

Свод методических рекомендаций по вопросам политики
и оказания услуг в области психического здоровья

КОНТЕКСТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Всемирная организация
здравоохранения

“При разработке различных подходов, направленных на улучшение охраны психического здоровья, необходимо принимать во внимание современные достижения, способствующие лучшему пониманию проблем людей с психическими расстройствами, их лечению и предоставлению помощи, а также проводимые реформы системы здравоохранения и государственную политику, проводимую в других секторах.”

Свод методических рекомендаций по вопросам политики
и оказания услуг в области психического здоровья

КОНТЕКСТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ



Всемирная организация
здравоохранения

Библиотечный каталог публикаций ВОЗ

Контекст психического здоровья.

(Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья)

1. Службы охраны психического здоровья – вопросы организации и управления. 2. Службы охраны психического здоровья – стандарты. 3. Психические расстройства – лечение. 4. Государственная политика. 5. Стоимость заболевания. 6. Методические рекомендации. I. Всемирная организация здравоохранения. II. Серия.

ISBN 92 4 454594 2

(По классификации NLM: WM 30)

Техническую информацию об этом издании можно получить у:

д-ра Michelle Funk

Департамент психического здоровья и токсикомании

Всемирная организация здравоохранения

20 Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Тел.: +41 22 791 3855

Факс: +41 22 791 4160

Эл. почта: funkm@who.int

Источник: *The mental health context*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – будь то для продажи или для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Отпечатано в Сингапуре.

Выражение признательности

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья был выпущен под руководством д-ра Michelle Funk, координатора по совершенствованию политики и систем обслуживания в области психического здоровья, при непосредственном участии в качестве куратора д-ра Benedetto Saraceno, Директора Департамента психического здоровья и токсикомании Всемирной организации здравоохранения.

Настоящий модуль подготовлен д-ром Soumitra Pathare, Клиника Руби Холл, Пуна, Индия, и д-ром Michelle Funk, Всемирная организация здравоохранения, Швейцария. Проф. Alan Flisher, Кейптаунский университет, Республика Южная Африка, участвовал в разработке документа, использованного при подготовке данного модуля.

В состав редакционно-координационной группы вошли:

д-р Michelle Funk, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), г-жа Natalie Drew (штаб-квартира ВОЗ), д-р JoAnne Epping-Jordan (штаб-квартира ВОЗ), проф. Alan J. Flisher, Кейптаунский университет, Обсерватория, Республика Южная Африка, проф. Melvyn Freeman, Департамент здравоохранения, Претория, Южная Африка, д-р Howard Goldman, Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья и Медицинская школа Мэрилендского университета, США, д-р Itzhak Levav, Службы охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Иерусалим, Израиль, и д-р Benedetto Saraceno (штаб-квартира ВОЗ).

Ответственным за окончательное техническое редактирование этого модуля был д-р Crick Lund, Кейптаунский университет, Обсерватория, Республика Южная Африка.

Технические консультации проводились со следующими специалистами:

д-р Jose Bertolote, Всемирная организация здравоохранения, штаб-квартира (штаб-квартира ВОЗ), д-р José Miguel Caldas de Almeida, Региональное бюро ВОЗ для стран Америки (АМРБ), д-р Vijay Chandra, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии (ЮВАРБ), д-р Custodia Mandlhate, Африканское региональное бюро ВОЗ (АФРБ), д-р Claudio Miranda (АМРБ), д-р Ahmed Mohit, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (ВСРБ), д-р Wolfgang Rutz, Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ), д-р Erica Wheeler (штаб-квартира ВОЗ), д-р Derek Yach (штаб-квартира ВОЗ) и сотрудники Кластера ВОЗ по фактическим данным и информации для политики (штаб-квартира ВОЗ).

Административное обеспечение и секретарские услуги были предоставлены:

г-жой Adeline Loo (штаб-квартира ВОЗ), г-жой Anne Yamada (штаб-квартира ВОЗ) и г-жой Razia Yaseen (штаб-квартира ВОЗ).

