, ставя под сомнение целесообразность своей роли в ведении людей с психическими расстройствами. В ходе подготовки работников ПМСП и ведения с ними соответствующих переговоров необходимо тщательно учитывать возможность возникновения таких проблем и разъяснять, что именно от них ожидается. Работники ПМСП могут проводить эффективную работу в области охраны психического здоровья только в том случае, если они располагают для этого необходимым временем. Во многих странах на этих работниках уже лежит огромная нагрузка, и ожидается, что они должны осуществлять множество программ охраны здоровья населения, большинство из которых, к сожалению, относится к физическим болезням. В таких случаях для того, чтобы работники могли эффективно выполнять дополнительные функции в сфере охраны психического здоровья, необходимо увеличить их численность.

Несколько примеров из практики

Обучение врачей общей практики (ВОП) навыкам оказания психиатрических услуг, как было показано, приносит очевидную пользу. Так, например, в Швеции успешная подготовка в этой области позволила снизить число госпитализаций, а также показатели самоубийств среди населения, обслуживаемого подготовленными ВОП (7). Однако через три года эти показатели вернулись к прежним уровням, что, по-видимому, свидетельствует о необходимости непрерывной подготовки ВОП, организации надзора или оказания им соответствующей поддержки (8).

Участие заинтересованных сторон

Ключевые заинтересованные стороны и группы могут принять участие в интеграции служб охраны психического здоровья в ПМСП, используя для этой цели ряд нижеприведенных механизмов.

Группы потребителей, группы семей и организации, отстаивающие интересы населения

- Оказание воздействия на процессы планирования политики и служб, с тем чтобы оказывать населению больший объем психиатрических и психотерапевтических услуг на уровне ПМСП.
- Разъяснительная работа среди населения о необходимости высокого качества медицинских услуг на первичном уровне.
- Оказание поддержки лицам с психическими расстройствами, посещающими учреждения ПМСП, и проведение с ними санпросветительной работы.

Фонды

- Поддержка развития служб охраны психического здоровья на первичном уровне, например в рамках пилотных проектов.
- Оказание поддержки научным исследованиям, направленным на разработку эффективных психиатрических и психотерапевтических вмешательств в учреждениях ПМСП.

Академические учреждения

- Организация соответствующей и основанной на фактических данных подготовки кадров по охране психического здоровья среди работников ПМСП.
- Проведение научных исследований по медицинской помощи и уходу на первичном уровне и по проведению эффективных психиатрических и психотерапевтических вмешательств в учреждениях ПМСП.
- Обеспечение надзора со стороны специалистов за планированием и предоставлением относящихся к психическому здоровью услуг на уровне ПМСП.

Профессиональные общества

- Определение стандартов качества и аттестации специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья на первичном уровне.
- Оказание поддержки процессу изменения роли работников ПМСП с переходом от модели работы главным образом с физическими расстройствами к более целостному подходу к медицинскому обслуживанию, когда учитываются как физические, так и психические проблемы здоровья.

Использованная литература¹¹

1. *Open up* [video cassette]. London, Mental Health Media, 2004 (<http://www.openup-toolkit.net/home/index.php>).
2. Ustun B, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. Chichester, John Wiley, 1995.
3. Mental health atlas-2005 [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
4. *Organization of services for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925_V2.pdf).
5. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание и новая надежда*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (ссылка по оригиналу) (http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ru.pdf).
6. Craighead WE et al. Psychosocial treatments for bipolar disorder. In: Nathan P, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work*. New York, Oxford University Press, 1998.
7. Rutz W et al. An educational program on depressive disorders for GPs on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79:19–26.
8. Rutz W et al. Long-term effects of an educational program for GPs given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85:83–88.

¹¹ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

13. Службы охраны психического здоровья на уровне общины

“Для предоставления помощи лицам с психическими расстройствами по месту их жительства и работы необходимы службы охраны психического здоровья на уровне общины. Такие службы должны заменить устаревшие психиатрические лечебницы, которые изолируют лиц, страдающих такими заболеваниями, от общества, усиливают их стигматизацию и неэффективны с точки зрения затрат”

– д-р Matthijs Muijen, региональный советник по вопросам охраны психического здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Актуальные проблемы

На протяжении многих лет лица с психическими расстройствами изолировались от общества и содержались в психиатрических больницах или учреждениях. Многочисленные фактические данные, полученные в разных странах мира (1), свидетельствуют о том, что эти учреждения способствуют усилению стигматизации пациентов и нередко связаны с нарушениями прав человека, что может приводить к еще большему ухудшению состояния психического здоровья.

В ответ на требование разработать новые модели оказания помощи, ориентированные на пациентов, некоторые страны Европейского региона приступили к созданию служб охраны психического здоровья на уровне общины. Имеются убедительные свидетельства того, что такие службы являются клинически более эффективными (2,3) и более рентабельными (4,5). Они обеспечивают этическую основу для оказания помощи при одновременном соблюдении прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Такие службы позволяют также оказывать помощь вблизи тех мест, где люди, нуждающиеся к ней, живут и работают, что делает их более доступными. Кроме того, лица, пользующиеся услугами таких служб, отдают им предпочтение по сравнению с той помощью, которая предоставляется на базе стационаров (6,7).

ВОЗ и другие эксперты в области охраны психического здоровья и прав человека отмечают, что многие страны еще не добились значительных успехов в данной области и нуждаются в дальнейшем развитии служб оказания помощи на уровне общины, располагающих лучшей инфраструктурой и системами обеспечения их деятельности (1). Услуги в области охраны психического здоровья во многих случаях продолжают оказываться в рамках учреждений, что ограничивает возможности выбора для пациентов и лиц, осуществляющих за ними уход. Многие люди, страдающие тяжелыми психическими заболеваниями, в особенности относящиеся к уязвимым и маргинализированным группам населения, испытывают трудности в получении доступа к этим службам и поддержании контактов с ними. Структуры и процессы, связанные с предоставлением услуг, должны обеспечивать оказание

помощи на научно обоснованной основе, обеспечивая максимальные возможности для того, чтобы не изолировать пациента от общества.

Эффективность работы служб охраны психического здоровья на уровне общины может быть повышена во всех странах Европейского региона. В настоящее время 28% европейских стран не располагают какими-либо службами охраны психического здоровья на уровне общины (8). В этом отношении наблюдаются значительные различия между странами в зависимости от уровня их экономического развития. Лишь 33% европейских стран с низким уровнем доходов располагают службами охраны психического здоровья на уровне общины, в то время как они имеются в 91% стран с высоким уровнем доходов. Фактический охват населения этими службами в странах, которые сообщают об их наличии, также колеблется в широких пределах.

По мере того как некоторые страны предпринимают шаги по переходу от стационарной помощи к амбулаторной, возникают опасения, что сокращение числа больничных коек опережает развитие служб на уровне общины, что приводит к нехватке ресурсов как в стационарных учреждениях, так и в службах на уровне общины. Результаты обзора служб охраны психического здоровья, проведенного в Лондоне, показали, что соотношение между службами стационарной помощи и помощи на уровне общины не отвечало имеющимся потребностям. Ощущалась нехватка коек для госпитализации пациентов, но при этом число служб оказания помощи на уровне общины было слишком невелико для того, чтобы выписанные из стационара пациенты могли получать такую помощь по месту жительства (9). Процесс сокращения числа коек в психиатрических больницах в Австрии, Германии, Люксембурге и Швейцарии сочетался с аспектами политического и финансового характера, сдерживающими дальнейшее сокращение их числа и создание соответствующих служб оказания помощи при больницах общего профиля и в рамках общин (10).

Пути решения вышеуказанных проблем

С учетом всего многообразия проблем, с которыми сталкиваются лица с психическими расстройствами, необходимо осуществлять планирование и координацию деятельности целого ряда служб охраны психического здоровья на уровне общины. В странах, где продолжают преобладать крупные психиатрические учреждения, их число следует сокращать параллельно с развитием служб на уровне общины.

Службы охраны психического здоровья на уровне общины могут включать широкий круг учреждений, предоставляющих различные виды помощи, оказываемой специалистами в области психиатрии и младшим медицинским персоналом, которые обычно работают в составе многопрофильных бригад. Такие службы должны выполнять следующие функции:

- осуществление программ реабилитации и лечения на уровне общины;
- развитие специализированных служб охраны психического здоровья для лечения лиц с тяжелыми психическими заболеваниями и ухода за ними в рамках общины;
- предоставление помощи по месту проживания;
- предоставление помощи при критических ситуациях;
- организация обучения и повышения квалификации;
- сотрудничество с другими службами;
- проведение научных исследований;
- поддержание контактов с другими секторами.

Целью **программ, осуществляемых на уровне общины**, является оказание содействия лицам с психическими расстройствами, с тем чтобы они могли жить полноценной жизнью в обществе. Существует много моделей предоставления услуг на уровне общины, таких как ведение случаев заболевания, программы замены стационарной помощи альтернативными видами лечения, интенсивный уход на дому и службы оказания помощи на местах. Все эти модели имеют свои положительные и отрицательные стороны, и выбор страной какой-либо определенной модели зависит от различных факторов, включая социально-культурные условия, характер организации служб здравоохранения, а также наличие финансовых и людских ресурсов.

Необходимо создание **специализированных бригад**. Примерами могут служить специализированные службы предоставления помощи на уровне общины лицам с такими серьезными заболеваниями, как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, деменция и тяжелая депрессия. Такие службы должны быть доступны круглосуточно и без выходных и комплектоваться специалистами различного профиля.

Службы охраны психического здоровья на уровне общины должны включать предоставление лечебной помощи и наблюдение **по месту проживания**. Такая работа может проводиться самостоятельно и в сотрудничестве с другими службами, такими как службы социального обеспечения и жилищно-коммунального хозяйства. Формы организации такой деятельности могут быть различными в зависимости от конкретной ситуации в отношении предоставления социальной и медицинской помощи в данной стране.

Услуги по предоставлению помощи при критических ситуациях должны оказываться совместно со службами первичной медико-санитарной помощи, которые обычно являются первым пунктом, куда люди обращаются за помощью при критических ситуациях. Такая деятельность требует наличия эффективных систем направления к специалистам и взаимодействия со службами первичной медико-санитарной помощи, а также со службами охраны психического здоровья при больницах общего профиля. В ряде стран группы специалистов по охране психического здоровья на уровне общины оказывают также интенсивную помощь при критических ситуациях на дому в рамках деятельности, осуществляемой мобильными бригадами и группами оказания помощи на местах при критических ситуациях. Программы замены стационарной помощи альтернативными видами лечения в других странах направлены на переход от госпитализации лиц, находящихся в состоянии кризиса, к оказанию им помощи в других учреждениях на уровне общины, таких как кризисные центры.

Службы охраны психического здоровья на уровне общины обычно организуют **программы обучения и повышения квалификации** для своих сотрудников, а также сотрудников служб первичной медико-санитарной помощи и специалистов в области психического здоровья, работающих в больницах общего профиля.

Службы охраны психического здоровья на уровне общины должны развивать эффективное **межсекторальное сотрудничество**, поскольку лица с психическими расстройствами нуждаются в помощи комплексного характера, затрагивающей несколько секторов по предоставлению услуг. Необходимо установить контакты со службами первичной медико-санитарной помощи, а также службами помощи, предоставляемой в рамках больниц общего профиля.

Службы охраны психического здоровья на уровне общины должны принимать участие в проведении **научных исследований**, в особенности в области

предоставления услуг, например, путем изучения эффективности различных моделей предоставления услуг. Службы охраны психического здоровья на уровне общины имеют непосредственный опыт работы по оказанию помощи на местном уровне, который может быть чрезвычайно полезен при разработке приоритетных направлений научных исследований и задач в данной области.

Лица с психическими расстройствами нуждаются в решении многих проблем, связанных со здравоохранением, социальным обеспечением, занятостью, жилищными условиями, уголовным судопроизводством и образованием. В связи с этим службы охраны психического здоровья на уровне общины должны **работать во взаимодействии с другими секторами** и выработать четкие процедуры направления в другие инстанции, взаимного надзора и подготовки кадров.

Примеры из практики

Примером перехода от стационарного лечения к амбулаторному может служить сокращение числа пациентов в психиатрических больницах Австрии с 12 000 в 1974 г. до 5000 в 2000 г. В учреждениях по оказанию помощи на уровне общины, таких как дневные стационары, кризисные центры помощи и общежития для лиц с психическими расстройствами, преобладает персонал, включающий специалистов различного профиля. В некоторых районах страны предусмотрены процедуры систематического контроля за деятельностью персонала таких учреждений (11).

В регионе Эмилия-Романия, Италия, значительное сокращение числа коек после проведения реформы служб психиатрической помощи в 1978 г. сопровождалось значительным ростом числа служб на уровне общины. К 1994 г. в этом районе, где проживает 4 млн. человек, в число служб на уровне общины входили 145 центров охраны психического здоровья, 48 центров дневного пребывания или реабилитационных центров, 12 палат для пациентов с психическими заболеваниями в больницах общего профиля, 3 университетские психиатрические клиники, 24 общежития со штатом сотрудников и 123 квартиры с системой наблюдения, а также 7 частных психиатрических клиник (12).

Активная работа по переходу от предоставления стационарной помощи к амбулаторной проводится в Норвегии в рамках программы охраны психического здоровья, при этом большое внимание уделяется оказанию психиатрической помощи на уровне общины, что позволяет проводить лечение вблизи обычного места проживания пациентов и служб первичной медико-санитарной помощи. По всей стране создаются районные психиатрические центры в качестве клиник для амбулаторных больных на уровне общины. Такая модель охраны психического здоровья на уровне общины является одной из форм предоставления психиатрической помощи комплексного характера и состоит из сети служб, обеспечивающих постоянную поддержку в отношении лечения, проживания, трудоустройства и социальной защиты, что все вместе позволяет лицам с психическими расстройствами сохранять или приобретать приемлемую для них социальную роль (11).

Участие заинтересованных сторон

Существует несколько возможностей участия других основных групп в создании служб охраны психического здоровья на уровне общины.

Группы пользователей и члены их семей и организации, отстаивающие интересы лиц с психическими расстройствами:

- оказание влияния на политику и законодательство в целях повышения эффективности служб оказания помощи лицам с психическими расстройствами на уровне общины;
- привлечение внимания широкой общественности к необходимости интеграции лиц с психическими расстройствами в нормальную жизнь общества;
- ведение просветительной работы и оказание поддержки лицам с психическими расстройствами, проживающим в обществе;
- организация неофициальных служб охраны психического здоровья на уровне общины, таких как службы консультирования, группы самоподдержки, центры помощи без предварительной записи, службы содействия в ведении повседневной деятельности, программы реинтеграции в общество, ведения случаев заболевания, оказания помощи на местах и службы кризисной поддержки;
- осуществление мер, направленных на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, например, в рамках программ укрепления психического здоровья в школах;
- выявление случаев использования устаревших и негуманных форм лечения, предоставления низкокачественной помощи, отсутствия доступа к получению помощи и принудительного лечения, а также проведение кампаний по предупреждению таких случаев.

Благотворительные и иные фонды:

- оказание поддержки в разработке проектов охраны психического здоровья на уровне общины;
- оказание поддержки в проведении научных исследований для разработки экономически эффективных мер вмешательства на уровне общины.

Учебные и научные учреждения:

- организация обучения персонала служб охраны психического здоровья на уровне общины, основанного на фактических данных;
- проведение научных исследований для оценки эффективности различных мер вмешательства на уровне общины;
- проведение экспертного контроля за осуществлением и планированием деятельности служб охраны психического здоровья на уровне общины.

Профессиональные общества:

- установление стандартов качества и аттестация специалистов, работающих в области охраны психического здоровья на уровне общины;
- оказание поддержки в изменении роли сотрудников психиатрических учреждений в связи с переходом от оказания преимущественно стационарной помощи к работе преимущественно на уровне общины.

Использованная литература¹²

1. *Organization of services for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925_V2.pdf).
2. Leff J et al. The TAPS Project. 22: a five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *British Journal of Psychiatry*, 1994, (Suppl.):13–17.
3. Marks IM et al. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165:179–194.
4. Knapp M et al. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine*, 1997, 27:681–692.
5. Knapp M et al. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness: controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172:506–512.
6. Boardman AP et al. North Staffordshire Community Beds Study: longitudinal evaluation of psychiatric in-patient units attached to community mental health centres. I. Methods, outcome and patient satisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:70–78.
7. Hobbs C et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34:476–483.
8. Mental health atlas-2005 [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
9. Goldberg D. Findings from ‘London’s Mental Health’: a service in crisis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, (Suppl.) 399:57–60.
10. Haug HJ, Rossler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999, 249:115–122.
11. *Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>).
12. Fioritti A, Lo Russo L, Melega V. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:94–98.

¹² Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

14. Людские ресурсы и подготовка кадров в области охраны психического здоровья

Переход от предоставления помощи на базе специализированных учреждений к модели, ориентированной на уровень общины, – это не просто изменение места оказания помощи. Этот процесс связан с изменением ценностей, новым стилем работы, принятием непривычных функций и обязанностей, а также приобретением новых навыков.

Актуальные проблемы

Для принятия адекватных мер, связанных со значительным бременем психических заболеваний, каждая страна должна располагать квалифицированными кадрами. Деятельность служб по охране психического здоровья невозможна без необходимых для этого людских ресурсов. Вызывает озабоченность тот факт, что в большинстве европейских стран отмечается значительная нехватка кадровых ресурсов, в связи с чем для эффективной и результативной деятельности служб охраны психического здоровья необходима подготовка квалифицированных кадров.

Недостаточная численность работников служб охраны психического здоровья

Большинство европейских стран испытывают нехватку квалифицированных кадров в области охраны психического здоровья. Хотя средняя численность психиатров (9,0 на 100 000 населения) и психиатрических медсестер (27,5 на 100 000 населения) в европейских странах выше, чем в других регионах мира, их распределение в рамках всего Европейского региона носит неравномерный характер: большая часть имеющихся кадровых ресурсов приходится на долю нескольких стран с высоким уровнем доходов населения (1). Численность других специалистов в области психического здоровья, таких как психологи и социальные работники, также колеблется в широких пределах.

Кадровые ресурсы в Европейском регионе:

В Европейском регионе ВОЗ численность психиатров на 100 000 населения колеблется от 1,8 до 25, психиатрических медсестер – от 3 до 104, а психологов, работающих в области охраны психического здоровья, – от 0,1 до 96 на 100 000 населения (2).

На численность и уровень квалификации имеющихся кадровых ресурсов оказывают влияние такие факторы, как низкий уровень инвестиций в службы охраны психического здоровья, неблагоприятные условия труда, ограниченность средств, выделяемых на цели обучения и повышения квалификации, а также миграция работников охраны психического здоровья из стран с низким и средним уровнем доходов в страны с высоким уровнем доходов населения. Кроме того, работники служб охраны психического здоровья нередко подвергаются стигматизации и дискриминации со стороны своих коллег в других секторах и населения в целом.

Работники служб охраны психического здоровья часто не обладают достаточной квалификацией

Многие работники служб охраны психического здоровья имеют низкую квалификацию, в связи с чем ощущается настоятельная необходимость в повышении их профессионального уровня, с тем чтобы он отвечал требованиям системы охраны психического здоровья в будущем. Например, многие программы обучения медсестер содержат лишь ограниченную информацию в отношении вопросов охраны психического здоровья, при этом основное внимание в них уделяется моделям оказания помощи на базе стационарных учреждений. Во многих странах специализированная подготовка медсестер для работы в области охраны психического здоровья вовсе не проводится, а программы повышения квалификации носят ограниченный характер (3).

Актуальной задачей является также повышение квалификации семейных врачей и других работников служб ПМСП в области охраны психического здоровья. Предоставление услуг по охране психического здоровья в рамках служб первичной медико-санитарной помощи позволяет максимально расширить число лиц, получающих возможность оперативного и легкого доступа к таким услугам (см. Главу 12). К сожалению, многие работники служб первичной медико-санитарной помощи не обладают должными навыками и недостаточно уверены в своих силах для того, чтобы выявлять случаи психических расстройств и осуществлять лечение лиц, страдающих ими. Программы обучения в этой области могут также улучшить результаты лечения лиц с более серьезными психическими расстройствами в рамках служб ПМСП, что необходимо для реализации странами программ лечения и ухода за лицами с нарушениями психического здоровья на уровне общины.