Оригинал-макет и графическое оформление: 2S) graphicdesign
Редактор: Walter Ryder

ВОЗ также выражает искреннюю признательность следующим лицам за сделанные ими экспертные заключения и предоставленную техническую информацию при подготовке данного модуля:

д-р Adel Hamid Afana	Директор, Департамент обучения и профессиональной подготовки, Программа охраны психического здоровья населения сектора Газа
д-р Bassam Al Ashhab	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, Западный берег реки Иордан
г-жа Ella Amir	Ами Квебек, Канада
д-р Julio Arboleda-Florez	Факультет психиатрии, Королевский университет, Кингстон, пров. Онтарио, Канада
г-жа Jeannine Auger	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, пров. Квебек, Канада
д-р Florence Baingana	Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США
г-жа Louise Blanchette	Аттестационная программа по психическому здоровью при Монреальском университете, Монреаль, Канада
д-р Susan Blyth	Кейптаунский университет, Кейптаун, Южная Африка
г-жа Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ферней-Вольтер, Франция
д-р Anh Thu Bui	Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
д-р Sylvia Caras	Организация «People Who», Санта-Крус, штат Калифорния, США
д-р Claudina Cayetano	Министерство здравоохранения, Бельмопан, Белиз
д-р Chueh Chang	Тайбэй, Тайвань
проф. Yan Fang Chen	Шаньдунский центр охраны психического здоровья, Цзинань, Китайская Народная Республика
д-р Chantharavdy Choulamany	Больница общего профиля Махосот, Вьентьян, Лаосская Народно-Демократическая Республика
д-р Ellen Corin	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Jim Crowe	Президент Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Данидин, Новая Зеландия
д-р Araba Sefa Dedeh	Медицинская школа Университета Ганы, Аккра, Гана
д-р Nimesh Desai	Профессор психиатрии и главный врач, Институт поведения человека и смежных наук, Индия
д-р M. Parameshvara Deva	Факультет психиатрии, Медицинский колледж Перак, Ипох, штат Перак, Малайзия
проф. Saida Douki	Президент Общества психиатров Туниса, Тунис, Тунис
проф. Ahmed Abou El-Azayem	Бывший президент Всемирной федерации по охране психического здоровья, Каир, Египет
д-р Abra Fransch	WONCA, Хараре, Зимбабве
д-р Gregory Fricchione	Центр Картера, Атланта, США
д-р Michael Friedman	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
г-жа Diane Froggatt	Исполнительный директор Всемирного общества по шизофрении и аналогичным расстройствам, Торонто, пров. Онтарио, Канада
г-н Gary Furlong	Участковый центр здоровья «Метро», Монреаль, Канада
д-р Vijay Ganju	Научно-исследовательский институт Национальной ассоциации директоров государственных программ охраны психического здоровья, Александрия, штат Виргиния, США
г-жа Reine Gobeil	Больница г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Nacanieli Goneyali	Министерство здравоохранения, Сува, Фиджи
д-р Gaston Harnois	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, Сотрудничающий центр ВОЗ, пров. Квебек, Канада
г-н Gary Haugland	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yanling He	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Helen Herrman	Факультет психиатрии, Мельбурнский университет, Австралия