Повышение квалификации работников первичной медико-санитарной помощи в Республике Беларусь

В период с 1999 по 2001 г. в Республике Беларусь около 720 работников первичной медико-санитарной помощи повысили уровень своей профессиональной подготовки в области психического здоровья. Осуществляется процесс перехода от предоставления стационарной помощи к амбулаторной, а также ее интеграции с помощью, предоставляемой семейными врачами (1).

Работники служб охраны психического здоровья неравномерно распределены по территории страны

Работники служб охраны психического здоровья нередко распределены по территории страны неравномерно, концентрируясь преимущественно в городских районах и вблизи крупных стационарных учреждений. Неравномерное распределение кадровых ресурсов в области охраны психического здоровья приводит к нарушению принципа справедливости и фактически препятствует доступу значительных групп населения к службам охраны психического здоровья. Возникают также проблемы, связанные с непропорционально высокой численностью работников охраны психического здоровья в частном секторе.

Функции работников служб охраны психического здоровья нередко неэффективны

Традиционные функции работников служб охраны психического здоровья нередко бывают неэффективны, поскольку основное внимание уделяется дорогостоящим методам лечения для небольшого числа пациентов. В большинстве стран большая

часть сотрудников служб охраны психического здоровья работает в психиатрических больницах, которые предоставляют помощь стационарного характера для небольшого числа лиц с нарушениями психического здоровья. Важным элементом реорганизации служб охраны психического здоровья является подготовка кадров и поддержка процесса переориентации функций работников служб охраны психического здоровья.

Изменение моделей оказания помощи

Побудительным стимулом к переходу от оказания помощи в области психического здоровья в условиях психиатрических больниц к предоставлению такой помощи на базе учреждений первичной медико-санитарной помощи, больниц общего профиля и широкого круга служб на уровне общины послужили соображения этического характера и данные научных исследований. Целью этого процесса является обеспечение большей доступности и приемлемости таких услуг, улучшение результатов лечения и рациональное использование ресурсов (4). Эти изменения в характере предоставления помощи в области охраны психического здоровья связаны со значительными последствиями в отношении кадровых ресурсов. Сотрудники, работающие в настоящее время в психиатрических больницах, нуждаются в повышении квалификации в целях использования более реабилитационных методов лечения для того, чтобы они могли подготовить людей к выписке из больницы; необходимо обеспечить подготовку работников служб охраны психического здоровья на уровне общины; и необходимо повысить квалификацию и оказать поддержку работникам служб первичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы они могли выявлять лиц с психическими расстройствами и лечить их.

Прием на работу и предотвращение текучести кадров

Недостаточная численность работников служб охраны психического здоровья подчеркивает необходимость не только активизации усилий по найму на работу новых сотрудников таких служб, но также сохранения существующих кадров. Включение вопросов охраны психического здоровья в общие учебные программы в области здравоохранения необходимо для того, чтобы выработать у работников служб первичной медико-санитарной помощи соответствующие навыки и чувство уверенности в себе. Посещение в ходе обучения учреждений охраны психического здоровья также предоставляет хорошую возможность для выявления и оказания поддержки работникам здравоохранения, проявляющим интерес к вопросам охраны психического здоровья.

Предотвращение текучести кадров не только обеспечивает наличие достаточных кадровых ресурсов, но также целесообразно с экономической точки зрения, так как снижает затраты, связанные с высокой текучестью кадров. Следует рассмотреть возможность применения целого ряда стратегий в области сохранения кадрового потенциала, в которых основное внимание уделяется личным, профессиональным и организационным потребностям конкретного сотрудника. Эффективными стратегиями, способствующими сохранению кадрового потенциала, являются, например, повышение заработной платы и улучшение условий труда, создание условий для карьерного роста работников служб охраны психического здоровья и предоставление им возможностей для дальнейшего профессионального развития.

Стигматизация и дискриминация

Случаи стигматизации и дискриминации в связи с психическими расстройствами

подтверждены многочисленными документальными свидетельствами. Стратегии в области людских ресурсов и подготовки кадров должны принимать во внимание проблему воздействия стигматизации и дискриминации на людей и их семьи, с тем чтобы работники служб охраны психического здоровья располагали возможностями для преодоления данной ситуации. Эти вопросы должны включаться в программы обучения и рассматриваться с точки зрения лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья, и их семей. Кроме того, необходимо учитывать то обстоятельство, что стигматизация и дискриминация, испытываемые самими работниками служб охраны психического здоровья, влияют на численность кадрового потенциала в этой области и уровень его квалификации. Данная проблема может быть решена путем создания таких же условий труда в службах охраны психического здоровья, как и в учреждениях здравоохранения общего профиля, а также путем включения вопросов психического здоровья в общие программы обучения в области здравоохранения.

Участие пользователей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход

Важным элементом процесса реформирования системы охраны психического здоровья является участие в нем лиц, пользующихся услугами таких служб, и их семей. Система охраны психического здоровья предназначена для лиц с психическими нарушениями и их семей, которые должны принимать активное участие в определении эффективных методов работы и путей совершенствования системы охраны психического здоровья. Имеющиеся фактические данные указывают также на то, что активное участие лиц с психическими расстройствами и их семей способствует повышению качества работы служб и предоставляемой ими помощи. Они должны также принимать активное участие в разработке программ обучения и их реализации, что позволит работникам служб охраны психического здоровья лучше понять потребности этих людей.

Кроме того, на семьи ложится большая доля ответственности в отношении ухода за лицами с психическими расстройствами, которая будет еще более возрастать с переходом от стационарной помощи к ее предоставлению на уровне общины. Доступ семей к программам обучения будет способствовать повышению уровня понимания ими данной проблемы, расширению знаний и навыков, что окажет большое влияние на качество помощи и поддержки, оказываемых ими лицам с психическими расстройствами.

Многодисциплинарные подходы

Эффективная структура кадровых ресурсов в области охраны психического здоровья должна включать как специалистов данного профиля, так и работников целого ряда других областей. Лица с психическими расстройствами сталкиваются с множеством проблем, для эффективного решения которых необходима совместная работа специалистов различного профиля в составе комплексных бригад. Возможность повышения квалификации в области охраны психического здоровья, включая обучение методам эффективной совместной работы в группах, должна

Группы по оказанию помощи лицам, страдающим психозами, в Финляндии

В Финляндии созданы многодисциплинарные группы помощи лицам, страдающим психозами, во всех районах для оказания активной помощи лицам с вновь поставленным диагнозом психоза и поддержки их семьям (1).

быть предоставлена самым различным категориям медицинских специалистов и работников других областей.

Трудовая деятельность

Формы трудовой деятельности должны соответствовать существующему законодательству и положениям, касающимся трудовой деятельности в стране, и должны обеспечивать соблюдение прав работников, страдающих психическими расстройствами. Особого внимания требуют такие вопросы, как подбор персонала, возможные действия, направленные на защиту интересов таких лиц, введение в должность, подбор и расстановка кадров, объединение в профсоюзы, регулирование конфликтов и лицензирование (5).

Пути решения вышеуказанных проблем

Для того чтобы к 2008 г. подготовить квалифицированные кадры в достаточном количестве, странам необходимо предпринять следующие действия:

- Разработать национальную стратегию подготовки кадров для служб охраны психического здоровья, которая обеспечит:
 - выявление потребностей в кадровых ресурсах для предоставления услуг населению в области охраны психического здоровья;
 - выявление имеющегося кадрового потенциала, включая специалистов и другие категории персонала, а также необходимости внесения изменений в их функции и обязанности;
 - выявление потребностей в новых функциях и обязанностях персонала, включая специалистов и другие категории работников сектора здравоохранения, а также других секторов, таких как сектор образования и права;
 - выявление стратегий, способствующих привлечению к работе в области охраны психического здоровья новых кадров и сохранению существующего кадрового потенциала, а также обеспечивающих распределение кадровых ресурсов в этой области на справедливой основе;
- Осуществлять, совместно с университетами и другими учебными заведениями, планирование и финансирование программ обучения, отвечающих потребностям как существующего персонала, так и новых кадров. Эти планы должны учитывать нехватку знаний и опыта в области новых технологий у самих преподавателей и включать программу “подготовки преподавателей”.
- Включить вопросы охраны психического здоровья в программы обучения всех работников здравоохранения и разработать программы повышения профессиональной квалификации для всех сотрудников.
- Предусмотреть участие лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья, и их семей в процессе планирования людских ресурсов, повышения квалификации и подготовки кадров.

Примеры из практики

Соединенное Королевство

Национальный институт психического здоровья в Англии недавно опубликовал разработанную им национальную стратегию подготовки кадров в области охраны психического здоровья. Целью данной стратегии является обеспечение достаточной численности работников служб охраны психического здоровья, обладающих

соответствующей квалификацией и достаточной мотивацией для того, чтобы при должной организации их деятельности удовлетворять потребности лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья, и их семей. В документе изложены основные задачи в области подготовки кадров и обязанности различных учреждений и ведомств по их соблюдению (6).

Словения

Словенская ассоциация охраны психического здоровья (ŠENT) приступила к проведению программы обучения для лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья, их семей и работников служб охраны психического здоровья, которая включает основные сведения о психическом здоровье и психических расстройствах, а также такие вопросы, как организация лечебно-профилактической помощи, самопомощь, права человека и права лиц, пользующихся услугами служб охраны психического здоровья, процессуальные нормы, бригадный метод работы с участием специалистов различного профиля, выработка социальных навыков и профессиональная реабилитация. Данная программа способствовала повышению уровня информированности общественности в вопросах охраны психического здоровья и обеспечила более эффективную взаимосвязь между лицами, пользующимися услугами служб охраны психического здоровья, их семьями и службами, предоставляющими такие услуги (7).

Европейский форум национальных ассоциаций медицинских сестер и акушерок

Основанный в 1996 г. Форум представляет 26 ассоциаций медицинских сестер и 4,5 млн. медицинских сестер в Европе, способствуя развитию диалога между медицинскими сестрами и ВОЗ в целях укрепления здоровья и системы здравоохранения в Европе. На восьмом ежегодном совещании данного Форума в 2004 г. основное внимание уделялось вопросам охраны психического здоровья и было подготовлено консенсусное заявление по вопросам сестринской и акушерской помощи и охраны психического здоровья (8). Данное заявление призывает правительства стран, медицинских сестер и акушерок к сотрудничеству в целях дальнейшего повышения квалификации всех работников здравоохранения для удовлетворения потребностей в области охраны психического здоровья отдельных лиц, их семей и местных сообществ.

Пакт стабильности для стран Юго-Восточной Европы – проект в области охраны психического здоровья

Одним из наиболее приоритетных вопросов в области здравоохранения, закрепленных в Дубровницком обязательстве, является усиление социального единения с помощью служб охраны психического здоровья на уровне общины. Основное внимание в рамках данной инициативы уделяется созданию новых и укреплению существующих служб охраны психического здоровья на уровне общины в странах Юго-Восточной Европы путем выработки политики в области охраны психического здоровья и развития институциональных связей между заинтересованными сторонами, включая общественные и неправительственные организации, а также службы, занимающиеся вопросами образования, научных исследований и оказанием помощи на уровне общины. Ближайшими целями данного проекта являются создание в рамках Региона стандартизированного учебного форума и сети сотрудничества в области охраны психического здоровья на уровне общины и

смежных проблем многосекторального характера, а также подготовка программы обучения для специалистов, работающих в службах охраны психического здоровья, учреждениях первичной медико-санитарной помощи и социальных работников.

Использованная литература¹³

1. *Atlas. Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).
2. *Mental health atlas-2005* [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
3. Salvage J, Heijnen S. *Nursing in Europe. A resource for better health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 74; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010914_18).
4. *Organization of services for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf).
5. *Training manual on management of human resources for health*. Geneva, World Health Organization, 1993.
6. Mental Health Care Group Workforce Team. *National Mental Health Workforce Strategy*. London, Department of Health, 2004 (DH Publications No. 40276; <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/73/62/04087362.pdf>).
7. *Human resources and training in mental health*. Geneva, World Health Organization (in press) (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
8. European Forum of National Nursing and Midwifery Associations. *Statement on Mental Health, Nursing and Midwifery*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/efnma/work/20040630_1).

¹³ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

15. Законодательство в области психического здоровья

“Настало время воспринимать вопросы, вызывающие озабоченность лиц с психическими расстройствами, не только как социальную проблему, но и как требование соблюдать права человека”

– Lawrence O. Gostin (*1*)

Актуальные проблемы

Случаи нарушения прав человека в отношении лиц с психическими расстройствами широко распространены

Лица с психическими расстройствами подвергаются целому ряду нарушений прав человека как в условиях медицинских учреждений, так и вне их. Такие нарушения нередко имеют место в психиатрических учреждениях в результате применения неадекватных, унижающих достоинство и опасных методов лечения и обращения, а также антисанитарных и антигуманных условий жизни. Вопросы, связанные с получением согласия на госпитализацию и лечение, нередко игнорируются; эти лица считаются неспособными принимать решения в отношении их госпитализации и лечения, поскольку независимая оценка их дееспособности не проводится. Это означает, что эти люди могут подвергаться изоляции на длительные периоды времени, испытывать ограничения в отношении автономности и свободы передвижения и исключаться из общественной жизни. Это, в свою очередь, усиливает стигматизацию, сопутствующую психическим заболеваниям.

Мифы и заблуждения, связанные с психическими расстройствами, также могут отрицательно влиять на повседневную жизнь лиц, страдающих такими нарушениями, приводя к их дискриминации и лишению даже самых основных прав. В результате стигматизации лица с психическими нарушениями подвергаются ограничениям в отношении трудоустройства, образования и жилищных условий. Это, в свою очередь, оказывает влияние на возможности получения ими доступа к надлежащему лечению, участия в общественной жизни и восстановления здоровья.

Необходимо принятие прогрессивного законодательства

В подавляющем большинстве (92%) стран Европейского региона имеются те или иные законодательные акты в области психического здоровья. В то же время сам факт наличия законодательства в области психического здоровья не является гарантией соблюдения прав человека. Законодательство в этой области во многих странах является устаревшим и служит в большей степени целям лишения таких прав, чем их защиты. Дела, рассматривавшиеся за последнее время Европейским судом по правам человека (2,3), а также целый ряд докладов НПО (4-6), касающихся случаев нарушения прав человека, в частности жестокого и унижающего достоинство обращения и условий содержания в психиатрических учреждениях, ясно указывают на то, что многим странам Европейского региона предстоит сделать еще многое для более полной реализации и защиты прав лиц с психическими

нарушениями в соответствии с международными и региональными нормами в отношении прав человека.

Прогрессивное законодательство в области психического здоровья обеспечивает юридическую основу для решения важнейших проблем, оказывающих влияние на жизнь лиц с психическими расстройствами. Такое законодательство может, в частности, предотвращать случаи нарушения прав человека и дискриминации и способствовать соблюдению прав человека, сохранению автономности и свободы передвижения лиц с психическими расстройствами, расширению возможностей их доступа к службам психиатрической помощи и интеграции в общество. Оно должно также обеспечивать должный баланс между правами отдельного человека и защитой общества в тех редких случаях, когда эти лица представляют потенциальную опасность для других людей вследствие наличия у них психических заболеваний.

Пути решения вышеуказанных проблем

Странам необходимо разработать законодательство в области психического здоровья, которое будет обеспечивать соблюдение прав и выполнение обязательств, закрепленных в международных и европейских документах по правам человека. Большинство европейских стран ратифицировали Международный билль о правах человека (Всеобщую декларацию прав человека, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Международный пакт о гражданских и политических правах, а также два факультативных протокола к нему) и/или Конвенцию Совета Европы о защите прав человека и основных свобод. Эти документы возлагают на правительства юридически обязательные требования соблюдать, защищать и реализовывать эти права в странах. Кроме того, как европейская система прав человека, так и система прав человека ООН включают целый ряд международно согласованных норм, касающихся прав лиц, страдающих психическими расстройствами. Двумя документами такого рода являются принятые ООН Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (1991 г.) и Рекомендации Совета Европы 1235 (1994 г.) по психиатрии и правам человека.

Основные вопросы, которые следует учитывать при реформировании национального законодательства в области психического здоровья, приводятся ниже.

Улучшение доступа к службам высококачественной психиатрической помощи в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы

Надлежащие службы психиатрической помощи должны быть доступными, приемлемыми и обеспечивающими адекватное качество. С помощью законодательства можно обеспечить оказание такой помощи на уровне других служб здравоохранения и предоставление ее в соответствии с потребностями людей. В соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы страны должны принимать законодательные и другие необходимые меры для расширения возможностей лиц с психическими нарушениями жить полноценной жизнью в обществе, препятствуя помещению таких лиц в специализированные учреждения без необходимости и обеспечивая наличие соответствующих условий, служб, программ, кадров и мер защиты, а также создавая возможности, позволяющие лицам с психическими нарушениями преуспевать в обществе.

Соблюдение прав лиц, пользующихся услугами служб психиатрической помощи

К числу основных прав лиц с психическими расстройствами относятся:

- право на конфиденциальность
- право на доступ к информации
- права и условия содержания в психиатрических учреждениях
- уведомление о правах.

Законодательство должно обеспечивать соблюдение **прав пациентов на конфиденциальность** предусматривать штрафы и санкции за преднамеренное нарушение принципа конфиденциальности работниками здравоохранения или органами охраны психического здоровья. Законодательство может предусматривать исключительные обстоятельства, когда принцип конфиденциальности может нарушаться на законных основаниях и обеспечивать возможность для того, чтобы пациенты и их личные представители имели право требовать судебного пересмотра решений о разглашении информации или подавать апелляционные жалобы на такие решения.

Законодательство должно обеспечивать соблюдение **права лиц с психическими расстройствами на свободный и полный доступ к своей истории болезни** и должно также предусматривать исключительные обстоятельства, когда доступ к такой информации может быть ограничен. Законодательство может обеспечивать наличие у пациентов и их личных представителей права требовать судебного пересмотра решений об ограничении доступа к информации или подавать против них апелляционные жалобы.

Законодательство должно гарантировать пациентам, находящимся в психиатрических/психотерапевтических учреждениях, **защиту от жестокого, негуманного и унижающего достоинства обращения**. Оно должно гарантировать предоставление безопасной и отвечающей гигиеничным нормам среды обитания, включая условия для отдыха, развлечения, образования и выполнения религиозных обрядов, а также обеспечивать наличие адекватных средств профессиональной реабилитации в таких учреждениях в целях содействия возвращению пациентов в общество после выхода из этих учреждений. Среда проживания должна быть структурирована таким образом, чтобы она обеспечивала максимально возможную защиту права пациентов на личную жизнь. Пациентов не должны вынуждать выполнять какую-либо работу вопреки их желанию, а в случаях, когда они занимаются трудовой деятельностью, они должны получать соответствующее вознаграждение.

Законодательство должно предусматривать требование информировать пациентов об их правах при взаимодействии со службами психиатрической помощи. **Уведомление о правах** должно осуществляться в возможно кратчайшие сроки. Эту информацию необходимо доводить до сведения пациентов таким образом, чтобы она была доступна для понимания.

Поощрение добровольной госпитализации и лечения

Основой для лечения и реабилитации большинства людей с психическими расстройствами должно являться добровольное согласие на основе полной информации. Принудительная госпитализация и лечение должны применяться в исключительных случаях и лишь при особых обстоятельствах. Законодательство должно содержать описание таких исключительных обстоятельств и

предусматривать процедуры для осуществления принудительной госпитализации и лечения. Каждый случай принудительной госпитализации и лечения должен регулярно рассматриваться независимым наблюдательным органом, а пациенты должны иметь право подавать в этот наблюдательный орган апелляцию против их принудительного лечения или помещения в специализированные учреждения.

Отказ от использования изоляции и средств ограничения свободы

Законодательство должно побуждать к отказу от использования средств ограничения свободы и процедур изоляции в психиатрических/ психотерапевтических учреждениях. Для достижения этой цели странам потребуется обеспечить развитие инфраструктуры служб охраны психического здоровья, поскольку к использованию таких методов вмешательства сотрудников этих учреждений побуждает отсутствие ресурсов. В целях защиты от случаев злоупотребления законодательство может предусматривать исключительные обстоятельства, когда такие процедуры являются допустимыми. Использование средств ограничения свободы и изоляции может допускаться в тех случаях, когда они являются единственным имеющимся способом предупредить нанесение непосредственного или неминуемого вреда пациенту или другим лицам, и его следует использовать на кратчайшие периоды времени, необходимые для этого.