г-жа Karen Hetherington проф. Frederick Hickling	Сотрудничающий центр ВОЗ/ПАОЗ, Канада Сектор психиатрии, Университет Вест-Индии, Кингстон, Ямайка
д-р Kim Hopper	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Tae-Yeon Hwang	Директор Департамента реабилитации и оказания услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства, Йонгван, Республика Корея
д-р A. Janca	Университет Западной Австралии, Перт, Австралия
д-р Dale L. Johnson	Всемирное общество по шизофрении и аналогичным расстройствам, Таос, штат Нью-Мексико, США
д-р Kristine Jones	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р David Musau Kiima	Руководитель Департамента охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Найроби, Кения
г-н Todd Kriebel	Министерство здравоохранения, Веллингтон, Новая Зеландия
г-н John P. Kummer	Эквилибриум, Унтерэргери, Швейцария
проф. Lourdes Ladrado-Ignacio	Факультет психиатрии и поведенческой медицины, Медицинский колледж и Филиппинская больница общего профиля, Манила, Филиппины
д-р Pirkko Lahti	Генеральный секретарь/управляющий делами Всемирной федерации по охране психического здоровья и исполнительный директор Финской ассоциации по психическому здоровью, Хельсинки, Финляндия
г-н Eero Lahtinen	Министерство социального обеспечения и здравоохранения, Хельсинки, Финляндия
д-р Eugene M. Laska	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Eric Latimer	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Ian Lockhart	Кейптаунский университет, Обсерватория, Южная Африка
д-р Marcelino López	Научные исследования и оценка, Андалусский фонд поддержки социальной интеграции психически больных, Севилья, Испания
г-жа Annabel Lyman	Отдел поведенческого здоровья, Министерство здравоохранения, Корор, Республика Палау
д-р Ma Hong	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р George Mahy	Университет Вест-Индии, Сент-Майкл, Барбадос
д-р Joseph Mbatia	Министерство здравоохранения, Дар-эс-Салам, Танзания
д-р Céline Mercier	Научно-исследовательский центр больницы г. Дуглас, пров. Квебек, Канада
д-р Leen Meulenbergs	Бельгийский межуниверситетский центр по научным исследованиям и практике, охране здоровья и психобиологическим и психосоциальным факторам, Брюссель, Бельгия
д-р Harry I. Minas	Центр международного психического здоровья и транскультурологической психиатрии, Больница Сент-Винсент, Фицрой, штат Виктория, Австралия
д-р Alberto Minoletti	Министерство здравоохранения, Сантьяго, Чили
д-р P. Mogue	Министерство здравоохранения, Мозамбик
д-р Paul Morgan	SANE, Южный Мельбурн, штат Виктория, Австралия
д-р Driss Moussaoui	Университет психиатрии, Касабланка, Марокко
д-р Matt Muijen	Центр охраны психического здоровья Сейнсбери, Лондон, Соединенное Королевство
д-р Carmine Munizza	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
д-р Shisram Narayan	Больница Сент-Джайлз, Сува, Фиджи
д-р Sheila Ndyabangi	Министерство здравоохранения, Кампала, Уганда
д-р Grayson Norquist	Национальный институт психиатрии, Бетезда, штат Мэриленд, США
д-р Frank Njenga	Председатель Кенийской ассоциации психиатров, Найроби, Кения