Создание механизмов надзора для контроля за соблюдением и защитой прав

Для защиты прав человека лиц с психическими расстройствами следует создать независимые наблюдательные органы. Функции таких органов могут включать проведение регулярных инспекций психиатрических/ психотерапевтических учреждений. Они должны также рассматривать случаи принудительной госпитализации и лечения и принимать жалобы от пациентов.

Включение вопросов охраны психического здоровья и соблюдение прав человека в другие законодательные акты

Для того чтобы лица с психическими расстройствами могли жить полноценной общественной жизнью, необходим целый ряд законов, которые защищают и обеспечивают соблюдение их прав. К их числу относятся законы, касающиеся следующих вопросов:

- Антидискриминационное законодательство: законодательные акты против дискриминации, которые также обеспечивают правовую защиту интересов уязвимых групп населения, должны содержать положения, касающиеся лиц с психическими расстройствами;
- Законодательство в области общественного здравоохранения: лица с психическими расстройствами могут нуждаться в законодательной защите при их взаимодействии со службами общественного здравоохранения, охватывая такие вопросы, как доступ к лечению, качество предоставляемой помощи, конфиденциальность, согласие на лечение и доступ к информации;
- Жилищное законодательство: в законодательстве могут быть предусмотрены статьи, которые касаются приоритетного положения лиц с психическими расстройствами при выделении жилплощади в государственных квартирах и дотационном жилищном строительстве и которые предусматривают создание специализированного жилого фонда, как, например, “дома на полпути”

(специализированные реабилитационные учреждения) и дома долговременного ухода;

- Законодательство по вопросам занятости: в законодательстве могут быть предусмотрены положения, ограждающие лиц с психическими расстройствами от дискриминации и эксплуатации в процессе их трудовой деятельности и обеспечивающие им равные возможности при трудоустройстве. Оно также может содействовать возвращению к трудовой деятельности лиц, страдавших психическими расстройствами, и обеспечивать защиту от увольнения с работы исключительно по причине психического расстройства;
- Законодательство в области социальной защиты: выплата пособий по нетрудоспособности может иметь исключительно важное значение для лиц с психической инвалидностью, и это должно обеспечиваться путем принятия законодательных актов;
- Гражданское законодательство: лица с психическими расстройствами имеют право на реализацию всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав. К таким правам относятся право участвовать в голосовании, жениться/выходить замуж, подписывать чеки и заниматься другими финансовыми операциями, иметь детей и реализовывать родительские права, владеть собственностью, а также право на свободу вероисповедания и отправлению религиозных обрядов, работу и трудоустройство, образование, свободу передвижения и выбора места жительства, здоровье, справедливое судебное разбирательство и надлежащую правовую процедуру.

Соблюдение законодательства в области психического здоровья

Проблема соблюдения законодательства является наиболее сложной, и ее необходимо решать на раннем этапе. Для того чтобы положения законодательных актов выполнялись на практике, необходимо предоставление адекватного финансирования. Повышению вероятности того, что они будут действительно соблюдаться, будет способствовать привлечение основных участников данного процесса к консультациям в ходе подготовки проектов законодательных актов и их принятия. Кроме того, для привлечения внимания к данному вопросу общественности и работников служб здравоохранения, включая службы охраны психического здоровья, а также других секторов, затрагиваемых законодательством в области психического здоровья, необходимо принятие мер, направленных на просвещение и информирование населения и подготовку соответствующего персонала.

Пример из практики

Одним из примеров перехода от содержания лиц с психическими расстройствами в учреждениях закрытого типа, в том числе под охраной, к их интеграции и медицинской реабилитации является принятый в Италии закон №. 180 о добровольном и принудительном лечении, вступивший в силу в 1978 г. В этом законодательном акте основное внимание уделяется добровольному лечению лиц с психическими расстройствами непосредственно в общине и в условиях интегрированных лечебных учреждений, а не в изолированных психиатрических лечебницах. Благодаря этому пациенты имеют более широкие возможности для непосредственного участия в жизни общества.

Участие заинтересованных сторон

Для того чтобы законодательство было эффективным, важное значение имеет

участие в его разработке и соблюдении различных заинтересованных сторон. Ниже перечислены некоторые из таких заинтересованных сторон, а также выполняемые ими функции:

- группы пользователей и членов их семей и организации, отстаивающие интересы лиц с психическими расстройствами:
 - деятельность, направленная на более эффективную защиту прав лиц с психическими расстройствами и их семей, а также разработка прогрессивного законодательства в области психического здоровья;
 - участие в разработке и обеспечении соблюдения законодательства в области психического здоровья;
 - проведение мероприятий, направленных на повышение уровня информированности в целях привлечения внимания широкой общественности к проблемам охраны психического здоровья и прав человека, а также к положениям законодательства в области охраны психического здоровья;
- благотворительные и иные фонды:
 - поддержка мер по проведению в жизнь законодательства в области психического здоровья, например, путем повышения уровня информированности о проблемах охраны психического здоровья и соблюдения прав человека;
 - поддержка создания групп пользователей и членов их семей и организаций, отстаивающих интересы лиц с психическими расстройствами, а также их деятельности;
- учебные и научные учреждения:
 - включение вопросов охраны психического здоровья и соблюдения прав человека в программы учебных заведений и курсов повышения квалификации работников здравоохранения, включая службы первичной медико-санитарной помощи;
 - проведение научных исследований в целях мониторинга и оценки эффективности законодательства в области психического здоровья;
- профессиональные общества:
 - участие в разработке законодательства в области психического здоровья;
 - повышение уровня знаний этих членов в области охраны психического здоровья и соблюдения прав человека.

Использованная литература¹⁴

1. Gostin LO. International human rights law and mental disability. *Hastings Center Report*, 2004, 34(2):11–12 (<http://www.who.int/ethics/en/Gostin.pdf>).
2. *Hutchison Reid v. United Kingdom (50272/99) [2003]*. *European Court of Human Rights (20 February 2003)*. Sydney, World Legal Information Institute, 2003 (<http://www.worldlii.org/eu/cases/ECHR/2003/94.html>).
3. *Rakevich v. Russia (58973/00) [2003]* *European Court of Human Rights 558 (28 October 2003)*. Sydney, World Legal Information Institute, 2003 (<http://www.worldlii.org/eu/cases/ECHR/2003/558.html>).
4. *Cage beds: inhuman and degrading treatment in four EU accession countries*. Budapest, Mental Disability Advocacy Center, 2003 (http://www.mdac.info/documents/Cage_Beds.pdf).

5. *Human rights and mental health: Hungary*. Washington DC, Mental Disability Rights International, 1997 (<http://www.mdri.org/pdf/Hungary.pdf>).
6. Rosenthal E, Szeli E. *Not on the agenda: human rights of people with mental disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International, 2002 (<http://www.mdri.org/pdf/KosovoReport.pdf>).

Дополнительные источники информации¹⁴

Mental health care law: ten basic principles. Geneva, World Health Organization, 1996 (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).

Mental health legislation and human rights. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf).

WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva, World Health Organization (in preparation).

¹⁴ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

16. Расширение прав и возможностей и защита интересов пациентов в области психического здоровья

“Защита и продвижение интересов в области психического здоровья – это один из наиболее важных элементов в сложном комплексе взаимодействий, необходимых для контроля своего собственного психического здоровья, однако большинство людей, по существу, не знают, что это означает. Говоря по правде, я даже не знала, что такое понятие существует. Я узнала о нем случайно, когда через несколько лет после того, как я была впервые госпитализирована, я получила некоторую информацию о моем диагнозе. По существу, я не имела ни малейшего представления о том, как много защитник моих интересов может сделать для меня в моих взаимодействиях со службами психического здоровья, до тех пор пока я не “выздоровела” до такой степени, чтобы выяснить это самой”.

– Rachel Studley, клиент службы охраны психического здоровья

Актуальные проблемы

Защита и продвижение интересов

Концепция защиты и продвижения интересов пациентов относится прежде всего к расширению их прав и возможностей, но она также может оказать огромный положительный эффект на улучшение психического здоровья населения в целом (1). Концепция защиты и продвижения интересов (2):

“призвана обеспечить, чтобы люди были в состоянии выражать свои взгляды и защищать свои права. Это процесс оказания помощи и поддержки людям, с тем чтобы они смогли выражать свои взгляды и проблемы, получать доступ к информации и услугам, защищать и продвигать свои права и обязанности и изучать имеющиеся возможности и альтернативы”.

Действующими сторонами в сфере защиты и продвижения интересов лиц с психическими расстройствами являются потребители психиатрических услуг, члены их семей, неправительственные организации (НПО), работники служб психического здоровья, лица, формирующие политику, и в последнее время – средства массовой информации (СМИ). Ключевой группой при этом являются потребители услуг и их родственники, так как они в наибольшей степени затронуты этой проблемой. Именно поэтому они были первой группой, создавшей собственную организацию, которая позволяет им выразить свое мнение. Различные способы, используемые для этой цели, включают: распространение информации, повышение осведомленности,

проведение кампаний, образование и просвещение, подготовку кадров, организацию системы взаимопомощи, оказание консультативных услуг, лоббирование.

Как было показано, такие подходы, как расширение прав и возможностей и защита интересов, позволяют сократить продолжительность госпитализаций и число посещений учреждения здравоохранения; повысить чувство самоуважения и благополучия; улучшить навыки и умения преодолевать трудности; укреплять сети социальной поддержки; улучшать семейные взаимоотношения; способствовать разработке и осуществлению программ по укреплению психического здоровья, лечению и реабилитации; способствовать улучшению и реализации законодательства в сфере охраны психического здоровья; улучшать осведомленность общественности о вопросах психического здоровья (1).

Молчаливое большинство

В рамках Европы невозможно дать конкретную оценку численности организаций, объединяющих пользователей служб психического здоровья, лиц, оказывающих им помощь, и других защитников их интересов в гражданском обществе, но это число, несомненно, растёт. И это происходит несмотря на наличие молчаливого большинства потребителей психиатрических услуг, которые не принимают участия ни в каком гражданском движении, имеющем отношение к охране психического здоровья. В их число входят самые различные категории граждан (учителя, врачи, водители автобусов, продавцы и т.д.), которые заболевают, получают помощь и лечение, но болезнь которых не нарушает их повседневную жизнь в такой степени, что их следует госпитализировать. В любой период времени молчаливое большинство наряду с теми людьми, на которых навешан ярлык психически больного, могут представлять до одной четверти европейцев, или около 218 млн. человек (3).

“Я перенес много испытаний в рамках психиатрических служб, и я считаю, что я смогу помочь другим защищать свои права... Когда на меня навесили ярлык “сумасшедший”, я боялся выражать свои чувства и считал, что не могу ничего сделать для других. Теперь я понимаю, что могу очень многое для них сделать”.

– Alkent Birko из Ассоциации “Альтернатива”, Албания

Согласно оценкам, показатель представленности НПО в странах Европейского региона равен приблизительно 90%, так как они ведут активную деятельность по крайней мере в 46 из 52 стран Региона (4). Однако это не означает, что местные НПО ведут активную работу во всех группах населения или что пользователи служб психического здоровья и лица, оказывающие им помощь, непосредственно представлены в этих организациях. Весьма часто в странах, где гражданское общество все еще находится в зачаточном состоянии, международные НПО помогают местным НПО, представляющим интересы пользователей и работников служб психического здоровья, создавать условия для расширения своих прав и возможностей и защиты и продвижения своих интересов. В Европе НПО представляют динамичное, широкое и многостороннее движение, в задачи которого входят улучшение психического здоровья населения и расширение участия, возможностей, прав человека и возможностей выбора как для лиц с психическими расстройствами, так и для лиц, оказывающих им помощь.

Права человека, эффективные службы

Движение защиты и продвижения интересов психиатрических пациентов и лиц, оказывающих им помощь, сформировалось в ответ на исторически сложившуюся

маргинализацию лиц с психическими расстройствами в Европе, которая в ряде случаев даже сейчас принимает форму бесчеловечного и деградирующего обращения с психически больными, например, в виде социального исключения, лишения свободы, насмешек, неадекватного принудительного лечения. Движение защищало права граждан от медицинских и государственных властей, и оно и далее будет делать это во всех тех случаях, где нарушаются права человека.

“Кровать-клетка в психиатрической больнице – это все равно, что клетка в зоопарке или очень маленькая тюрьма. У меня было ощущение животного, попавшего в западню, и мне не разрешали выйти из клетки, для того чтобы поесть или сходить в туалет. Один раз мне даже пришлось помочиться через прутья клетки, так как я не мог уже больше терпеть. Иногда у меня так пересыхало во рту, что я пытался пить свою собственную мочу”.

– Michel Celetka, пациент, помещенный в кровать-клетку в психиатрической больнице в Европе, 2004 г.

Некоторые из ключевых вопросов, которые, по мнению психиатрических пациентов и лиц, оказывающих им помощь, представляют особую значимость и включают следующее:

- право автономности и самоопределения;
- право на свободу от пыток и других видов бесчеловечного или деградирующего лечения;
- право доступа к службам, являющимся приемлемыми для пациентов;
- проведение научных исследований, возглавляемых пользователями услуг, оценка служб, а также подготовка кадров в области охраны психического здоровья;
- право каждого человека на то, чтобы с точки зрения закона он был признанным лицом, по отношению к которому недопустима дискриминация, а также обеспечение того, чтобы в законодательстве и принимаемых стратегиях не было никаких лазеек, оставляющих свободу для проявлений дискриминационного отношения к тем или иным группам населения;
- дестигматизация психических расстройств;
- придание службам психического здоровья более комплексного, уважительного и внимательного характера, а также создание в их рамках возможностей для конструктивного участия пациентов.

Пути решения вышеуказанных проблем

ВОЗ призывает министерства здравоохранения государств-членов работать на основе равноправного партнерства с другими заинтересованными сторонами для достижения общей цели улучшения психического здоровья населения и усиления социального единства.

В выводах совместно организованного ВОЗ и Европейской комиссией совещания на тему “Нахождение наиболее оптимального соотношения между деятельностью по укреплению психического здоровья и оказанием психиатрической и психотерапевтической помощи”, состоявшегося в Брюсселе в 1999 г., одной из общих целей была названа следующая: разработка новаторских, комплексных и четко сформулированных стратегий по охране психического здоровья на основе консультирования со всеми заинтересованными сторонами, включая психиатрических пациентов и лиц, оказывающих им помощь, и с должным уважением к вкладу НПО и граждан в этот процесс.

В одной из десяти общих рекомендаций “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда” (3) говорится:

“общины, семьи и потребители услуг должны участвовать как в развитии стратегий, программ и услуг в области охраны психического здоровья, так и в процессе принятия соответствующих решений. Благодаря такому подходу оказываемые услуги станут более эффективными и будут лучше соответствовать реальным потребностям людей. Кроме того, при проведении тех или иных мер вмешательства следует учитывать половозрастные, культурные и социальные особенности людей с психическими расстройствами, с тем чтобы эти меры обеспечивали максимальное удовлетворение потребностей не только лиц с психическими проблемами, но и членов их семей”.

Афинская декларация (5) была подписана в июне 2001 г. на совещании ВОЗ для стран Южной и Юго-Восточной Европы. В этой декларации содержится призыв к сотрудничеству между всеми группами и секторами, включая психиатрических пациентов и лиц, оказывающих им помощь, в таких областях, как охрана психического здоровья, антропогенные катастрофы, стигматизация, медицинское обслуживание по месту жительства.

Глобальный совет по психическому здоровью был учрежден ВОЗ в 2002 г. в качестве первого всеобъемлющего глобального партнерства всех сторон, имеющих отношение к психическому здоровью. Двумя из этих сторон являются люди с психическими расстройствами и лица, оказывающие им помощь. Стоящие перед Глобальным советом цели включают следующее:

- объединить в рамках одного форума представителей различных сторон, интересующихся вопросами укрепления психического здоровья, а также профилактики и лечения психических расстройств, с тем чтобы выработать общую точку зрения на эту проблему с учетом различных перспектив;
- стимулировать и поддерживать действия, направленные на повышение информированности о бремени психических расстройств, вмешательствах, позволяющих уменьшить их распространенность, а также о широко распространенных последствиях таких явлений, как стигматизация и дискриминация;
- содействовать реализации 10 рекомендаций “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.” (3) во всех регионах, равно как и принятию стратегий, разработанных глобальной программой действий в области охраны психического здоровья.

Таким образом, представляется, что при наличии таких составляющих, как соответствующая информация и хорошие намерения, основной акцент следует поставить на вопросы реализации принятых планов и программ.

Что может быть достигнуто с помощью Плана действий?

В подготовленном ВОЗ Европейском плане действий по охране психического здоровья признается тот факт, что эффективному оказанию соответствующей помощи препятствуют такие факторы, как недостаточные права и возможности людей с психическими расстройствами и лиц, оказывающих им помощь, равно как и недостаточно активная защита и продвижение их интересов. В этом Плане странам настоятельно рекомендуется вовлекать психиатрических пациентов и лиц, оказывающих им помощь, в процессы планирования и предоставления психиатрических и психотерапевтических услуг. Исходя из этого, в Плане поощряются действия, направленные на стимулирование создания и развития организаций, возглавляемых потребителями психиатрических услуг (ППУ) и лицами, оказывающими им помощь; установление нормативов представительства ППУ и лиц, оказывающих им помощь, в составе комитетов, отвечающих за

планирование, оказание, оценку и инспектирование психиатрической помощи; внедрение юридического права на независимую защиту интересов лиц, подлежащих принудительному лечению.

Стратегии расширения прав и возможностей и улучшение защиты интересов

Предусмотренные в Плане действий вышеуказанные стратегии предназначены для того, чтобы:

- улучшить информированность общественности и защиту интересов потребителей психиатрических услуг с целью искоренения явления стигматизации и улучшения их доступа к психиатрической помощи;
- расширить возможности населения в целом, особенно уязвимых и маргинальных групп, за счет наработки целевой информации, которая позволит им не только выбирать наиболее подходящий вид помощи, но и участвовать в процессе ее оказания, особенно применительно к таким проблемам, как стрессы, депрессия, алкоголизм и наркомания, самоубийства;
- организовать и обеспечить работу учреждений, которые от имени уязвимых лиц занимаются вопросами расширения их возможностей и защиты и продвижения их прав;
- создать механизмы, позволяющие улучшить ситуацию в таких сферах, как выполнение родительских функций, образование и создание атмосферы терпимости, а также успешно бороться с алкоголизмом и наркоманией, насилием и преступностью;
- развивать местные службы, нацеленные на удовлетворение потребностей меньшинств;
- обеспечить работу линий помощи и консультирования по Интернету людей, находящихся в кризисных ситуациях, страдающих от насилия или подвергающихся риску самоубийства;
- создание возможностей трудоустройства для инвалидов;
- работа с местными СМИ.

Несколько примеров из практики

Многосекторальное партнерство в области укрепления психического здоровья – горизонтальный подход

Gedrækt является проектом по укреплению психического здоровья населения Исландии, который имеет форму партнерского сотрудничества между тремя секторами общества (государственный сектор, частный сектор, гражданское общество) (6,7). Этот проект сотрудничества проводился исландским директором здравоохранения, исландским альянсом по психическому здоровью (неправительственная организация), отделением психического здоровья в университетской больнице и исландскими службами здравоохранения. Структура проекта была основана на необходимости обеспечения его независимости, с тем чтобы реализовать свою стратегию мобилизации большинства необходимых средств за счет частного сектора. Доля общего финансирования, приходящаяся на частные компании, составила 75%, а оставшиеся 25% приходились на различные государственные министерства.

Подход, который был использован в проекте Gedrækt, может быть охарактеризован как слияние подходов “сверху-вниз” и “снизу-вверх”, когда

политические цели подхода “сверху-вниз” сочетаются с перспективой ориентированного на действия подхода “снизу-вверх”. Этот подход оказался для государственных органов многообещающим методом работы через гражданское общество с целью реализации политических решений и достижения поставленных целей.

Исследование, посвященное оценке осведомленности людей об этом проекте, было проведено группой IMG Gallup через два года после начала проекта. Результаты исследования показали, что почти 50% населения страны слышали об этом проекте, из них более 60% знали, какие задачи он выполняет.

Система уполномоченных по правам человека для психиатрических пациентов в Швеции

Вышеуказанная система уполномоченных по правам человека (УПЧ) была создана в период реформирования шведской психиатрической системы в 1995 г. УПЧ – это высококвалифицированные специалисты, работающие только в интересах психиатрических пациентов. УПЧ действуют совершенно независимо от интересов психиатрических и социальных служб или любых органов власти, родственников пациентов или других лиц. УПЧ делают только то, что хотят их клиенты. Прежде чем клиент сможет понять, какого рода помощь он или она хотели бы получить и набраться смелости сказать об этом, может пройти много времени. Со своими клиентами УПЧ выстраивают долгосрочные взаимоотношения, в отличие от большинства традиционных служб, в которых психиатрические пациенты направляются от одного работника к другому, зачастую с очень незначительной поддержкой.