д-р Angela Ofori-Atta	Отдел клинической психологии, Медицинская школа Университета Ганы, Корле-Бу, Гана
проф. Mehdi Paes	Психиатрическая больница при Университете Аррази, Сале, Марокко
д-р Rampersad Parasram	Министерство здравоохранения, Порт-оф-Спейн, Тринидад и Тобаго
д-р Vikram Patel	Центр «Сангат», штат Гоа, Индия
д-р Dixianne Penney	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
д-р Yogan Pillay	Проект «Эквити», Претория, Южная Африка
д-р M. Pohanka	Министерство здравоохранения, Чешская Республика
д-р Laura L. Post	Службы психиатрической помощи Марианских островов, Сайпан, США
д-р Prema Ramachandran	Плановая комиссия, Нью-Дели, Индия
д-р Helmut Remschmidt	Департамент детской и подростковой психиатрии, Марбург, Германия
проф. Brian Robertson	Факультет психиатрии, Кейптаунский университет, Южная Африка
д-р Julieta Rodriguez Rojas	Integrar a la Adolescencia, Коста-Рика
д-р Agnes E. Rupp	Руководитель Научно-исследовательской программы по экономике охраны психического здоровья, NIMH/NIH, США
д-р Ayesh M. Sammour	Министерство здравоохранения, Палестинская автономия, сектор Газа
д-р Aive Sarjas	Министерство социального обеспечения, Таллин, Эстония
д-р Radha Shankar	AASHA (проект «Хоуп»), Ченнаи, Индия
д-р Carole Siegel	Научно-исследовательский институт психиатрии Натана С. Клайна, Оринджбург, штат Нью-Йорк, США
проф. Michele Tansella	Факультет медицины и общественного здравоохранения, Веронский университет, Италия
г-жа Mrinali Thalgodapitiya	Исполнительный директор, NEST, Хендала, Ватала, пров. Гампаха, Шри-Ланка
д-р Graham Thornicroft	Директор, PRISM, Институт психиатрии Модсли, Лондон, Соединенное Королевство
д-р Giuseppe Tibaldi	Научно-исследовательский центр психиатрии, Турин, Италия
г-жа Clare Townsend	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowoing Qld, Австралия
д-р Gombodorjiin Tsetsegdary	Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Монголия
д-р Bogdana Tudorache	Президент Румынской лиги по психическому здоровью, Бухарест, Румыния
г-жа Judy Turner-Crowson	Бывший Председатель Всемирной ассоциации по психосоциальной реабилитации (WAPR), Комитет содействия WAPR, Гамбург, Германия
г-жа Pascale Van den Heede	Организация «Mental Health Europe», Брюссель, Бельгия
г-жа Marianna Várfalvi-Bognarne	Министерство здравоохранения, Венгрия
д-р Uldis Veits	Рижский муниципальный комитет по здравоохранению, Рига, Латвия
г-н Luc Vigneault	Ассоциация групп, отстаивающих право населения пров. Квебек на охрану психического здоровья, Канада
д-р Liwei Wang	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xiangdong Wang	И.о. регионального советника по психическому здоровью, Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана, Манила, Филиппины
проф. Harvey Whiteford	Факультет психиатрии, Университет штата Квинсленд, Toowoing Qld, Австралия
д-р Ray G. Xerri	Министерство здравоохранения, Флориана, Мальта
д-р Xie Bin	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
д-р Xin Yu	Консультант Министерства здравоохранения, Пекин, Китайская Народная Республика
проф. Shen Yucun	Институт охраны психического здоровья, Пекинский медицинский университет, Китайская Народная Республика

д-р Taintor Zebulon

Президент WAPR, факультет психиатрии, Медицинский
центр Нью-Йоркского университета, штат Нью-Йорк, США

ВОЗ также выражает признательность за щедрую финансовую помощь, которую оказали правительства Австралии, Италии, Нидерландов, Новой Зеландии, Норвегии и Финляндии, а также Фонд «Эли Лилли и Компания» и европейское отделение компании «Джонсон и Джонсон», занимающееся благотворительной деятельностью.

“При разработке различных подходов, направленных на улучшение охраны психического здоровья, необходимо принимать во внимание современные достижения, способствующие лучшему пониманию проблем людей с психическими расстройствами, их лечению и предоставлению помощи, а также проводимые реформы системы здравоохранения и государственную политику, проводимую в других секторах.”

Содержание

Предисловие	x
Краткое резюме	2
Цели и целевая аудитория	9
1. Введение	10
2. Бремя психических расстройств	12
2.1 Глобальное бремя психических расстройств	12
2.2 Экономические и социальные издержки, связанные с психическими расстройствами	14
2.3 Уязвимые группы	15
2.4 Ресурсы и финансирование системы охраны психического здоровья	16
3. Историческая перспектива	17
4. Последние достижения в области понимания и лечения людей с психическими расстройствами и оказания им помощи	20
4.1 Взаимосвязь между физическими и психическими нарушениями	20
4.2 Действенные схемы лечения психических расстройств	21
5. Глобальные тенденции в сфере реформирования здравоохранения и их влияние на систему охраны психического здоровья	23
5.1 Децентрализация	23
5.2 Реформы системы финансирования здравоохранения	23
5.3 Последствия реформ для системы охраны психического здоровья: возможности и риски	24
6. Политические решения, действующие вне сектора здравоохранения, но влияющие на охрану психического здоровья	27
7. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья: цель и краткий обзор модулей	30
7.1 Политика, планы и программы в области психического здоровья	30
7.2 Финансирование охраны психического здоровья	32
7.3 Законодательство в области психического здоровья и права человека	32
7.4 Пропаганда актуальности охраны психического здоровья	34
7.5 Повышение качества охраны психического здоровья	35
7.6 Организация служб охраны психического здоровья	37
7.7 Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья	39
Дополнительная литература	41
Библиография	41