УПЧ уделяют особое внимание поддержке тех пациентов, с которыми трудно поддерживать контакты. На работу УПЧ нанимают либо общины, либо НПО. При этом последним отдается предпочтение, для того чтобы устранить любые подозрения о том, что УПЧ могут отстаивать чьи-то другие интересы.

В провинции Сконэ на юге Швеции, население которой составляет 1,1 млн. человек, независимая организация пользователей и семей наняла приблизительно 25 УПЧ, которые оказывают поддержку приблизительно 400 больных с серьезными психическими болезнями, из которых 75 человек – это бездомные (8).

Руководящие принципы работы УПЧ включают следующие:

- УПЧ имеют 40-часовую рабочую неделю, но они готовы работать в любое время в соответствии с потребностями своих клиентов;
- УПЧ не имеют офиса, поскольку “любой офис – это атрибут власти”;
- суть работы УПЧ заключается в формировании взаимоотношений. Поскольку многие их клиенты подозрительны и с ними трудно установить контакт, УПЧ должны осуществлять активный поиск, для того чтобы найти этих клиентов в обычных для них местах. В своей работе УПЧ должны использовать следующие методы: установление первого контакта; развитие коммуникации; установление взаимоотношений; начало диалога; выполнение поручений своих клиентов;
- помощь УПЧ можно получить без каких-либо бюрократических или формальных процедур;
- УПЧ должны представлять различные этнические группы, с тем чтобы можно было удовлетворить потребности психиатрических пациентов из числа этнических меньшинств;

- клиент должен иметь право оставаться анонимным для органов власти, и УПЧ должны уважительно относиться к этому праву.

Пути воздействия на политику

Гамлетовский фонд – это базирующаяся в Соединенном Королевстве международная неправительственная организация, которая в течение более трех лет проводит программу “Пути воздействия на политику” (Pathways to Policy) в странах Центральной и Восточной Европы (Армения, Босния и Герцеговина, Кыргызстан, Румыния, Словения, Эстония) (9). Цель программы заключается в том, чтобы дать возможность местным НПО работать с другими местными сторонами, интересующимися вопросами психического здоровья, с тем чтобы оказывать большее воздействие на политику, практику и процедуры в области охраны психического здоровья на местном уровне. Другие заинтересованные стороны включают профессиональных работников, таких как психиатры, социальные работники и медсестры; семьи и лица, оказывающие помощь и уход; политики; чиновники и администраторы; СМИ; местные предприниматели. Местные форумы по политике дают возможность этим группам встречаться и совместно работать на регулярной основе, с тем чтобы разрабатывать стратегии оказания воздействия на политику.

Согласно оценкам, уже в первый год существования программы в ней принимали непосредственное участие около 400 человек (17 мероприятий в 6 странах). В настоящее время на третьем году работы программы местные форумы по вопросам политики занимаются созданием национальных форумов в своих странах, основываясь при этом на таких принципах, как создание сетей на низовом уровне, развитие политики по принципу “снизу-вверх”, активное участие потребителей услуг. Хотя долгосрочные результаты программы заключаются в том, чтобы пользователи и НПО могли оказать воздействие на политику охраны психического здоровья на местном уровне, непосредственные цели (на конец 2004 г.) являются более конкретными и сводятся к тому, чтобы:

- пользователи и НПО могли сформировать новые, более глубокие и устойчивые взаимоотношения с другими заинтересованными сторонами (особенно с чиновниками, местными политиками, администраторами и СМИ);
- форумы инициировали местные действия, с тем чтобы усилить свое воздействие на политику охраны психического здоровья (например, с помощью таких подходов, как проведение кампаний, лоббирование, поддержание связей с общественностью);
- больше внимания придавалось повышению роли пользователей как активных участников процесса формирования политики (например, в средствах массовой информации).

После декабря 2004 г.:

- программа будет подвергнута независимой оценке, а ее результаты и накопленный опыт будут обобщены и проанализированы;
- подборка информационных материалов, предназначенных для разработки, осуществления и оценки политики, будет опубликована, для того чтобы обеспечить распространение новых знаний и конкретных примеров, являющихся результатом программы;
- если местное население считает, что проведение форумов следует продолжить, Гамлетовский фонд будет оказывать поддержку группам в поиске средств, необходимых для устойчивого финансирования таких форумов.

Фонд Пандора в Нидерландах

Фонд Пандора был создан в 1964 г. для борьбы с предрассудками по отношению к (бывшим) психиатрическим пациентам. Сейчас, т.е. 40 лет спустя, свыше 100 добровольцев и штатных сотрудников прилагают активные усилия для улучшения социального положения каждого человека, имеющего или имевшего проблемы с психическим здоровьем (10). Для реального улучшения социального положения таких людей и для повышения качества психиатрической помощи фонд Пандора активно работает в таких различных областях, как психиатрическая и психотерапевтическая помощь, трудоустройство, социальное обеспечение и страхование. Центральное место в концепции и действиях этого фонда отводится потребностям и интересам клиентов. Фонд Пандора предоставляет населению независимую информацию, и он никоим образом не пользуется поддержкой со стороны фармацевтической промышленности.

Мероприятия и инициативы

Практические семинары “Были ли вы когда-либо знакомы с нормальным человеком?” посвящены таким важным вопросам, как борьба против стигматизации и улучшение отношения к людям, страдающим психическими расстройствами. Еще одной задачей этих семинаров является содействие тому, чтобы проблемы психического здоровья стали предметом открытых обсуждений. Эти цели достигаются с помощью людей, ставших экспертами благодаря своему опыту. Иными словами, люди, сами испытывавшие психологические или психиатрические проблемы, ведут этот семинар. Для его участников они освещают опыт, мотивационные установки и дилеммы людей с психологическими и психиатрическими проблемами. Ведущие этих семинаров ведут общеобразовательную работу в различных учреждениях и группах, например, в школах, (медицинских) образовательных учреждениях, проектах единомышленников, группах клиентов, женских группах, полиции и в группах лиц, оказывающих помощь.

Слишком большая рабочая нагрузка или страдания работников в связи с синдромом (эмоционального) выгорания или депрессии – это проблема не только для работников, но и для администрации и отдела кадров. Для того, чтобы разъяснить позицию и опыт людей с психическими проблемами и стимулировать диалог между работниками и администрацией проводятся семинары для работодателей на тему “Временная нетрудоспособность в связи с психическими проблемами”.

Тридцать человек – при этом в прошлом все они сами испытали проблемы с психическим здоровьем – предоставляют поддержку, информацию и советы по телефону своим клиентам, их семьям и населению в целом.

“Конструктивное участие всех задействованных сторон и лиц, включая людей с психическими расстройствами, их родственников, политиков, юристов и медиков, а также НПО, имеет важнейшее значение. Все эти стороны являются партнерами, а не соперниками, и все они могут внести существенный вклад в работу в этой области”.

– Вывод №. 13 семинара, организованного комиссаром по правам человека Совета Европы в помещении Европейского регионального бюро ВОЗ в феврале 2003 г.

Участие заинтересованных сторон

Суть “горизонтального подхода” к вопросам охраны психического здоровья сводится к тому, что межправительственные учреждения, государственные органы,

лица, определяющие политику, рыночные структуры и гражданское общество – все вместе прилагают усилия для достижения общей цели на основе партнерского сотрудничества. Разделение ответственности за улучшение психического здоровья населения – это более легкий и эффективный подход по сравнению со сосредоточением всей ответственности в руках одного общественного сектора, например, правительства.

Предоставление потребителям психиатрических услуг и лицам, оказывающим им помощь, возможности играть роль активных партнеров в планировании и предоставлении соответствующих медицинских услуг будет означать крупный шаг вперед к более равноправной и справедливой коммуникации между пациентами и лечащим персоналом. Действия в этом направлении в рамках Европы уже проводятся на практике, в частности, в ответ на давно звучащие призывы потребителей психиатрических услуг предоставить им большую возможность участия в процессе принятия решений по вопросам, непосредственно относящимся к их жизни и здоровью.

Использованная литература¹⁵

1. *Advocacy for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Advocacy.pdf).
2. Kelley N. *The Mind guide to advocacy*. London, Mind, 2000 (<http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Mind+guide+to/advocacy.htm>).
3. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г. (http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ru.pdf).
4. *Atlas: mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).
5. *Athens Declaration on Mental Health and Man-made Disasters, Stigma and Community Care*. Copenhagen, Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/MNH/AthensDecl.pdf>).
6. *Gedrækt. Mental health promotion*. Reykjavik, Public Health Institute of Iceland, 2005 (http://www.ged.is/media/gedraekt/efni/gedrakt_enska.PDF).
7. Saxena S, Garrison PJ, eds. *Mental health promotion. Case studies from countries. A joint publication of the World Federation for Mental Health and the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 2004:57 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/case_studies_report.pdf).
8. PO-Skåne. Swedish user-run service with personal ombud (PO) for psychiatric patients [web site]. Malmö, PO-Skåne, 2005 (<http://www.po-skane.org>).
9. Hamlet Trust [web site]. London, Hamlet Trust, 2004 (<http://www.hamlet-trust.org.uk>).
10. Stichting Pandora [web site]. Amsterdam, Pandora Foundation, 2005 (<http://www.stichtingpandora.nl/>).

Дополнительные источники информации¹⁵

Armenian Mental Health Foundation [web site]. Yerevan, Armenian Mental Health Foundation, 2005 (<http://www.mentalhealth.am/index.htm>).

EUFAMI [web site]. Louvain, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, 2005 (<http://www.eufami.org/en/about/who.html>).

Federal Centre for Health Education [web site]. Cologne, Federal Centre for Health Education, 2005 (<http://www.bzga.de>).

Mental Disability Advocacy Center [web site]. Budapest, Mental Disability Advocacy Center, 2005 (<http://www.mdac.info>).

Mental Health Europe [web site]. Brussels, Mental Health Europe, 2005 (<http://www.mhe-sme.org/>).

Mental Health Foundation [web site]. London, Mental Health Foundation, 2005 (<http://www.mentalhealth.org.uk>).

Mental Health Ireland [web site]. Dublin, Mental Health Ireland, 2005 (<http://www.mental-healthireland.ie/default.asp>).

Mind [web site]. London, Mind, 2005 (<http://www.mind.org.uk>).

Support and Contact Centre [web site]. Copenhagen, Support and Contact Centre, 2005 (<http://www.skcdk.dk>).

Swedish Handicap Institute [web site]. VKllingby, Swedish Handicap Institute, 2005 (<http://www.hi.se/default.shtm>).

¹⁵ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

17. Экономические аспекты охраны психического здоровья в Европейском регионе

“При анализе любых препятствий на пути к улучшению психического здоровья населения прежде всего прослеживается недостаточность ресурсов. В рамках усилий по преодолению таких препятствий полезно рассмотреть различные экономические аспекты охраны психического здоровья”.

– профессор Martin Knapp, конференция “Экономические и стратегические аспекты охраны психического здоровья в глобальном контексте”, Лондон, май 2003 г.

Актуальные проблемы

Общество не может позволить себе отказаться от инвестиций в охрану психического здоровья. Экономический ущерб для общества, связанный с проблемами психического здоровья, является огромным. В частности, согласно осторожной оценке Международной организации труда, в государствах - членах ЕС этот ущерб составляет 3–4% валового национального продукта (1).

В настоящее время появляется все большее число национальных оценок расходов, связанных с этой проблемой, однако проведение прямых сравнений продолжает оставаться трудной задачей из-за различий в используемых методах сбора данных. В Германии в 2002 г. те расходы для здравоохранения, которые связаны со всеми психическими и поведенческими расстройствами, составили, по официальным оценкам, 22,44 млрд. евро, из которых 62% приходилось на женщин. Сюда входили расходы, связанные с депрессией (4,025 млрд. евро), с шизофренией и связанными с нею расстройствами (2,756 млрд. евро) и с невротическими расстройствами, включая стресс (2,825 млрд. евро). Средние расходы на душу населения составили 270 евро. В Англии, согласно результатам другого недавно проведенного исследования, в котором были учтены расходы, связанные с потерянной производительностью, ориентировочные общие издержки, обусловленные депрессией у взрослых, составили в 2002 г. 15,46 млрд. евро, или 309,2 евро на душу населения. При этом следует отметить, что расходы, связанные с лечением, составили только 636 млн. евро, а основная доля расходов была связана с трудовыми потерями из-за невыхода на работу и преждевременной смерти. Миллионы рабочих дней теряются ежегодно, так, например, в 2000 г. во Франции депрессия стала причиной потери 31,9 млн. рабочих дней. Обзор исследований, в которых рассматриваются расходы, обусловленные шизофренией, т.е. болезнью,

поражающей гораздо меньшее абсолютное число людей по сравнению с депрессией, подтверждает, что эти расходы также являются весьма существенными (2). Исследования, проведенные в Венгрии и Англии, также показывают, что на расходы, связанные с оказанием медико-социальной помощи, приходится около одной трети всех расходов, в то время как оставшиеся две трети расходов связаны с трудовыми потерями. Согласно оценкам, сделанным в ряде исследований в Нидерландах и Бельгии, экономические потери по причине шизофрении составляют около 2% всех расходов на здравоохранение, однако в эти оценки не входят издержки, связанные с утраченной продуктивностью или другими неблагоприятными экономическими последствиями (3).

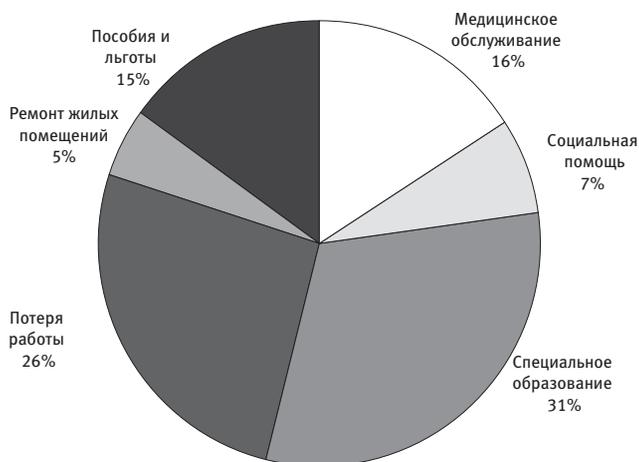
Другие крупные статьи расходов менее документированы. Расходы, связанные с уменьшенной производительностью на работе людей с нелеченными психическими проблемами, такими, например, как депрессия, могут быть в пять раз выше, чем расходы, связанные с невыходом на работу (4). Кроме того, следует учесть и долгосрочные финансовые последствия, поскольку проблема психического здоровья – это ведущая причина раннего выхода на пенсию или получения пособия по инвалидности. Кроме того, могут оставаться неучтенными значительные расходы родственников, осуществляющих уход за больными членами семьи: так, применительно только к шизофрении семьи могут оказывать поддержку больному 6–9 часов в сутки, в то время как применительно к слабоумию и связанным с ним расстройствам доля расходов лиц, осуществляющих уход, может составлять до 70% общих расходов, поскольку в ряде случаев уход оказывается 24 часа в сутки. Некоторые неблагоприятные воздействия трудно оценить с финансовой точки зрения, однако они еще больше увеличивают расходы, связанные с психическими проблемами; так, например, показатели бракосочетаний или постоянного сожительства для людей с психозами гораздо ниже по сравнению с общим населением. Предосудительное отношение к людям с психическими расстройствами способствует также усилению дискриминации на рынке труда.

Таким образом, экономические расходы, связанные с психическими проблемами, являются весьма существенными. В отличие от ситуации с другими относящимися к здоровью вопросами, большинство из этих экономических последствий имеет место вне системы здравоохранения. Это может быть проиллюстрировано на примере исследования расстройств поведения у детей, проведенного в Англии (рис. 17.1). Установлено, что на систему здравоохранения приходится только 16% общих расходов, в то время как другие категории расходов связаны с потерей работы родителями, со специальным образованием, социальной помощью, а также с ремонтом жилых помещений. Как правило, на расходы, связанные с потерей работы, невыходами на работу, временной нетрудоспособностью по болезни, сниженной производительностью на работе, утраченными возможностями для отдыха и преждевременной смертностью, приходится 60–80% всех издержек, относящихся к основным проблемам психического здоровья.

Какой вклад может внести экономический анализ?

Конечно же, недостаточно знать, что с проблемами психического здоровья связаны значительные расходы или даже что уже имеются эффективные способы укрепления и охраны психического здоровья и психического благополучия. Проблема недостаточности ресурсов присуща всем обществам и в любой период времени, и объем ресурсов, имеющихся для удовлетворения всех потребностей, связанных с психическим здоровьем, никогда не будет полностью достаточным. Таким образом, в

Рисунок 17.1. Общие расходы, связанные с расстройствами поведения детей в Англии



Источник: Knapp et al. (5).

условиях дефицита ресурсов людям всегда приходится делать тот или иной выбор. Благодаря обобщению информации о расходах и об эффективности различных стратегий и вмешательств, экономические методы, такие, например, как анализ “расходы–эффективность” или анализ “расходы–выгода”, могут обеспечить ответственных должностных лиц данными, помогающими им принимать решения, как наиболее оптимально использовать имеющиеся ресурсы для получения наибольшей отдачи. Такой подход может сыграть значительную роль в укреплении аргументов в пользу инвестирования в охрану психического здоровья населения.

Несмотря на то, что объем фактических данных об экономической эффективности вмешательств в сфере охраны психического здоровья постоянно увеличивается, большинство соответствующих исследований были проведены в Северной Америке, Западной Европе или в Австралии, и их результаты могут быть неприменимы для других условий и географических регионов. В связи с этим актуальной задачей является дальнейшее улучшение нашего понимания экономической эффективности вмешательств в других национальных условиях, особенно в странах Центральной и Восточной Европы, учитывая при этом различные местные обстоятельства и имеющиеся ресурсы и инфраструктуру. Большинство исследований, в которых рассматривается соотношение “затраты–эффективность”, были посвящены медикаментозным схемам лечения, и поэтому гораздо больший акцент сейчас может быть поставлен на оценку других видов вмешательств, в том числе в области укрепления психического благополучия. Для проведения более экономически эффективных вмешательств может потребоваться объем ресурсов больший, чем тот, которым располагают службы, и, кроме того, для этого может потребоваться преодолеть такую проблему, как “узковедомственное бюджетирование”. Эта проблема может иметь место, когда службы охраны психического здоровья финансируются рядом различных отраслей и секторов и когда имеются проблемы и трудности с выбором скоординированного

подхода к финансированию уже проверенных экономически эффективных вмешательств. Так, например, экономически высокоэффективные вмешательства могут быть сопряжены со значительным повышением уровня расходов в одной отрасли (например, в здравоохранении), обеспечивая в то же время выгоды и уменьшение расходов в другой отрасли (например, в отрасли социального обеспечения).

Рассмотрение вопросов, относящихся к справедливости

Решения о том, как распределять ресурсы, никогда не следует принимать на основе только критерия экономической эффективности. Другими важнейшими элементами процесса принятия решений должны быть борьба с нарушениями прав человека, а также предоставление равных возможностей получения медицинской помощи на основе потребностей. Даже в тех случаях, когда услуги могут быть получены без каких-либо финансовых препятствий, таких, например, как необходимость личной оплаты услуг, до двух третей людей, могущих получить от них пользу, на практике могут не пользоваться этими услугами. Частично это объясняется страхом перед такими проблемами, как стигматизация и дискриминация, которые люди испытывают, когда на них навешивают ярлык людей с психическими проблемами. Несправедливость в отношении исходов вмешательства для здоровья между различными группами населения может быть еще одним аспектом, требующим внимания. В частности, может быть принято решение о целесообразности фокусирования действий на целевых группах с высоким риском развития психических проблем, даже если этот подход является экономически менее эффективным по сравнению с вмешательствами, нацеленными на все население. Такие группы могут включать малоимущих, маргинальные группы, беженцев и этнические меньшинства.

Финансирование работы по охране психического здоровья в Европейском регионе

Еще одной актуальной проблемой является обеспечение того, чтобы на охрану психического здоровья выделялась справедливая доля имеющихся в здравоохранении ресурсов. Традиционно низкий уровень финансирования на охрану психического здоровья во многих европейских системах является, во-первых, неэффективным, учитывая ту значительную пользу, которую могут принести соответствующие вмешательства, а, во-вторых, несправедливым, принимая во внимание тот факт, что в Европейском регионе на психические проблемы приходится почти 20% всех проблем со здоровьем.

В Атласе ресурсов для охраны психического здоровья (6), опубликованном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г., впервые была предпринята попытка систематизировать имеющуюся информацию о расходах на охрану психического здоровья в различных странах Европейского региона ВОЗ. В целом только 23 из 52 стран предоставили информацию по этому вопросу, что главным образом объясняется фрагментарной структурой систем финансирования, особенно в странах, где действуют системы социального страхования. Другая сложность заключается в том, что многие услуги часто предоставляются вне отрасли здравоохранения и что за их предоставление отвечают различные финансовые структуры. Обобщив данные, взятые из этого Атласа, с данными более раннего исследования, проведенного Европейской сетью по экономическим аспектам охраны психического здоровья (7), удалось получить данные о расходах на охрану

психического здоровья населения в 28 странах. Полученные значения варьируются от чуть выше 13% до менее 2% от общих расходов на здравоохранение, но только в 4 странах они превышали 10%. В 16 странах этот показатель составлял 5–10%, а в оставшихся странах он был менее 5%. Самая низкая доля ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья (менее 2%), наблюдается в странах ННГ, в которых к службам психического здоровья по традиции относятся как к чему-то второстепенному.

Хотя уровни ресурсов, выделяемых на охрану психического здоровья из общественно финансируемого бюджета здравоохранения, существенно различаются, методы финансирования этой отрасли здравоохранения в целом являются справедливыми, мало чем отличаясь от методов, используемых для финансирования здравоохранения в целом. Они главным образом основываются на налогообложении и социальном страховании и на принципах солидарности и универсальности. Системы частного страхования предусматривают лишь минимальный охват услуг, относящихся к охране психического здоровья, что объясняется хроническим характером психических расстройств и высокой стоимостью их лечения. В тех случаях, когда оплата такого лечения предусмотрена в условиях страхования, страховые взносы, как правило, являются более высокими. Однако во многих частях Европейского региона относительная важность частного страхования возрастает, и в будущем может быть потребуется обеспечить, чтобы в тех случаях, когда страны ставят больший акцент на частном страховании, психические расстройства охватывались бы правилами страхования в таком же полном объеме, как и другие состояния.

Финансирование психотерапевтических услуг вне отрасли здравоохранения

Многие психотерапевтические услуги финансируются и предоставляются вне отрасли здравоохранения. Лишь в небольшом числе стран комплексные психотерапевтические услуги предоставляются в рамках системы здравоохранения. Все в большей степени услуги, предоставляемые по месту жительства, передаются из отрасли здравоохранения в отрасль социального обеспечения, что имеет существенное потенциальное значение с точки зрения как права на получение таких услуг, так и практической их доступности. В отличие от принципов универсальности и солидарности, характерных для системы здравоохранения, доступность услуг в рамках систем социального обеспечения может быть ограничена. Так, например, для получения услуг может требоваться соблюдение таких условий, как оценка доходов пациента, необходимость внесения значительных соплатежей, оценка инвалидности и т.д. Важнейшей задачей в этом отношении является обеспечение того, чтобы процесс дальнейшего перемещения финансирования из отрасли здравоохранения в другие отрасли не был сопряжен с повышением несправедливости в сфере медицинского обслуживания.

Доступ к жилью и долгосрочным медико-социальным услугам в частности возможен только после проведения оценки платежеспособности пациента. Так, прежде чем получить право на такую помощь, должна быть проведена оценка платежеспособности пациента (или в некоторых случаях членов его/ее семьи), и может ожидаться, что пациент должен вносить большую часть его/ее доходов, а также израсходовать любые сбережения или капитал, в том числе в виде любых ценностей, прежде чем он/она получают наконец право на социальную помощь. Оплата из личных средств услуг, не относящихся к здравоохранению, может

составить очень высокую долю общих расходов, оказывая непосредственное воздействие на возможность получения необходимых услуг. До 2004 г. из 15 государств - членом ЕС только в Швеции все социальные услуги, по-видимому, полностью финансируются за счет налогов, а проводимая оценка направлена на установление уровня потребностей пациентов, а не их доходов.

Финансовые препятствия на пути процесса деинституционализации

Особенно важной задачей, стоящей перед некоторыми государствами - членами Европейского региона ВОЗ, и прежде всего ННГ, является необходимость в отказе от продолжающейся по-прежнему практики преимущественного оказания помощи пациентам в психиатрических больницах или домах социального призрения. Финансовые системы во многих этих странах привязывают финансирование непосредственно к показателю занятости коек, не давая местным планирующим органам никакой возможности развития альтернативных служб по месту жительства. Однако даже в тех случаях, когда процесс деинституционализации имеет место, продолжает сохраняться опасность того, что высвобождающиеся средства не будут направлены на оказание соответствующих услуг по месту жительства. Более того, экономический климат в ряде стран является таким, что для учреждений имеются "стимулы" начинать с выписки наиболее дорогостоящих пациентов - без перечисления высвобождающихся средств в службы оказания помощи по месту жительства, оставляя на стационарном лечении менее дорогостоящих пациентов (и поэтому менее всего нуждающихся в таком виде помощи) для того, чтобы повысить уровень имеющихся ресурсов.

Пути решения вышеуказанных проблем

К числу важных задач, стоящих сейчас перед нами, относятся следующие: обеспечить дальнейшее укрепление информационной базы об используемых методах финансирования служб психического здоровья; более точно определить связанные с этими службами расходы; а также провести анализ их доступности в Европейском регионе, с тем чтобы помочь лицам, принимающим решения, более эффективно распределять ресурсы и выявлять проблемы в отношении доступности базовых услуг в данной области. С помощью этой базы следует собирать информацию не только о системах здравоохранения, но и о других отраслях, таких, например, как социальное обеспечение. Расширяющаяся информация об экономической эффективности различных подходов может быть адаптирована и использована в различных странах с должным учетом существующих организационных структур, уровня доходов и стоимости проводимых мер.

В настоящее время с помощью Европейской сети по экономическим аспектам охраны психического здоровья (7) в 31 стране ведется сбор данных о финансировании и доступности услуг в различных отраслях и изучаются связи между трудовой занятостью людей и их психическим здоровьем, а также экономическая эффективность мер, направленных на укрепление психического здоровья людей и улучшение возможностей их трудоустройства. Основной целью при этом является повышение на местном уровне навыков и знаний, позволяющих успешно решать многие проблемы, стоящие перед системами охраны психического здоровья, а также анализ экономических стимулов, которые могут быть использованы для содействия переносу акцента с оказания помощи в рамках учреждений на организацию соответствующих и обеспеченных необходимыми ресурсами служб по месту жительства. Такой подход может способствовать

большему учету экономических аспектов охраны психического здоровья в процессе принятия решений.

В рамках проводимой ВОЗ программы CHOICE (сокращение, состоящее из первых букв английских слов, означающих выбор экономически эффективных вмешательств) (8) была создана база данных об экономической эффективности многих вмешательств в области охраны психического здоровья в Европейском регионе. Хотя эта база данных не содержит информацию по отдельным странам, имеющиеся в ней данные по трем субрегионам представлены таким образом, что потенциально могут быть адаптированы с учетом местных расходов и наличных ресурсов. Эта база данных уже содержит фактические данные о том, что экономически эффективные методы лечения имеются для всех стран Европейского региона, в том числе для стран с очень ограниченными ресурсами здравоохранения (9). При этом даже не учитываются дополнительные выгоды, обеспечиваемые благодаря повышению производительности и уменьшению других неблагоприятных последствий, связанных с психическими проблемами.

Финансовые стимулы и другие механизмы также имеются и для усовершенствования системы распределения ресурсов на охрану психического здоровья в рамках существующих систем. Закрытие учреждений, предназначенных для длительного пребывания пациентов, и домов социального призревания можно содействовать, создав такие системы финансирования, в которых деньги следуют за пациентом, независимо от того, где он или она получают соответствующие услуги. Такой переход можно совершить только при наличии соответствующей политической воли. Кроме того, в любой переходный период необходимо также обеспечить финансирование как новых служб по месту жительства, так и существующих учреждений стационарного типа до тех пор, пока они не будут постепенно закрыты.

Там, где имеется информация об уровне психиатрической помощи, в которой нуждается население стран, например полученная с помощью регулярных обследований психиатрической заболеваемости, она может быть использована для перераспределения ресурсов с центрального на местный уровень, как, например, это делается в Англии, где местные покупатели получают долю национального бюджета здравоохранения не только на основании половозрастной структуры местного населения, но также и с учетом его потребностей в службах охраны психического здоровья. При этом учитываются как психиатрическая заболеваемость, так и жилищные условия и уровень бедности в конкретном местном сообществе. Хотя для защиты этих средств и не предусмотрены жесткие меры, местные органы, планирующие оказание услуг, должны обеспечить предоставление таких услуг, которые соответствуют установленным на национальном уровне нормативам охраны психического здоровья, благодаря чему эти ресурсы направляются на охрану психического здоровья населения.

Одним из способов содействия справедливому использованию средств для удовлетворения реальных потребностей, особенно в рамках местных сообществ, является создание системы так называемых “прямых выплат” лицам с психическими проблемами, что позволяет им покупать те услуги, которые лучше всего удовлетворяют их потребности. Эта система была внедрена в качестве альтернативного подхода в ряде стран, например, в Соединенном Королевстве и Нидерландах, и хотя пока что не произведена полная оценка ее эффективности, представляется вероятным, что она позволяет предотвратить проблемы, связанные с координацией финансирования оказываемых услуг в различных отраслях, поскольку

выделенные средства могут быть использованы для покупки услуг в любой отрасли.

Самое главное, однако, заключается в том, что экономисты в сфере охраны психического здоровья должны работать вместе с другими заинтересованными сторонами с тем, чтобы довести до сведения лиц, принимающих решения, мысль о том, что экономические рычаги могут сыграть очень важную роль в усилении объективных аргументов в пользу инвестирования в охрану психического здоровья. Более того, экономический анализ может стать одним из важных элементов дискуссии: каким образом финансовые стимулы могут быть использованы для содействия процессу реформирования. Аналогичным образом, имеется необходимость в том, чтобы экономисты и другие категории специалистов более внимательно относились к потребностям лиц, формирующих политику, и проводили такие научные исследования, которые могли бы дать ответы на фундаментальные вопросы, относящиеся к политике в этой области.

Использованная литература¹⁶

1. Gabriel P, Liimatainen MR. *Mental health in the workplace*. Geneva, International Labour Office, 2000 (<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/download/execsums.pdf>).
2. Knapp M, McDaid D, Curran C. Identifying and tackling the economic impacts of mental health problems. In: Azueta I, Katila-Nurkka U, Lehtinen V, eds. *Mental health in Europe – New challenges, new opportunities. Report from a European conference, 9–11 October 2003, Bilbao, Spain*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2004 (Themes from Finland Series, No. 3).
3. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 2:279–293.
4. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 1997, 27(4):861–873.
5. Knapp et al. The costs of anti-social behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 4(4):457–473.
6. *Atlas. Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).
7. European Mental Health Economics Network [web site]. Brussels, Mental Health Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).
8. WHO-CHOICE. CHOosing Interventions that are Cost Effective [web site]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/evidence/cea>).
9. Chisholm D et al. Reducing the global burden of depression. Population-level analysis of cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 393–403.

Дополнительные источники информации¹⁶

Project Atlas. Database [online database]. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/).

¹⁶ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

18. Психическое здоровье: информация и научные исследования

“Хорошая информация – необходимая предпосылка для принятия хороших решений”

Mental health Global Action Programme (1)

Актуальные проблемы

Информационные системы

Вопросы психического здоровья недостаточно отражены в имеющихся системах мониторинга состояния здоровья населения. Во многих международных и национальных информационных системах здравоохранения собираемые данные относятся прежде всего к болезням. Более того, для получения всестороннего представления о состоянии психического здоровья населения также необходимы данные о социальных, культурных, демографических и экономических детерминантах психического здоровья, а также об инфраструктуре и деятельности в области укрепления здоровья и профилактики. К сожалению, имеющиеся информационные системы почти никогда не содержат таких данных и редко содержат данные о ресурсах, которые можно использовать в интересах охраны психического здоровья как в рамках сектора здравоохранения, так и в других секторах.

Международно согласованные механизмы оценки состояния психического здоровья населения (показатели психического здоровья) зачастую либо неадекватны, либо не могут быть использованы на практике, а также мало применимы при разработке соответствующей политики. Одной из основных проблем является тот факт, что необходимых данных о показателях психического здоровья либо не имеется, либо они не пригодны для сравнения не только к различным странам, но и применительно к различным частям одной и той же страны. Для гармонизации имеющихся национальных и международных показателей психического здоровья необходимо применять самые решительные координационные меры.

Недостаточная и плохо координированная информация о психическом здоровье препятствует эффективной и основанной на фактических данных работе по разработке, реализации и мониторингу стратегий и вмешательств в области охраны психического здоровья. Имеющаяся в настоящее время информация не способна помочь адекватному планированию усилий в сфере укрепления психического здоровья, профилактики психических расстройств, а также лечения и реабилитации лиц с такими расстройствами. Дефицит данных не позволяет распределять ресурсы на основе потребностей и ведет к появлению пробелов в сфере охраны психического здоровья.

Научные исследования

В настоящее время в Европе отсутствует международная стратегия научных исследований в области охраны психического здоровья. Единая исследовательская политика в этой сфере необходима для эффективного распределения и использования ресурсов и для поддержки информированных и основанных на фактических данных стратегических решений во всех частях Европейского региона. В то же время научные исследования должны быть тесно привязаны к информационным потребностям как лиц, разрабатывающих политику, так и практических работников здравоохранения. Одним из последствий отсутствия соответствующих научных исследований является отсутствие эффективной политики.

Наибольший объем имеющихся фактических данных относится к сфере лечения психических расстройств. В Европейском международном регистре имеются сведения о 19 000 контролируемых проспективных исследований, посвященных лечению психических проблем (2). Однако имеющаяся база знаний не всегда используется на практике. К сожалению, продолжают применяться неэффективные и даже вредные вмешательства, а новые, основанные на фактических данных эффективные схемы и методы лечения, могут оставаться невостребованными как лицами, формирующими политику, так и службами психического здоровья.

Долгосрочные динамические исследования эффективности вмешательств, как правило, не проводятся. Многие из проведенных или проводящихся исследований являются контролируемыми и носят чисто научный характер, и поэтому их результаты нельзя рассматривать как применимые к условиям “реального мира”.

Существует множество представляющихся приемлемыми политических вмешательств, которые могут повлиять на психическое здоровье населения прямым или косвенным образом, но эффективность которых, однако, не подтверждена убедительными фактическими данными. Необходимо проведение научных исследований взаимосвязи между психическим здоровьем населения и социально-экономической политикой. Как правило, не проводятся анализ стратегий и оценка воздействия общественных стратегий на психическое здоровье населения (3).

Мы располагаем хорошими фактическими данными о ряде стратегических вмешательств и программ, например предусматривающих перевод стационарных больных на амбулаторное обслуживание, в то время как по другим вмешательствам и программам таких данных не имеется. База фактических данных о некоторых стратегиях и программах ограничена из-за дефицита оценочных исследований. Отмечается также дефицит первичных экономических данных об относительных расходах и выгодах различных подходов к укреплению психического здоровья, а также относительно многих других аспектов укрепления здоровья (4).

Несмотря на быстрый прогресс в этой области, база фактических данных о профилактических мероприятиях все еще небольшая и нуждается в расширении. Однако мы уже располагаем достаточным объемом фактических данных в поддержку профилактических действий, проводимых на различных уровнях и нацеленных на различные группы населения. В качестве примера можно привести такие, например, области, как борьба с употреблением психоактивных веществ и самоубийствами. В настоящее время практически не имеется каких-либо европейских исследований, посвященных анализу профилактических мер с точки зрения затрат и эффективности (5).

Пути решения вышеуказанных проблем

В Декларации и Плане действий будет подчеркнута приверженность европейских государств - членом ВОЗ работе, направленной на идентификацию и развитие информации и научных исследований, которые окажутся полезными при планировании стратегий и вмешательств.

Необходимо обеспечить сотрудничество научно-исследовательского сообщества в Европе, с тем чтобы создать базу фактических данных, необходимых для охраны психического здоровья населения. Основные задачи в этой области включают: анализ политики охраны психического здоровья и воздействия других стратегий на психическое здоровье, оценка мер, предпринимаемых в области укрепления здоровья населения, укрепление базы фактических данных, необходимых для профилактических программ и стимулирования научных исследований по экономическим аспектам охраны психического здоровья. Развитие сотрудничества и партнерств между научными исследователями, лицами, формирующими политику, и практическими работниками здравоохранения будет способствовать восполнению имеющегося пробела знаний между научными исследованиями и практикой. Необходимо создать устойчивые партнерства для осуществления и оценки как новых, так и уже апробированных вмешательств.

Для того чтобы устранить имеющийся дефицит фактических данных, необходимо инициировать проведение оценочных исследований по укреплению психического здоровья. Ограниченный объем фактических данных в этой области объясняется методологическими трудностями, связанными с этим видом научных исследований. Необходимо приложить усилия, для того чтобы проводить оценочные исследования в случае изменения любой политики, которая может повлиять на психическое здоровье населения (например, политики в области жилья или трудоустройства). Полезными могут оказаться лонгитюдные исследования-наблюдения, обеспечивающие надежными мониторинговыми данными лиц, формирующих политику в области охраны психического здоровья. Ввиду убедительных данных о том, что стратегии, не относящиеся к сфере здравоохранения, могут способствовать улучшению психического здоровья, следует максимально поощрять проведение научных исследований по оценке их воздействия на здоровье населения (3).

Необходимо укрепить научные исследования по профилактике психических расстройств (5); в частности, в рамках Европейского региона следует расширить сотрудничество в этой области, что должно включать расширение и усиление связей между европейскими сотрудничающими центрами ВОЗ и другими научно-исследовательскими центрами, занимающимися вопросами профилактики.

Приоритетной задачей в этой области является расширение базы знаний об эффективных профилактических мерах, используемых в различных странах и культурных сообществах. Особое внимание следует уделить расширению знаний относительно устойчивости и культурной приемлемости программ и стратегий, проводя для этого многоцентровые и повторные исследования. Для того чтобы оценить долгосрочные воздействия профилактических вмешательств, необходимо провести лонгитюдные исследования. Имеется также необходимость в научных исследованиях, способствующих разработке профилактических программ, нацеленных на группы риска. Кроме того, необходимо провести научные исследования, посвященные изучению тех последствий для эффективных профилактических программ и стратегий, которые связаны с взаимозависимым характером многих психических, физических и социальных проблем. В ходе

исследований следует стремиться к выявлению факторов, позволяющих прогнозировать эффект реализуемых программ и стратегий (5).

Для того чтобы убедительно доказать целесообразность инвестирования в охрану психического здоровья, необходимы данные о таких соотношениях, как “затраты–выгоды” и “затраты–эффективность”. Что касается различных моделей и схем оказания психиатрической и психотерапевтической помощи, то в их отношении имеются некоторые данные об их экономической эффективности, в то время как в области укрепления здоровья и профилактики база фактических данных относительно экономического обоснования целесообразности действий является более ограниченной. Важным направлением будущих научных исследований, посвященных экономическим аспектам, должна быть оценка экономической эффективности стратегий укрепления психического здоровья в различных местах и условиях, в том числе на рабочих местах и в школах. В таких научных исследованиях должны учитываться как широкий экономический эффект поддержания хорошего психического здоровья, выходящий отражение в повышении производительности труда и долгосрочных выгодах, например за счет повышения образовательного статуса, так и оценка того, какие последствия применительно к ресурсам может иметь такая политика для сектора здравоохранения и других секторов, таких как социальное обеспечение.

Некоторые вопросы характерны только для отдельных стран или групп населения. Для анализа специфических национальных или местных вопросов и оценки услуг следует иногда проводить новые научные исследования.

Информационные системы

Информационные системы должны быть модифицированы, для того чтобы они позволяли получать релевантные и важные данные о физическом здоровье населения. В частности, следует идентифицировать информацию, необходимую для достижения национальных и местных целей, которая должна быть сопоставлена с уже собранным массивом данных. Следует разработать новые показатели состояния психического здоровья для получения отсутствующей информации о детерминантах и эпидемиологии психического здоровья, а также информации, необходимой для организации и оказания психиатрической и психотерапевтической помощи. Приоритетной задачей должна стать разработка показателей для измерения позитивного психического здоровья и детерминантов психического здоровья. Следует также заказать проведение научных исследований для разработки и валидации недостающих показателей (6).