Данный модуль является составной частью рекомендуемого ВОЗ Свода методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, в котором представлена полезная информация для стран в целях улучшения охраны психического здоровья своего населения.

С какой целью разработан Свод методических рекомендаций?

Цель составления Свода методических рекомендаций заключается в оказании помощи лицам, формирующим политику, и специалистам по планированию при выполнении ими следующих задач:

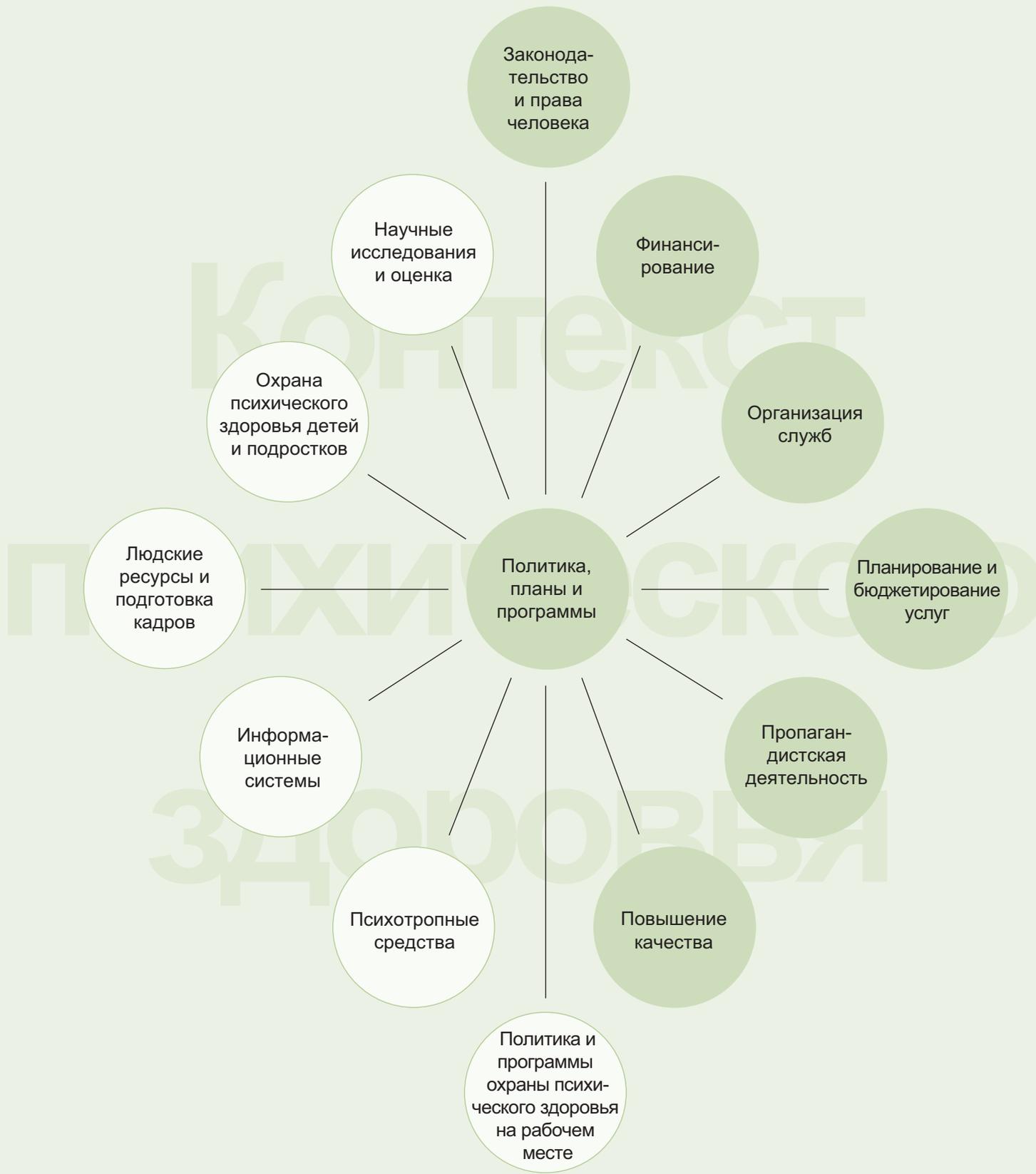
- разработка политики и всеобъемлющих стратегий по укреплению психического здоровья разных групп населения;
- использование существующих ресурсов для достижения наиболее оптимальных результатов;
- повышение эффективности услуг всем нуждающимся в помощи;
- оказание помощи людям с психическими расстройствами при их реинтеграции во все сферы жизни общества и содействие тем самым всестороннему улучшению качества жизни таких групп населения.