Для мониторинга состояния психического здоровья населения нужны два вида данных: рутинная статистика и данные обследований состояния здоровья. Следует предпринять усилия для того, чтобы включить показатели психического здоровья во все обследования состояния здоровья.

Для того чтобы улучшить сравнимость информации о психическом здоровье, в рамках всего Европейского региона необходимо стандартизировать методы сбора данных. На уровне различных заинтересованных сторон и международных организаций следует выработать единые взгляды относительно стандартов, которые бы, с одной стороны, отражали различные культурные и экономические особенности различных стран, а с другой стороны, были бы релевантными для всего Региона. Создание общерегиональной системы сбора и анализа сравнимых данных позволит проводить международные сопоставления. Всесторонний обзор соответствующих показателей психического здоровья (7) позволил идентифицировать минимальный

набор данных для Европейского региона. Очень важно собирать данные на регулярной основе, что позволит осуществлять мониторинг соответствующих тенденций и процессов.

Следует обеспечивать поддержку и эффективное использование имеющихся европейских баз данных о хорошей практике и эффективности мер, направленных на укрепление и охрану психического здоровья. В качестве примера таких баз данных можно привести следующие: Сеть фактических данных по вопросам здоровья ВОЗ (8), база данных по укреплению психического здоровья ИМНРА (9) и база данных PsiTri по испытаниям клинической эффективности (10), поддерживаемая финским Центром научных исследований и развития в области социального обеспечения и здравоохранения (STAKES). В рамках Европейской сети по экономическим аспектам охраны психического здоровья (11) осуществляется обмен информацией и опытом по экономической эффективности различных стратегий и подходов. Оптимальное использование ограниченных ресурсов может быть достигнуто за счет выявления и использования международных знаний во всех тех случаях, когда это приемлемо.

Рациональное и эффективное использование ресурсов должно основываться на международных и основанных на фактических данных принципах осуществления и повышения эффективности профилактических программ и стратегий, а также лечебной работы. Следует принять меры к тому, чтобы не допускать дублирования уже предпринимаемых действий по сбору и распространению фактических данных, например в рамках кохрановского сотрудничества.

Следует обеспечить сбор и легкое использование всесторонних метаданных по инфраструктурам охраны психического здоровья на региональном, национальном и европейском уровнях, равно как и определений показателей психического здоровья.

Пример из практики

Проект по охране психического здоровья (ИМНРА), поддерживаемый Европейской комиссией, служит хорошим примером работы, направленной как на постановку стратегических приоритетов, так и на распространение знаний, основанных на фактических данных (см. также с. 57–58). Этот многонациональный проект, координируемый Университетом Ниймегена в Нидерландах, разрабатывает европейский план стратегических действий в области профилактики и укрепления психического здоровья (12), и в то же время в его рамках составляется онлайн-регистр обоснованных подходов и методик в области охраны и укрепления психического здоровья. Национальные координаторы этого проекта активно занимаются созданием национальных коалиций в поддержку распространения и осуществления в странах мер, одобренных проектом ИМНРА.

Использованная литература¹⁷

1. *Mental health Global Action Programme. Close the gap, dare to care.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/mental_health/media/en/265.pdf).
2. Wahlbeck K. PsiTri – a trial registry for evidence-based mental health. *Dialogi*, 2004 (<http://www.stakes.fi/dialogi/english/2004/16.htm>).
3. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).

4. Contributors to the Cochrane Collaboration and the Campbell Collaboration. *Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda*. York, Centre for Reviews and Dissemination, 2000 (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm>).
5. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
6. Korkeila JJA. *Measuring aspects of mental health*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2000 (Themes 6/2000; <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/measuring%20aspects%20of%20mh.pdf>).
7. Korkeila J et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, 31:451–459 (<http://journalonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1080/14034940210165208>).
8. Health Evidence Network [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/HEN>).
9. Implementing Mental Health Promotion Action network [web site]. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net>).
10. PsiTri [online database]. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (<http://psitri.stakes.fi>).
11. European Mental Health Economics Network [web site]. Brussels, Mental Health Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).
12. *A policy for MHP and MDP*. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).

¹⁷ Информация обо всех веб-сайтах приводится по состоянию на 18 июля 2005 г.

19. Направления дальнейших действий

Проблемы определены и намечены пути их решения. Задачей программы Европейского регионального бюро ВОЗ по охране психического здоровья является оказание содействия странам в реализации Декларации и Плана действий в соответствии с решениями, принятыми на Конференции на уровне министров в Хельсинки.

Приоритетные направления деятельности в рамках этой программы на период с 2005 по 2010 годы сформулированы в Декларации. Вся деятельность в Европейском регионе будет основываться на уважении и соблюдении таких ценностей, как равенство, справедливость и солидарность, которые закреплены как в Уставе ВОЗ, так и в политике достижения здоровья для всех. На основе этих ценностей страны будут направлять свои усилия на решение следующих задач:

- предоставление всем гражданам равных возможностей для достижения благополучия, получения информации и выбора служб, обеспечения доступа к высококачественной помощи и интеграции в жизнь общества;
- уделение особого внимания лицам, наиболее нуждающимся в помощи, включая группы риска и людей с серьезными проблемами психического здоровья, предоставление ресурсов в соответствии с существующими потребностями; и
- побуждение отдельных лиц, групп людей и стран к оказанию взаимной поддержки и обмену знаниями, опытом и ресурсами.

Вся деятельность программы по охране психического здоровья будет основываться на следующих принципах:

- принятие во внимание потребностей и опыта отдельных людей, общин и всего общества в целом;
- использование в качестве основы наилучших фактических данных, включая как их научную оценку, так и местный опыт; и
- принятие во внимание местных культурных традиций и ресурсов, уважение к их многообразию.

Европейская программа по охране психического здоровья

Принимая во внимание сказанное выше, программа по охране психического здоровья предусматривает четыре основные цели и связанные с ними показатели (табл. 19.1), которые включают обязательства, принятые государствами-членами и Региональным бюро.

Партнерство

Четыре основные цели характеризуются широким охватом и требуют высокого уровня знаний и опыта. Для обеспечения максимально эффективного использования имеющихся ресурсов и получения наилучших результатов в рамках всего Европейского региона будет поощряться создание партнерств с участием

Таблица 19.1. Четыре основные цели и показатели

Цели	Показатели
Борьба со стигматизацией, укрепление психического благополучия и предупреждение проблем психического здоровья	<p>Координация, осуществление и распространение эффективных мер борьбы со стигматизацией и дискриминацией в рамках всего Европейского региона.</p> <p>Разработка программ, направленных на укрепление психического благополучия в школах и на рабочих местах, а также распространение и реализация типовых программ.</p> <p>Проведение тщательной оценки воздействия государственной политики в странах Европейского региона на психическое здоровье населения.</p> <p>Публикация фактических данных об эффективных стратегиях предупреждения проблем психического здоровья и самоубийств, которые будут включены в национальные стратегии.</p>
Реализация политики и предоставление услуг квалифицированным персоналом	<p>Разработка стратегий для оказания услуг на уровне местных сообществ.</p> <p>Создание специализированных служб, способных решать особые проблемы молодежи и лиц преклонного возраста, а также вопросы гендерного характера.</p> <p>Создание механизмов и сетей служб, включая службы первичной медицинской и социальной помощи.</p> <p>Разработка служб, обеспечивающих более эффективное восстановление здоровья лиц, относящихся к маргинальным и уязвимым группам населения.</p> <p>Выявление препятствий, мешающих совместной работе.</p> <p>Поддержка стратегий, направленных на развитие партнерского сотрудничества.</p> <p>Анализ соблюдения принципа равных условий для служб охраны психического здоровья в рамках систем здравоохранения и их финансирование в Регионе.</p> <p>Обеспечение достаточного количества квалифицированного персонала в службах охраны психического здоровья в Регионе.</p>
Получение и распространение информации и результатов научных исследований	<p>Набор показателей по детерминантам и эпидемиологии психического здоровья, а также по организации и предоставлению услуг в этой области, разработанный ВОЗ в партнерстве с государствами-членами и партнерскими организациями.</p> <p>Эффективная система для распространения информации.</p>
Поддержка усилий, направленных на расширение прав и возможностей потребителей услуг и соблюдение прав человека	<p>Прекращение использования негуманных и унижающих достоинство способов лечения и ухода и обеспечение принятия законодательства в области прав человека и психического здоровья в Регионе.</p> <p>Повышение уровня образования и расширение возможностей трудоустройства лиц с проблемами психического здоровья.</p> <p>Расширение активного участия НПО, представляющих широкие массы населения.</p> <p>Обеспечение представительства потребителей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в комитетах и группах, занимающихся вопросами планирования, предоставления услуг, мониторинга и проверки деятельности служб охраны психического здоровья.</p>

авторитетных и уважаемых организаций и отдельных лиц. Региональное бюро предложило сотрудничающим центрам ВОЗ взять на себя ответственность за координацию деятельности в ряде областей. НПО будут принимать участие в тех областях деятельности, которые соответствуют их опыту и интересам. Европейская Комиссия и Совет Европы будут являться партнерами по направлениям деятельности, представляющим совместный интерес, при этом будут использоваться технический опыт и знания, а также сети штаб-квартиры ВОЗ.

Реализация программы на местах в государствах-членах

Эффективность программы по охране психического здоровья будет определяться результатами ее осуществления на уровне стран. Государства-члены должны быть вовлечены в этот процесс и являться его активными участниками на всех этапах – от планирования до реализации и оценки.

Программа по охране психического здоровья предусматривает два подхода. Во-первых, каждому государству-члену будет предложено назначить национального координатора, задачей которого будет установление контактов с ведущими специалистами в стране. ВОЗ будет организовывать совещания для координаторов для согласования приоритетов и представления полученных результатов и информации о ходе работ в их странах. В зависимости от рассматриваемых вопросов на некоторых совещаниях будет осуществляться отбор государств-членов.

Во-вторых, сотрудники программы по охране психического здоровья будут информировать страновые офисы ВОЗ в Регионе о результатах деятельности, имеющей значение для этих стран. Сотрудникам по связям будет предложено поддерживать контакты с местными системами, определяя потребности в информации и практические возможности для реализации программы. Содержание национальных программ будет определяться Декларацией и Планом действий, а для оценки хода работ по их выполнению будут определены конкретные задачи.

Штаб-квартира ВОЗ

В штаб-квартире ВОЗ проводится большая работа по сравнительному изучению стратегий и служб в государствах-членах, разрабатываются программы изучения передового опыта по целому ряду важных вопросов и оказывается поддержка странам в разработке стратегий. Штаб-квартира ВОЗ также располагает обширными знаниями и опытом по вопросам экономики здравоохранения и систем здравоохранения. Региональное бюро намерено укрепить партнерские связи со штаб-квартирой в этой области, включая финансирование совместных проектов и обмен сотрудниками. Штаб-квартира будет принимать тесное участие в деятельности по многим направлениям, осуществляя руководство некоторыми из них и внося свой вклад в их развитие. Это позволит избежать дублирования работы и повысит ее эффективность.

Европейская Комиссия и Совет Европы

Конференция на уровне министров была организована в партнерстве с Европейской Комиссией и Советом Европы, которые взяли на себя обязательства в отношении тех частей Декларации и Плана действий, которые входят в сферу их полномочий. Эти организации имеют много общих целей с ВОЗ. Европейская комиссия проводит активную деятельность по укреплению психического здоровья, предупреждению проблем психического здоровья, включая самоубийства, а также сбору и распространению информации по вопросам психического здоровья. Совет Европы

играет очень активную роль в деятельности, направленной на соблюдение прав человека, борьбу со стигматизацией и дискриминацией, а также развитие соответствующего законодательства по вопросам психического здоровья. Некоторые государства-члены входят в состав всех трех организаций, и ими высказано пожелание, чтобы все они работали в партнерстве.

Региональное бюро будет изучать возможности разработки совместных программ с этими организациями в тех областях, где они располагают знаниями и опытом, и которые входят в круг их обязанностей.

Сотрудничающие центры и НПО

Указанные четыре основные цели будут достигнуты с помощью действий в рамках 12 направлений деятельности, определенных в Декларации и Плана действий. По каждому из этих направлений ВОЗ и страны будут развивать деятельность в партнерстве с сотрудничающими центрами, НПО, располагающими опытом работы в данной области, или специалистами из разных стран Региона.

Координация и руководство деятельностью по некоторым направлениям будут осуществляться одним из ведущих сотрудничающих центров, подотчетным Региональному бюро. По каждому направлению деятельности ВОЗ и соответствующий центр будут согласовывать план совместной работы, который основывается на действиях, указанных в Плана действий, и включает цели, задачи, смету расходов и ожидаемые результаты. Цели, поставленные для каждого из направлений деятельности, будут определять характер предпринимаемых действий, включая проведение совещаний и подготовку публикаций.

Предполагается, что каждый из ведущих сотрудничающих центров будет направлять достаточный объем ресурсов на координацию выполняемой им программы. Региональное бюро будет проводить совместные совещания с этими центрами два раза в год для координации деятельности и информирования об основных результатах, касающихся нескольких направлений деятельности. В табл. 19.2 перечислены направления деятельности, координирующие учреждения и некоторые согласованные мероприятия.

Одним из важных направлений деятельности является расширение прав и возможностей пользователей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход. В рамках программы по охране психического здоровья развиваются партнерские связи с НПО, объединяющими пользователей услуг и лиц, осуществляющих за ними уход, в рамках всего Региона при поддержке Регионального бюро и доноров.

Заключение

Европейское региональное бюро ВОЗ предложило обширную программу реализации, способную реально изменить ситуацию по всем приоритетным направлениям деятельности, указанным в Декларации. Будет разработана типовая модель деятельности по охране психического здоровья, включая укрепление здоровья, профилактику, лечение, уход и социальную интеграцию, которая направлена на улучшение качества жизни и повседневной деятельности населения в целом, групп риска и лиц с проблемами психического здоровья.

Отчет о результатах оценки деятельности по данной программе будет представлен государствам-членам примерно в 2010 г. Проблема охраны психического здоровья в Европейском регионе ВОЗ в настоящее время касается всех, и все будут нести ответственность за достигнутые успехи и результаты реализации Декларации и Плана действий.

Таблица 19.2. Направления деятельности, указанные в Декларации и Плане действий, координирующие учреждения и мероприятия

Направления деятельности	Координирующие учреждения и мероприятия
1. укрепление психического благополучия для всех	Национальный центр научных исследований и развития в области социального обеспечения и здравоохранения (STAKES), Финляндия
2. Обеспечение понимания важной роли психического здоровья	Программа Европейского регионального бюро ВОЗ по охране психического здоровья, осуществляемая совместно с национальными партнерами: мониторинг
3. Борьба со стигматизацией и дискриминацией	Управление здравоохранения Шотландии, Соединенное Королевство
4. Поддержка мер, адаптированных к различным этапам жизни людей, связанным с повышенным риском	Европейская программа ВОЗ по охране психического здоровья совместно со штаб-квартирой ВОЗ: <ul style="list-style-type: none"> • разработка учебных программ для молодежи и лиц преклонного возраста для распространения среди государств-членов • содействие созданию специализированных служб
5. Предупреждение проблем психического здоровья, включая самоубийства	Институт Каролинска, Швеция
6. Обеспечение доступа к высококачественной первичной медико-санитарной помощи	Служба по охране психического здоровья Триеста, при поддержке региональных органов власти, Италия
7. Обеспечение возможности получения эффективной медико-социальной помощи по месту жительства	Европейская программа ВОЗ по охране психического здоровья: руководство деятельностью по каждому направлению.
8. Развитие партнерского сотрудничества различных отраслей и секторов	Европейское региональное бюро ВОЗ и штаб-квартира ВОЗ совместно со страновыми офисами: руководство деятельностью по разработке политики в области охраны психического здоровья, законодательства и системы
9. Обеспечение достаточного количества квалифицированного персонала	Европейское региональное бюро ВОЗ в партнерстве с организациями в рамках всего Региона, включая такие НПО, как Всемирная ассоциация психиатров и Европейский союз медицинских специалистов
10. Создание эффективной информационной системы	Институт Тримбос, Нидерланды, в партнерстве с Европейским региональным бюро и штаб-квартирой ВОЗ (осуществляется несколько основных проектов, таких как Инструментарий ВОЗ для оценки систем охраны психического здоровья (WHO-AIMS) и Атлас проекта.
11. Обеспечение справедливого и адекватного финансирования	Европейское региональное бюро ВОЗ совместно со штаб-квартирой ВОЗ: анализ распределения финансовых средств, соблюдение принципа справедливости и ложные стимулы в системах в рамках всего Региона.
12. Оценка эффективности и получение новых фактических данных	Институт Тримбос, Нидерланды, по поручению ВОЗ: проведение семинаров и совещаний групп специалистов и распространение результатов.

Приложение 1. Участники конференции

Представители государств-членов

Австрия

Frau Maria Rauch-Kallat

Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Ms Maria-Antonia Croy

President, Association for Alzheimer Patients and Their Carers

Dr Verena Gregorich-Schega

Direktorin, Internationale Angelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Professor Heinz Katschnig

Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Fakultät der Universität Wien

Mr Florian Pressl

Kabinett von Frau Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Professor Werner Schöny

Pro Mente Österreich

Албания

Dr Leonard Solis

Minister of Health, Ministry of Health

Dr Sokol Dedja

General Secretary, Ministry of Health

Dr Petro Mersini

Director of Cabinet, Ministry of Health

Ms Saemira Pino

Deputy Minister of Health, Ministry of Health

Андорра

Mme Mònica Codina Tort

Ministre de la santé et du bien-être, Ministère de la santé et du bien-être

Mme Conxita Heras Colell

Presidente, L'Association des Familles de malades mentaux

Dr Joan Obiols Llandrich

Directeur des Services de Santé Mentale, Servei Andorra d'Atencio Sanitaria

Dr Angelina Santolaria Rossell
Chef de service en toxicomanie, Servei Andorrà d'Atencio Sanitària

Армения

Д-р Александр Гукасян
Заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения
Армении

Д-р Гагик Карапетян
Директор, Севанская психиатрическая больница

Д-р Самвел Торосян
Главный психиатр, Министерство здравоохранения Армении

Беларусь

Д-р Людмила Андреевна Постоляко
Министр здравоохранения, Министерство здравоохранения

Д-р Александр Коноваленко
Главный врач, Гродненское областное клиническое медицинское объединение
“Психиатрия-Наркология”

Д-р Светлана Мороз
Заместитель главного врача, Городской детско-подростковый
психоневрологический диспансер, Минск

Профессор Павел Рынков
Главный психиатр, Министерство здравоохранения

Бельгия

M. Rudy Demotte
Ministre, Service public fédéral de la Santé publique

Mme Patricia Bernaert
Cabinet du Ministre Rudy Demotte, Service public fédéral de la Santé publique

Mme Annick Dedobbeleer
Cabinet du Ministre Rudy Demotte, Service public fédéral de la Santé publique

Dr Pol Gerits
Chef du Service des Soins Psychosociaux, Service public fédéral de la Santé publique

Ms Leen Meulenbergs
Coordination Relations Internationales, Service public fédéral de la Santé publique

Professor Isidore Pelc
Chef du service, Institut de Psychiatrie et Psychologie Medicale

Болгария

Mr Slavcho Bogoev
Minister of Health, Ministry of Health

Dr Hristo Hinkov
Chief Expert, Centre for Hygiene, National Centre for Public Health

Professor Lubomir Ivanov
Director, National Centre for Public Health

Ms Valeria Ivanova
Head of Minister's Cabinet, Ministry of Health

Ms Shereen Mestan
Chairperson, State Agency for Child Protection

Dr Petko Salchev
Deputy Minister of Health, Ministry of Health

Dr Galina Veshova
Director, Regional Office of Geneva Initiative on Psychiatry

Босния и Герцеговина

Dr Marin Kvaternik
Minister of Health and Social Care, Ministry of Health and Social Care, Republika Srpska

Mr Tomo Lucic
Minister of Health, Ministry of Health, Federation of Bosnia and Herzegovina

Mr Milos Candic
Ministry of Health and Social Care, Republika Srpska

Dr Goran Cerkez
Assistant Minister for International Relations, Ministry of Health, Federation of Bosnia and Herzegovina