Что входит в предлагаемый Свод методических рекомендаций?

Свод методических рекомендаций состоит из нескольких тематически связанных и удобных для пользователя модулей для решения широкого спектра задач и приоритетных проблем, возникающих при формировании политики и планировании услуг в области психического здоровья. Тематика каждого модуля представляет собой один из ключевых аспектов охраны психического здоровья. В вводном модуле под названием *«Контекст психического здоровья»* дается описание глобального контекста психического здоровья и краткое содержание всех остальных модулей. Этот модуль должен не только дать читателям общее представление о глобальном контексте психического здоровья, но и оказать им помощь в выборе наиболее подходящих модулей с учетом сложившейся на местах ситуации. Модуль *«Политика, планы и программы в области психического здоровья»* является основным, и в нем представлена подробная информация о процессе разработки политики и методах ее реализации посредством соответствующих планов и программ. После ознакомления с этим модулем специалисты в странах могут обратиться к конкретным аспектам психического здоровья, о которых говорится в других модулях.

Свод практических рекомендаций включает в себя следующие модули:

- > Контекст психического здоровья
- > Политика, планы и программы в области психического здоровья
- > Финансирование охраны психического здоровья
- > Законодательство в области психического здоровья и права человека
- > Пропаганда актуальности охраны психического здоровья
- > Организация служб охраны психического здоровья
- > Повышение качества охраны психического здоровья
- > Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья



● подлежат разработке в дальнейшем

Работа над представленными ниже модулями еще не завершена, однако они будут включены в Свод методических рекомендаций по мере его окончательного формирования:

- > Расширение доступности психотропных средств и улучшение практики их использования
- > Информационные системы по психическому здоровью
- > Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья
- > Охрана психического здоровья детей и подростков
- > Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья
- > Политика и программы охраны психического здоровья на рабочем месте

Для кого предназначен Свод методических рекомендаций?

Вышеперечисленные модули могут представлять интерес для:

- лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию здравоохранения;
- органов государственной власти на федеральном, областном/региональном и местном уровнях;
- специалистов по лечению психических заболеваний;
- групп, представляющих интересы людей с психическими расстройствами;
- представителей или ассоциаций семей и лиц, оказывающих помощь людям с психическими расстройствами;
- организаций, отстаивающих интересы и права лиц, страдающих психическими расстройствами, их близких и членов их семей;
- неправительственных организаций, вовлеченных в процесс оказания услуг в области психического здоровья или заинтересованных в проведении такой работы.

Как пользоваться данными модулями на практике?

– Любой модуль можно использовать **отдельно или вместе с другими модулями**. Для удобства пользователей в модулях приводятся перекрестные ссылки. Специалисты в странах могут приступить к систематическому изучению всех модулей или выбрать для себя определенный модуль, если есть необходимость в более пристальном изучении конкретной тематики в области психического здоровья. Например, страны, для которых актуальны вопросы законодательства по охране психического здоровья, могут начать работу с модулем «*Законодательство в области психического здоровья и права человека*».

– Модули могут использоваться в качестве **набора учебно-методических материалов** лицами, формирующими политику в области психического здоровья, специалистами по планированию, организации, оказанию и финансированию служб охраны психического здоровья. Представленные материалы можно использовать как учебные пособия в университетах или колледжах. Профессиональные ассоциации могут воспользоваться данным Сводом методических рекомендаций в качестве вспомогательного материала для подготовки специалистов, работающих в системе охраны психического здоровья.

– Модули могут быть положены в основу **технических консультаций**, осуществляемых различными международными и национальными организациями при оказании помощи странам, которые ставят перед собой задачу реформирования существующей политики и/или системы оказания услуг в области психического здоровья.

– Модули могут стать **инструментом пропаганды** при проведении разъяснительной работы с потребителями услуг, членами семей и организациями, пропагандирующими ценности психического здоровья. Они содержат полезную информацию для сети санитарного просвещения и более широкого ознакомления политиков, лиц, формирующих общественное мнение, других категорий медработников и населения в целом с проблемой психических расстройств и работой служб охраны психического здоровья.

Формат модулей

В каждом модуле четко изложены его цели и обозначена целевая аудитория, для которой он предназначен. Для удобства использования и внедрения в странах методических рекомендаций формат любого модуля предполагает поэтапное описание действий. Названные рекомендации не являются обязательными к исполнению, и их не следует истолковывать однозначно, – поэтому странам рекомендуется адаптировать предлагаемый материал в зависимости от собственных потребностей и обстоятельств. С этой целью во всех модулях приводятся примеры практического применения изложенного материала.

Каждый модуль содержит большое количество перекрестных ссылок. В ходе ознакомления с одним модулем может возникнуть потребность (при наличии ссылок на другие модули) в получении дополнительной информации.

Все модули необходимо рассматривать в свете политики ВОЗ, направленной на предоставление основной части услуг в области психического здоровья в учреждениях общей лечебной сети и по месту жительства. Охрана психического здоровья населения, несомненно, является межсекторальной проблемой и предполагает коллективные усилия со стороны органов образования и обеспечения занятости населения, жилищного сектора, а также четкую работу социальных служб и системы уголовного судопроизводства. При разработке политики в области охраны психического здоровья и организации работы соответствующих служб необходимо самым серьезным образом прислушиваться к мнению организаций потребителей услуг психиатрии и членов их семей.

Д-р Michelle Funk

Д-р Benedetto Saraceno

КОНТЕКСТ
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ

1. Введение

На долю психических расстройств приходится значительная часть бремени болезней во всех странах. Несмотря на то, что уже имеются действенные виды вмешательств, они недоступны для большинства людей, нуждающихся в них. Обеспечить их полноценную доступность можно путем внесения изменений в политику и законодательство, через создание новых служб, обеспечение адекватного финансирования и проведение подготовки соответствующих кадров.

Такое заявление, содержащееся в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, отражает серьезную необходимость обеспечить удовлетворение потребностей населения разных стран в сфере охраны психического здоровья. С помощью данного документа и Программы глобальных действий в области психического здоровья ВОЗ стремится к тому, чтобы вопросы психического здоровья перестали оставаться на периферии политических решений в области здравоохранения и предпринимаемых мер, заняв более приоритетные позиции в области охраны здоровья населения всех стран. Лица, разрабатывающие политику, и органы государственной власти начинают все глубже осознавать тяжесть бремени психических расстройств и необходимость принятия неотложных мер для его сокращения.

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья был разработан ВОЗ в качестве одного из компонентов Программы глобальных действий в области психического здоровья и в помощь лицам, формирующим политику, и специалистам по планированию системы предоставления услуг при разработке мер в области психического здоровья. Кроме того, Свод методических рекомендаций предназначен для специалистов государств-членов при использовании рекомендаций по политике, обозначенных в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год*. Настоящий модуль является первым в Своде методических рекомендаций. В нем описывается контекст, в рамках которого решаются вопросы в области психического здоровья, а также представлены цели и содержание Свода.