Dr Milan Latinovic
Deputy Minister of Health and Social Welfare, Ministry of Health and Social Care, Republika Srpska

Dr Joka Blagovcanin-Simic
National Coordinator for Mental Health, Ministry of Health and Social Care, Republika Srpska

Ms Halida Vejzagic
Nongovernmental Organizations' Representative, Mental Health Issues

Бывшая Югославская Республика Македония

Professor Dr Vladimir Dimov
Minister of Health, Ministry of Health

Ms Snezana Cicevalieva
Head, Sector for European Integration and International Cooperation, Ministry of Health

Ms Gordana Majnova
Head, Cabinet of the Minister, Ministry of Health

Dr Vladimir Ortakov
Country Project Coordinator for the Stability Pact, Mental Health Project for South East Europe

Венгрия

Professor Dr Lázló Tringer
Director, Psychiatric Department

Германия

Dr Klaus-Theo Schröder

Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Dr Anna Brockmann

Reform der Psychiatrie, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Ms Beate Lisofsky

Pressebüro, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker

Dr Peter Pompe

Leiter des Referates Protokoll, Internationaler Besucherdienst, Verbindung zu den Botschaften Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Dr Thomas Stracke

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Frau Lilli Wilding

Dolmetscherin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Греция

Mr G. Constantopoulos

Under-secretary of State, Ministry of Health and Social Solidarity

Dr Adamantios Avgoustidis

“Diakonia” Church of Greece

Professor George Christodoulou

Psychiatrist, Hellenic Psychiatric Association, University of Athens

Ms Filomila Raidou

Director, Ministry of Health and Social Solidarity

Mr Dimitrios Vartzopoulos

President, 2nd Regional Health and Welfare System (PESYD) of Central Macedonia

Грузия

Д-р Владимир Чипашвили

Министр труда, здравоохранения и социальной защиты, Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты

Д-р Андро Канделаки

Национальный координатор по вопросам психического здоровья, Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты

Г-н Коба Хабази

Министр труда, здравоохранения и социальной защиты Аджарии, Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты Аджарии

Г-жа Манана Шарашидзе

Исполнительный директор, Грузинская ассоциация психического здоровья

Дания

Dr Jens Kristian Gøtrik

Director-General and Chief Medical Officer, National Board of Health (Sundhedsstyrelsen)

Mr Frede Budolfson
SIND – The Danish Federation for Mental Health

Mr Sven Erik Bukholt
Ministry of the Interior and Health

Dr Marianne Jespersen
Consultant, National Board of Health

Dr Dorte Sestoft
President, Danish Psychiatric Association, Department of Psychiatry, Frederiksberg
Hospital

Израиль

Ms Alla Gershenson
Advisor to the Minister, Ministry of Health and Chief Specialist, Psychiatry, Ministry
of Health

Dr Alexander Grinshpoon
Acting Director, Mental Health Services, Ministry of Health

Professor Avi Israeli
Director-General, Ministry of Health

Исландия

Mr Jón Kristjánsson
Minister of Health and Social Security, Ministry for Health and Social Security

Mrs Elín Ebba Ásmundsdóttir
Lecturer, University Hospital

Mr Ingimar Einarsson
Director of Planning and Development, Ministry for Health and Social Security

Mrs Guðrún Guðmundsdóttir
Project Manager, Public Health Institute

Mr Sigurdur Guðmundsson
Chief Medical Officer, Directorate of Health

Mr Sigursteinn Másson
Chairman, Gedhjálp

Mr Thor Thorarinnsson
Director, Ministry for Health and Social Security

Испания

Dr Fernando Lamata Cotanda
Secretary General of Health, Ministry of Health and Consumer Affairs

Mr José Perez Lazaro
Deputy Director General, International Relations, Ministry of Health and Consumer
Affairs

Professor Manuel Gómez Beneyto
Adviser to the Minister, Ministry of Health and Consumer Affairs

Dr Paloma Soria
Technical Adviser, Ministry of Health and Consumer Affairs

Ирландия

Ms Bairbre Nic Aongusa
Mental Health Services, Department of Health and Children

Mr Brian Howard
Mental Health Association of Ireland

Dr John Owens
Chairman, Mental Health Commission

Mr John Saunders
Director, Schizophrenia Ireland

Италия

Professor Antonio Guidi
Vice Secretary of State for Health, Ministry of Health

Dr Maria Stella Aloisi
Psychologist, Ministry of Health

Dr Renata Bastiani
Scientific Coordinator, Women Commission, Ministry of Health

Dr Teresa Di Fiandra
Scientific Coordinator, Mental Health Commission, Ministry of Health

Professor Fabrizio Starace
Scientific Coordinator, Mental Health Commission, Ministry of Health

Казахстан

Профессор Айкан Аканов
Первый вице-министр здравоохранения, Министерство здравоохранения

Г-н Николай Негай
Руководитель отделения Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии, Министерство здравоохранения

Г-жа Салтанат Нурмагамбетова
Заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского национального медицинского университета

Кипр

Mr Andreas Christou
Minister of Health, Ministry of Health

Dr Evangelos Anastasiou
Athalassa Mental Hospital

Mrs Elli Kanari-Morpaki
Administrative Officer, Ministry of Health

Mrs Florentina Petridou
Scientific CEconsultant, Advocacy Group for the Mentally Ill

Кыргызстан

Профессор Миталип Мамытович Мамытов

Министр здравоохранения, Министерство здравоохранения Кыргызстана

Д-р Токтогазы Кутукеев

Начальник главного управления организации медицинской помощи и лицензирования, Министерство здравоохранения Кыргызстана

Д-р Суютбек Назаркулов

Генеральный директор, Республиканский центр психического здоровья

Латвия

Mr Rinalds Mucins

Deputy State Secretary, Ministry of Health of Latvia

Ms Ieva Leimane-Veldmeijere

Programme Director, Mental Disability Advocacy Programme

Dr Daina Murmane-Umbrasko

Deputy Director, Department of Public Health, Ministry of Health of Latvia

Dr Maris Taube

Chief Specialist, Psychiatry Centre

Литва

Professor Zilvinas Padaiga

Minister of Health, Ministry of Health

Dr Ona Davidoniene

Director, State Mental Health Centre

Ms Danute Kasubiene

Chairperson, Lithuanian Welfare Society for Persons with Mental Illnesses

Mr Viktoras Meizis

Ministry of Health

Ms Anzela Slusniene

Chief Officer, Personal Health Division, Ministry of Health

Люксембург

M. Mars di Bartolomeo

Ministre de la santé, Ministère de la santé

Dr Yolande Wagener

Médecin-chef de service, Division de la médecine préventive, Direction de la santé

Мальта

Dr Louis Deguara

Minister of Health, Ministry of Health, the Elderly and Community Care

Mr Louis Bonnici

Chairman of Board of Directors, Mount Carmel Hospital

Mr Saviour Gambin

Personal Assistant to the Minister, Ministry of Health, the Elderly and Community Care

Dr Ray Xerri
Director, Policy and Planning, Ministry of Health, the Elderly and Community Care

Монако

M. Peter Furstenborg
Consul Général de Monaco, Gouvernement de Son Altesse Sérénissime, le Prince de Monaco

Нидерланды

Ms Annemiek van Bolhuis
Director, International Affairs, Ministry of Health, Welfare and Sport

Mr Frans Clabbers
Senior Policy Adviser, International Affairs, Ministry of Health, Welfare and Sport

Mr Paul Groenewegen
Senior Policy Advisor, International Affairs, Ministry of Health, Welfare and Sport

Mr Clemens Huitink
Policy Office, International Affairs, Dutch Mental Health Association

Professor Ad. J.M.F. Kerkhof
Department of Clinical Psychology, Free University of Amsterdam

Dr Milou Leunissen
Prevention Research Centre on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention, Department of Clinical Psychology, Radboud University Nijmegen

Dr Franz Trautmann
Head, Unit of International Affairs, Trimbos Institute

Professor J. A. Walburg
Chief Executive Officer, Trimbos Institute

Норвегия

Mr Jan Otto Risebrobakken
State Secretary, Ministry of Health and Care Services

Dr John Glad
Senior Medical Adviser, Social and Health Directorate

Mr Erling Jahn
Head, Mental Health Norway

Ms Bjørg Njaa
Head, Norwegian National Association for the Families of the Mentally Ill

Mr Thor Rogan
Deputy Director General, Health Services Department, Ministry of Health and Care Services

Dr Torleif Ruud
Research Director, SINTEF Health Research

Польша

Mr Pawel Sztwiertnia
Undersecretary of State, Ministry of Health

Dr Jan Czeslaw Czabala

Deputy Director for Research, Institute of Psychiatry and Neurology, WHO
Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health

Dr Wojciech Klosinski

Head, Section of Psychiatry and Neurology, Department of Public Health, Ministry of
Health

Professor Irena Namyslowska

Head, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry and
Neurology

Португалия

Dr Maria João Heitor dos Santos

Directorate of Psychiatric and Mental Health Service, Directorate-General of Health

Professor José Pereira-Miguel

Director-General and High Commissioner of Health, Ministry of Health

Dr António Mocho

Adviser to the Minister, Ministry of Health

Dr Fernando G.P. Soares

Minister's Head Officer, Ministry of Health

Республика Молдова

Д-р Андрей Герман

Министр здравоохранения, Министерство здравоохранения и социальной
защиты

Д-р Юлиана Самбурши

Старший советник, Отдел внешних сношений, Министерство здравоохранения
и социальной защиты

Российская Федерация

Профессор Б.А. Казаковцев

Главный психиатр, Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Профессор В.Н. Краснов

Директор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Д-р Н.Б. Левина

Председатель совета Общероссийской общественной организации инвалидов
вследствие психических расстройств и их родственников "Новые возможности"

Румыния

Professor Dr Mircea Cinteza

Minister of Health, Ministry of Health of Romania

Professor Petre Boisteanu

President of the Committee for Mental Health and Psychiatric Assistance, Ministry of
Health of Romania

Dr Ioan Buraga
General Director, General Direction of Medical Assistance, Ministry of Health of
Romania

Dr Dana Farcasanu
Counsellor of the Minister of Health, Ministry of Health of Romania

Mr Liviu Jicman
Cabinet Secretary, Cabinet of the Minister

Professor Dr Tudor Udristoiu
President, Romanian Association of Psychiatry

Сан-Марино

Dr Sebastiano Bastianelli
Neuropsychiatric Services, The State Hospital

Сербия и Черногория

Professor Tomica Milosavljevic
Minister of Health of Serbia, Ministry of Health of Serbia

Professor Miodrag Pavlicic
Minister of Health of Montenegro, Ministry of Health of Montenegro

Professor Dusica Lecic Tosevski
Director, Institute of Mental Health

Dr Mirko Pekovic
Head, Mental Health Clinic, Clinical Centre of Montenegro

Словакия

Dr Ján Gajdos
State Secretary, Ministry of Health of the Slovak Republic

Dr Marcela Barova
Open the Doors – Open Your Hearts

Dr Peter Breier
Head, Department of Psychiatry, Ruzinov General Hospital

Ms Klara Frecerova
Director, Foreign Relations Department, Ministry of Health

Словения

Mr Andrej Bručan
Minister of Health, Ministry of Health of the Republic of Slovenia

Dr Lidija Kristancic
Adviser, Ministry of Health of the Republic of Slovenia

Dr Andrej Marusic
Director, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

Dr Vesna-Kerstin Petric
Undersecretary, Ministry of Health of the Republic of Slovenia

Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Ms Rosie Winterton

Minister of State for Health, Department of Health

Mr Craig Alexander

Personal Secretary to Ms Brankin, Scottish Executive

Ms Rhona Brankin

Deputy Minister for Health and Community Care, Scottish Executive

Ms Anne Clarke

Director, National Children and Young People's Mental Health Project, Glasgow Centre of Population Health

Ms Caroline Farquhar

Head of Implementation, Choose Life

Mr Gregor Henderson

Director, Mental Health Division, National Programme for Improving Mental Health and Wellbeing

Dr Nicola Hilton

Private Secretary to Ms Winterton, Department of Health

Mr Anthony Kingham

Head, International Division, Global Health Team, Department of Health

Ms Anne Richardson

Head, Mental Health Programme

Таджикистан

Д-р Хуршет Кунгуратов

Главный врач, Республиканская психиатрическая больница №. 1, Министерство здравоохранения Таджикистана

Туркменистан

Д-р Бяшим Сопыев

Заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана

Д-р Джумагельды Мередов

Главный врач, Ашхабадский городской центр профилактики наркомании, алкоголизма и психических заболеваний

Турция

Professor Necdet Ünüvar

Undersecretary, Ministry of Health

Ms Sevim Tezel Aydın

Deputy Head, Department of External Relations, Ministry of Health

Dr Oguz Karamustafalioglu

Head of Clinic, Istanbul Sisi Etfal Hospital Clinic of Mental Health and Diseases

Professor Rüstem Askin

Department of Psychiatry, Selcuk University

Professor Dr Can Cimilli

Secretary of Foreign Affairs, Central Administrative Board of the Psychiatric Association of Turkey, Department of Psychiatry, Eylül University

Professor Bülent Coskun

Director, Community Mental Health Research and Training Centre, faculty member, Psychiatry Department, Kocaeli University Medical School

Узбекистан

Профессор А.М. Хаджибаев

Заместитель министра, Министерство здравоохранения

Д-р Ф.Б. Абдулқасимов

Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства здравоохранения

Д-р В.С. Алимова

Специалист, Управление лечебно-профилактической помощи, Министерство здравоохранения

Д-р Наргиза Ходжаева

Главный специалист, психиатрия, Министерство здравоохранения

Украина

Профессор Андрей Пίδαев

Министр здравоохранения, Министерство здравоохранения Украины

Д-р Валентина Домбровска

Главный специалист, психиатрическая помощь, Министерство здравоохранения Украины

Д-р Раиса Кравченко

Исполнительный директор, Всеукраинская общественная организация “Коалиция защиты прав инвалидов и лиц с интеллектуальной недостаточностью”

Д-р Борис Михайлов

Главный психотерапевт, Министерство здравоохранения Украины

Профессор Александр Наприенко

Главный психиатр, Министерство здравоохранения Украины

Профессор Станислав Табачников

Директор, Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии

Г-жа Жанна Ценилова

Начальник Отдела международных связей, Министерство здравоохранения Украины

Финляндия

Ms Liisa Hyssälä

Minister of Health and Social Services, Ministry of Social Affairs and Health
(Председатель)

Dr Eero Lahtinen

Senior Medical Officer, Health Department, Ministry of Social Affairs and Health

- Mr Sakari Lankinen
Ministerial Counsellor, Health/Medical Affairs, Ministry of Social Affairs and Health
- Professor Jouko Lönnqvist
Department of Mental Health and Alcohol Research, National Public Health Institute
- Mr Tapani Melkas
Director-General a.i., Ministry of Social Affairs and Health
- Dr Markku Salo
Senior Researcher, Finnish Central Association for Mental Health
- Ms Terttu Savolainen
State Secretary, Ministry of Health and Social Services
- Professor Vappu Taipale
Director-General, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES)
- Professor Harri Vainio
Director-General, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH)

Франция

- Dr Fabienne Deboux
Chef du bureau de la santé mentale, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
- Mme Evelyne Bonnafous
Adjoint au chef du bureau des populations spécifiques à la direction de l'hospitalisation, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
- Professor Viviane Kovess
Directeur, Fondation MGEN pour la Santé publique
- M. Pierre Larcher
Chargé de mission, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
- Dr Alain Lefebvre
Councillor, Social Affairs and Health, Embassy of France

Хорватия

- Dr Velimir Bozиков
State Secretary, Ministry of Health and Social Welfare
- Dr Marin Andrijasevic
Ambassador, Embassy of the Republic of Croatia in Finland
- Mr Claude Grbesa
Head, International Cooperation Department, Ministry of Health and Social Welfare
- Dr Neven Henigsberg
University Department of Psychiatry
- Ms Vlasta Hrabak Zerjavic
Medical Superintendent, Head, Chronic Diseases Service

Чешская Республика

Dr Milada Emmerova

Minister of Health, Ministry of Health

Dr Miroslava Ourednikova

Vice Minister, Ministry of Health

Ms Sabina Pope

Interpreter, Ministry of Health

Mr Radovan Urban Kocak

Deputy Director, Minister's Cabinet, Ministry of Health

Швейцария

Frau Landamman Alice Scherrer-Baumann

Delegierte für Internationales der Schweiz, Gesundheitsdirektorinnen – Konferenz (GDK), Gesundheitsdirektion Kanton Appenzell

Ms Stephanie Zobrist

Deputy Head of Section, Division of International Affairs, Swiss Federal Office of Public Health

Dr Regula Ricka-Heidelberger

National Health Policy Section, Bundesamt für Gesundheit

Dr Herbert Heise

Deputy Director, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD)

Mr Juerg Gassmann

Zentralsekretar, Pro Mente Sana

Швеция

Mr Morgan Johansson

Minister for Public Health and Social Services, Ministry of Health and Social Affairs

Mr Carl Älfvag

Deputy Head of Delegation, Director, Chairman, Committee of Senior Representatives of the Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Wellbeing, Ministry of Health and Social Affairs

Mr Jan-Olof Forsén

Chairman, Swedish National Association for Social and Mental Health

Mr Bengt Linder

Senior Adviser, Federation of Swedish County Councils

Mr Anders Milton

National Psychiatric Services Coordination

Mr Bengt Rönngren

Desk Officer, Public Health Division, Ministry of Health and Social Affairs

Mr Stefan Sjöquist

Political Adviser, Ministry of Health and Social Affairs

Mr Daniel Zetterberg

Desk Officer, Ministry of Health and Social Affairs

Эстония

Mr Marko Pomerants

Minister of Social Affairs, Ministry of Social Affairs

Dr Külvar Mand

Deputy Minister of Social Affairs, Ministry of Social Affairs

Dr Katrin Saluvere

Deputy Secretary-General for Health Policy, Ministry of Social Affairs

Ms Merike Vedru

Board Member, Estonian Association for Supporters of People with Mental Disorders

Представители межправительственных организаций**Европейская комиссия**

Mr Markos Kyprianou

European Commissioner for Health and Consumer Protection

Mr Jean-Bernard Blatrier

Primo-Somadec (Belgium), Health and Consumer Protection Directorate-General, Unit C2 "Health Information"

Mr Erdem Erginel

Member of Commissioner Kyprianou's Cabinet

Ms Marjatta Hautala

Press Officer, The European Commission Representation in Finland

Mr Rejo Kemppinen

Head of Representation, The European Commission Representation in Finland

Mr Robert Madelin

Director-General for Health and Consumer Protection

Mr A. Saturno Mallia

Health and Consumer Protection Directorate-General, Unit C2 "Health Information"

Mr Kevin McCarthy

Research Directorate-General, Health Policy Unit

Mr Juergen Schefflein

Health and Consumer Protection Directorate-General, Unit C2 "Health Information"

Mr Philippe Todd

Spokesman (for Commissioner Kyprianou)

Совет Европы

Mr Alexander Vladychenko

Director General a.i., Social Affairs and Health, Directorate General of Social Cohesion

Mrs Vera Boltho

Head, Department of Health and of the Partial Agreement in the Social and Public Health Field, Directorate General of Social Cohesion

Mr Piotr Mierzewski

Administrator, Directorate General of Social Cohesion

Парламентская ассамблея Совета Европы

Mr Paul Flynn

Member of Parliament, United Kingdom

Mr Andrea Rigoni

Senator, Italy

Представители неправительственных организаций, состоящих в официальных отношениях с ВОЗ**Всемирная ассоциация по психосоциальной реабилитации**

Professor Edvard Hauff

Vice President for Europe

Всемирная психиатрическая ассоциация

Professor John Cox

Secretary-General

Всемирная психиатрическая федерация

Ms Pirkko Lahti

Director, Finnish Association for Mental Health, Finland

Ms Mary van Dievel

Director, Mental Health Europe

Всемирная федерация трудотерапевтов

Professor E. Sharon Brintnell

Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Medicine, University of Alberta, Canada

Ms Julie Piergrossi

Международная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей

Professor Per-Anders Rydelius

Secretary-General

Представители других неправительственных организаций**Ассоциация европейских психиатров**

Professor Mario Maj

President

Всемирная ассоциация охраны психического здоровья детей младшего возраста

Professor Tuula Tamminen

President

Гамлет траст

Ms Jane Shears

Европейская сеть (бывших) психиатрических пациентов

Ms Wilma Boevink

Trimbos Institute, the Netherlands

Mr Olli Stalström

Европейская федерация ассоциаций семей лиц, страдающих психическими заболеваниями

Ms Begoñe Ariño Jackson

Ms Janet McCrae
Vice-President

Ms Inger Nilsson
President

Европейская федерация стажеров в области психиатрии

Dr Defne Eraslan

Европейская федерация ассоциаций психологов

Ms Vesa Nevalainen
Chief, Professional Affairs, Finnish Psychological Association

Европейский союз медицинских специалистов

Dr R.J.A. ten Doesschate
Treasurer, Section of Psychiatry

Dr Anne Lindhardt
President

Европейский форум ассоциаций медицинских сестер и акушерок и ВОЗ

Ms Lis Wagner
Manager and Short-term Professional, Nursing and Midwifery, WHO Regional Office for Europe

Инициатива института “Открытое общество” в области психического здоровья

Ms Judith Klein
Director

Ms Camilla Parker
Legal and Policy Consultant, Open Society Institute

Международная федерация социальных работников

Ms Maaria Numminen

Организация датских медсестер

Ms Merete Thorsén
Chief Executive Officer

Психическое здоровье в Европе

Mr Claude Deutsch
President

Dr Mojca Z. Dernovsek
Assistant Professor, Ljubljana University Psychiatric Hospital, Slovenia

Ms Mary van Dievel
Director

Совет трудотерапевтов для европейских стран

Ms Maria Skouroliakos
President

Фонд психического здоровья

Mr Andrew McCulloch
Chief Executive

Центр психического здоровья Сейнсбери

Ms Angela Greatley
Acting Chief Executive

Центр защиты лиц с психическими расстройствами

Ms Diana Hoover
Executive Director

Mr Oliver Lewis

Эмнести интернешнл

Mr Ivan Fiser
Research, Europe Regional Program, International Secretariat, Amnesty International

Временные советники

Professor Alan Apter
Chairman, Department of Psychiatry, Schneiders Children's Medical Centre of Israel

Dr Diana Brahims Muço
Director, Psychiatric Hospital of Valona, Albania

Professor Athanassios Constantopoulos
Director, Mental Health Centre, Regional General Hospital of Athens, Greece

Professor Thomas Cox
Director, Occupational Health, Institute of Work, Health and Organisations, University of Nottingham, United Kingdom

Dr Michael von Cranach
Medical Director, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Germany

Mr Nicolas Daumerie
Centre Médico-Psychologique, Centre Collaborateur de l'OMS pour la Recherche et Formation en Santé mentale, Faches-Thumesnil, France

Dr Giuseppe Dell'Acqua
Director, Department of Mental Health, Italy

Ms Linda Dunion
Campaign Director, See Me Scotland, United Kingdom

Ms Helja Eomois
Chief Specialist, Public Health, Ministry of Health, Estonia

Mr Bjorn Erikson
Industrial Hygienist, Norwegian Confederation of Trade Unions, Norway

Professor Berthold P.R. Gersons
Psychiatric Centre, Netherlands

- Mr Gabor Gombos
Advocacy Coordinator, European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry,
Hungary
- Professor Ulrich Hegerl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität
München, Germany
- Dr Riitta-Liisa Heikkinen
Senior Research Specialist, Docent, Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology,
University of Jyväskylä, Finland
- Dr John H. Henderson
Senior Policy Adviser, Mental Health Europe, United Kingdom
- Professor Marija Holmila
National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Finland
- Professor David Hunter
Health Policy and Management, Wolfson Research Institute, University of Durham,
United Kingdom (*Составитель отчета*)
- Dr Ainagul Isakova
Head, Family Group Practitioners Association, Kyrgyzstan
- Dr Eva Jané-Llopis
Head of Science and Policy, Prevention Research Centre, University of Nijmegen,
Netherlands
- Mr John Brian Jenkins
Consultant in Mental Health, National Institute for Mental Health, United Kingdom
- Professor Matti Joukamaa
Professor of Social Psychiatry, Institute of Medicine, Finland
- Dr Marianne C. Kastrup
Chief Physician, Rigshospitalet, Denmark
- Dr Reinhold Killian
Abteilung Psychiatrie II, Am Bezirkskrankenhaus Gunzburg, Germany
- Professor Martin Knapp
Director, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political
Science, United Kingdom
- Dr Juha Lavikainen
Project Manager, Health and Social Services, National Research and Development
Centre for Welfare and Health (STAKES), Finland
- Dr Stavroula Leka
Lecturer in Occupational Health, Institute of Work, Health and Organisations,
University of Nottingham, United Kingdom
- Mr Gagik Makaryan
Executive Director, UMBA and HAI CONSULT Consulting Fund, Armenia
- Mr David McDaid
Research Fellow, LSE Health and Social Care, London School of Economics and
Political Science, United Kingdom

- Dr Roberto Mezzina
Head of Sector, Centre for Mental Health, Italy
- Dr Aleksandra Milicevic Kalasic
City Institute for Gerontology and Home Care, Serbia and Montenegro
- Professor Maurice B. Mittelmark
Professor of Health Promotion, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, WHO Collaborating Centre for Research on Health Promotion and Health Education, Norway
- Ms Melita Murko
Assistant, Regional Project Manager, Regional Project Office, Mental Health Project for South Eastern Europe, Bosnia and Herzegovina
- Dr Petr Nawka
Chair, Association for Mental Health, and Pilot Programme Leader, Community Mental Health Care Service, Psychiatric Hospital Michalovce, Slovakia
- Dr Alexander V. Nemtsov
Head, Department of Informatics and System Research, Moscow Research Institute of Psychiatry of the Russian Ministry of Health, Russian Federation
- Ms Mary Nettle
European Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry, United Kingdom
- Ms Margareta Nilson
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Portugal
- Mr Tim Pfeiffer-Gerschel
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, Germany
- Professor Dainius Puras
Head and Associate Professor, Centre of Child Psychiatry and Social Pediatrics, Vilnius University, Lithuania
- Ms Vesna Puratic
Regional Project Manager, Mental Health Project for South Eastern Europe, Bosnia and Herzegovina
- Professor Jorma H. Rantanen
President, Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), Finland
- Dr Mario Reali
Director of Health District, Italy
- Professor Henk Rigter
Netherlands
- Dr Jean-Luc Roelandt
Centre Médico-Psychologique, Centre Collaborateur de l'OMS pour la Recherche et Formation en Santé mentale, France
- Dr Robin G.W. Room
Centre for Social Research in Alcohol and Drugs, Stockholm University, Sweden

- Professor Sir Michael L. Rutter
Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, United Kingdom
- Professor Wolfgang Rutz
Head of Unit, Department of Psychiatry, Academic University Hospital, Sweden
- Professor Armin Schmidtke
Department for Clinical Psychology, Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, Germany
- Professor Paul Schnabel
Director, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands
- Dr Tytti Solantaus
National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Finland
- Professor Tores Theorell
Director, Institute for Psychosocial Medicine, Sweden
- Professor Graham Thornicroft
Director, Health Services Research Department, Section of Community Psychiatry, Institute of Psychiatry, United Kingdom
- Dr Toma Tomov
Head, Department of Psychiatry, Alexandrovska Hospital, Sofia Medical Academy, Bulgaria
- Professor Richard Velleman
Director, Mental Health Research and Development Unit, University of Bath, United Kingdom
- Mr Robert van Voren
General Secretary, Geneva Initiative on Psychiatry, Netherlands
- Professor Airi Värnik
Estonian-Swedish Institute of Suicidology, Estonia
- Dr Mladenka Vrcic-Keglevic
Director, Andrija Stampar School of Public Health, University of Zagreb, WHO Collaborating Centre for Primary Health Care, Croatia
- Professor Danuta Wasserman
National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill Health, Sweden
- Professor Katherine Weare
School of Education, University of Southampton, United Kingdom
- Professor Lilia E. Zikanshina
Head, Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy, Russian Federation

Наблюдатели

- Ms Vuokko Ahti
Executive Manager, Mental Health User Association (HELMI), Finland
- Ms Kristina Aminoff
Executive Manager, National Family Association, Promoting Mental Health in Finland

- Mr Chris Bale
Director, Partnership for Children, United Kingdom
- Professor Franz Baro
Centre Interuniversitaire Belge de Recherche et d'Action, "Santé et Facteurs psychosociaux and psychobiologiques", WHO Collaborating Centre for Research and Training in Psychosocial and Psychobiological Factors, Belgium
- Ms Cajsa Björkman
Project Secretary, Finland's Swedish-speaking National Psychosocial Central Association
- Mr Per Bøge
Project Manager, Omsorg, and Educational Adviser, Danish Cancer Society, Denmark
- Ms Maria Grazia Cogliati
Italy
- Mr Bob Cools
Adviser, Cabinet of Flanders, Belgium
- Ms Claire Curran
Research Officer, LSE Health and Social Care, London School of Economics, United Kingdom
- Mr Jan van Dessel
Embassy of Belgium, Finland
- Mr Jes Dige
Danish Cancer Society, Denmark
- Mr Jonathan Gordon
Scottish Executive, United Kingdom
- Ms Anne-Marie Grouev
Project Manager, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Finland
- Ms Martine van Hecke
Ministry of Flanders – Department of Health, Belgium
- Ms Emma Hogg
Public Health Advisor (Mental Health Improvement), NHS Health Scotland, United Kingdom
- Mr Jeff Huggins
Head of Mental Health Division, Directorate of Service Policy and Planning, Scottish Executive, United Kingdom
- Ms Seija Järvinen
Chairman of the Board, Counsellor of Social Affairs (HON), Finland
- Dr Jorma O. Järvisalo
Research Professor and Deputy Director, Health Policy and International Development, Social Insurance Institution of Finland
- Ms Pirkko Karjalainen
Executive Director, Central Union for the Welfare of the Aged, Finland

- Ms Hilikka Kärkkäinen
Vice President, GAMIAN-Europe, Finland
- Ms Outi Karvonen
Project Manager, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Finland
- Ms Tuula Kauppinen
Director of Nursing, Finland
- Ms Taru Koivisto
Senior Officer, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Ms Anne Koskela
Senior Officer, Legal Affairs, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Ms Katrin Lange
UNOPS/PASARP-Vlore, Albania
- Professor Ville Lehtinen
Finland
- Dr Kari Lindström
Director, Institute of Occupational Health, Finland
- Mrs Tessa Lush
Bristol-Myers Squibb Corporate Affairs, United Kingdom
- Ms Taina Mäntyranta
Director, ROHTO Centre for Pharmacotherapy Development, Finland
- Mr Martti Mäki
Executive Director, Finland
- Dr Simo Mannila
Senior Adviser, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Finland
- Dr Ernesto Muggia
President, National Association for Mental Health, Italy
- Ms Liisa Ollila
Ministerial Adviser, International Affairs, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Ms Marja-Liisa Partanen
Deputy Director-General, Health Department, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Ms Helena Partinen
Executive Director, Nyytiry, Finland
- Ms Elena Georgina Pascu
Programme Manager, Advocate for Dignity, Centre for Legal Resources, Romania
- Dr Marjaana Pelkonen
Senior Officer, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Mr Teuvo Peltoniemi
Head of Information, A-Clinic Foundation, Helsinki, Finland

- Ms Tarja Reponen
Director, Ministry of Foreign Affairs, Finland
- Ms Susanna Rix
Acting Regional Director/Programme Director, National Institute for Mental Health in
England (NIMHE Eastern), United Kingdom
- Dr Pietro Roselli
Director, Italian Institute of Culture, Finland
- Mr Pilar Saiz
University of Oveido, Spain
- Dr Mike Shooter
President, Royal College of Psychiatrists, United Kingdom
- Mr Giorgio Tabori
Embassy of Italy, Finland
- Ms Hannele Tanhua
Senior Officer, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
- Mr Skerdilajd Truja
UNOPS/PASARP-Vlore, Albania
- Ms Ritva Varamäki
Development Manager, Centre for Health Promotion, Finland
- Ms Liliana Verdha
Honorary Consul for Albania, Finland
- Dr Kristian Wahlbeck
Research Professor, Mental Health, National Research and Development Centre for
Welfare and Health (STAKES), Finland
- Ms Kirsten Zenzinger
Centre Interuniversitaire Belge de Recherche et d'Action, "Santé et Facteurs
psychosociaux and psychobiologiques", WHO Collaborating Centre for Research and
Training in Psychosocial and Psychobiological Factors, Belgium
- Professor Lilia Eugenevna Ziganshina
Clinical Pharmacology, Kazan State Medical Academy, Russian Federation

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

- Mr Dmitry Konstantinovich Botcheliouk
Translator/Reviser (R), Languages
- Dr Yves Charpak
Adviser (Health Policy), EURO Representation to the EU
- Mr Oluf Christoffersen
Supervisor, Printing and Conference Services
- Dr Marc Danzon
WHO Regional Director for Europe
- Mr Sasa Delic
Assistant, Printing and Conference Services

- Dr Anca Dumitrescu
Director, Division of Information, Evidence and Communication
- Dr Leena Eklund
Technical Officer, Health Evidence Network
- Dr Jill Farrington
Coordinator, Noncommunicable Diseases
- Mr Frank George
Regional Adviser, External Cooperation and Partnerships
- Dr Maria Haralanova
Project Manager, Strategic Country Support
- Ms Svenja Herrmann
Associate Professional Officer, External Cooperation and Partnerships
- Dr Ivan Dimov Ivanov
Technical Officer, Occupational Health
- Dr Kees de Joncheere
Regional Adviser, Health Technologies and Pharmaceuticals
- Mr Bent Jørgensen
Office Equipment Operator, Printing and Conference Services
- Ms Johanna Kehler
Programme Assistant, Mental Health
- Ms Tina Kiaer
Conference Communications Officer, Mental Health
- Dr Simo Kokko
Coordinator of the European Ministerial Conference on Mental Health, Mental Health Programme
- Mr Bruce Leech
Administrative Services, Supply and Conference Officer, Administration, Supplies and Conference
- Dr Guðjón Magnússon
Director, Division of Technical Support, Reducing Disease Burden
- Dr Nata Menabde
Director, Division of Country Support
- Ms Kay Miller
Documentation Assistant (E), Languages
- Dr Matthijs Muijen
Acting Regional Adviser for Mental Health (*Секретарь*)
- Ms Anna Müller
Programme Assistant, Mental Health
- Ms Liuba Negru
Press and Media Relations Officer, Press and Media Relations

- Mr Jens Nielsen
Acting Network Administrator, Operations (Production and Support), Informatics Support
- Ms Debbie Offen
Secretary, Mental Health
- Ms Ionela Petrea
Technical Officer, Conference Coordination, Mental Health
- Ms Kristel M. Bronwen Player
Documentation Assistant (F), Languages
- Mr Dag Rekve
Programme Manager Alcohol and Drugs, Alcohol and Drugs
- Mr Charles Robson
Head, Translation and Editorial, Languages
- Dr Gerald Rockenschaub
Regional Adviser, Disaster Preparedness and Response
- Ms Anna Roepstorff
Programme Assistant, Communication and Advocacy
- Ms Christine Rosenberg
Secretarial Assistant, Director's Office, Division of Technical Support, Reducing Disease Burden
- Mr Michal Rustanowicz
Regional Adviser, Informatics and Telematics Services, Informatics Support
- Ms Liz Shrapnel
Personal Assistant and Secretary, Office of the Regional Director
- Ms Larisa Stepanova
Documentation Assistant (R), Languages
- Ms Natalia Sterlikova-Løhr
Secretary, Mental Health
- Ms Vivienne Taylor Gee
Communication Officer, Information Outreach
- Mr Eric Tordeur
Translator/Reviser (F), Languages
- Dr Hédinn Unnsteinsson
Technical Officer, Mental Health
- Dr Liliana Urbina
Desk Officer for Mental Health Activities, Mental Health
- Mr Rainer Verhoeven
Translator/Reviser (G), Languages

Штаб-квартира

- Dr José M. Bertolote
Coordinator, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Mental Health and Substance Abuse, Management of Mental and Brain Disorders

- Dr Daniel Chisholm
Health Economist, Department of Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation, Evidence and Information for Health Policy
- Dr Michelle Funk
Coordinator, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Mental Health and Substance Abuse, Mental Health Policy and Service Development
- Dr Benedetto Saraceno
Director, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Mental Health and Substance Abuse
- Dr Shekhar Saxena
Coordinator, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Mental Health and Substance Abuse

Офисы ВОЗ в странах**Страновой офис ВОЗ в Албании**

- Dr Santino Severoni
Head of Office
- Ms Dévora Kestel
Short-term Professional, Mental Health Care Officer
- Dr Ledia Lazeri
National Professional Officer, Mental Health, Disaster Preparedness and Response Programme

Страновой офис ВОЗ в Бывшей Югославской Республике Македония

- Dr Stojan Bajraktarov
Project Manager, Mental Health
- Ms Dimitrinka Jordanova-Pesevska
National Professional Officer, Mental Health
- Dr Jukka Pukkila
Head of Office

Офис ВОЗ в Приштине

- Dr Skender Syla
National Health Policy and Systems Officer

Страновой офис ВОЗ в Эстонии

- Dr Jarno Habicht
WHO Liaison Officer

**Вспомогательный персонал из Финляндии
Министерство социальных дел и здравоохранения**

- Ms Marjatta Anttila
Secretary
- Ms Anna Ehrnrooth
Secretary

Ms Marjatta Fyhr
Secretary

Ms Noora Heinonen
Senior Officer

Mr Jarmo Hämäläinen
Security Officer

Ms Monika Kankaanrinta
Department Secretary

Mr Petri Kauppi
Information Technology Officer

Ms Tiina Neal

Ms Tuija Perälä
Secretary, International Affairs Unit

Ms Nina Palin
Secretary, Information and Communication

Mr Pirjo Pietilä

Ms Satu Renko

Ms Tarja Tamminen
Deputy Communication Manager

Mr Lassi Tammi

Ms Ilari Wickström

Национальный центр научных исследований и развития в области социального обеспечения и здравоохранения (STAKES)

Ms Paivi Erbrech
Secretary

Ms Virpi Honkanen
Project Secretary

Ms Ulla Katila-Nurkka
Project Secretary

Ms Elina Lembinen
Office Clerk

Mr Niko Metso
Office Manager

Ms Mari Miekkala
Research Assistant

Ms Merja Paimensaari
Local Conference Coordinator

Ms Tanja Potepenکو
Conference Assistant

Mr Pekka Salakka
Transportation Officer

Mr Aimo Silvenius
Chief Office Manager

Ms Marianne Sipilä
Project Coordinator

Ms Britta Sohlman
Special Planner

Ms Päivi Tapiovaara
Project Secretary

Ms Laila Turkia
Office Secretary

Социальное страхование в Финляндии

Ms Tanja Blomqvist
Coordinator, International Affairs

Школа здравоохранения Тампере

Ms Pia Solin
Research Fellow

Университет Турку

Ms Reeta Kangas

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая Югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия и Черногория
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Чешская Республика
Швеция
Швейцария
Эстония

Представители государств - членов Европейского региона ВОЗ встретились на Европейской министерской конференции ВОЗ по охране психического здоровья в январе 2005 г. в Хельсинки в целях усиления борьбы с эпидемией психосоциальных и психических расстройств, представляющей одну из важнейших угроз для здоровья и благополучия жителей Европы. Благодаря этой конференции с вопросов психического здоровья было снято клеймо стигматизации и дискриминации и они были помещены в центр повестки дня общественного здравоохранения. Приняв Декларацию и Европейский план действий по охране психического здоровья, государства-члены тем самым наметили общую стратегию охраны психического здоровья населения на следующие 5–10 лет.

Сейчас перед государствами-членами стоит задача выполнения принципов Декларации и целей, поставленных в Планах действий с его 12 направлениями работы. Данная публикация будет способствовать выполнению этой задачи, так как в ней дается анализ нынешней ситуации в Регионе, приведен текст Декларации и Плана действий и краткий обзор направлений деятельности (с примерами инициатив, которые уже проводятся по каждому из них), а также дается описание того, что ВОЗ планирует сделать для того, чтобы помочь государствам-членам улучшить состояние психического здоровья населения в Европейском регионе.

Обязательства, изложенные в Декларации и Планах действий, основываются на информации и фактических данных, полученных из всех частей Европейского региона ВОЗ. Взятые в комплексе, они представляют собой твердую основу, на которой правительства, лица, определяющие политику, неправительственные организации и другие заинтересованные стороны, работая в сотрудничестве с ВОЗ, могут разработать новые подходы к улучшению качества жизни всех граждан.

ISBN 92-890-4377-6



Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>