2. Бремя психических расстройств

2.1 Глобальное бремя психических расстройств

На долю психических расстройств приходится практически 12% глобального бремени болезней. К 2020 г. можно ожидать, что на их долю будут приходиться около 15% лет жизни, утраченных вследствие инвалидности (по расчетам с помощью индекса DALY). Установлено, что максимальное бремя психических расстройств приходится нести людям молодого возраста, наиболее продуктивной группе населения. В ближайшие десятилетия развивающиеся страны, скорее всего, столкнутся с непропорционально резким увеличением бремени психических расстройств. Люди, страдающие психическими заболеваниями, сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией во всех частях света.

2.2 Экономические и социальные издержки, связанные с психическими расстройствами

Общие издержки, связанные с психическими расстройствами, достаточно ощутимы для экономики. Например, в США ежегодные прямые издержки на лечение составляют примерно 148 млрд. долл. США, или 2,5% валового национального продукта. Косвенные издержки, связанные с психическими расстройствами, превышают прямые в 2–6 раз в странах с развитой рыночной экономикой и, скорее всего, составляют еще более существенную долю общих затрат на лечение в развивающихся странах, в которых прямые затраты на лечение невысоки. В большинстве стран значительная доля этих экономических издержек ложится на плечи семей вследствие отсутствия полноценной и финансируемой государством системы служб оказания помощи людям с психическими расстройствами. Кроме того, семьям приходится нести и социальные издержки, среди которых эмоциональная нагрузка, связанная с постоянной необходимостью оказания помощи члену семьи, имеющим ограниченные возможности, понижение качества жизни для лиц, осуществляющих уход, а также социальная изоляция, стигматизация и потеря будущих возможностей для самосовершенствования.

2.3 Уязвимые группы

Бремя психических расстройств не затрагивает различные группы общества в равной степени. Наиболее уязвимыми с точки зрения подверженности психическим расстройствам оказываются группы, находящиеся в неблагоприятной жизненной ситуации и наименее обеспеченные ресурсами.

2.4 Ресурсы и финансирование системы охраны психического здоровья

Повсеместно наблюдаются проблемы с недостаточным финансированием служб охраны психического здоровья, что особенно выражено в развивающихся странах. Примерно в 28% стран не выделен отдельный бюджет на решение проблем психического здоровья. Среди стран, имеющих отдельную строку на финансирование подобных служб, в 37% – на психическое здоровье выделяется менее 1% общего бюджета здравоохранения. Расходы на охрану психического здоровья составляют менее 1% общего бюджета здравоохранения в 62% развивающихся стран и 16% развитых. Таким образом, наблюдается значительный разрыв между бременем психических расстройств и ресурсами, выделяемыми на охрану психического здоровья.

3. Историческая перспектива

Чтобы лучше понять происхождение сегодняшнего бремени психических заболеваний, и тенденции в области лечения и оказания помощи, очень важно взглянуть на это с исторической точки зрения. Это позволит раскрыть причины неудач прошлых реформ и проиллюстрировать широкое разнообразие схем, по которым развивались службы в развитых и развивающихся странах.

Во многих обществах в основе подходов к лечению психических расстройств, применяемых в течение веков, лежали, в качестве доминирующих, толкования религиозного или духовного характера. Но в начале XVII века появилась волна мирских представлений о сумасшествии как о физическом состоянии. В период между 1600 и 1700 годами как в Европе, так и на территории сегодняшней Северной Америки все больше людей из бедных слоев, страдающих психическими расстройствами, помещались в государственные тюрьмы, работные дома, богадельни, обычные больницы и частные психиатрические лечебницы.

Ранние медицинские объяснения сумасшествия не способствовали развитию чувства сострадания или терпимости, но утверждали, что такое нарушение физического здоровья является виной самого человека, который за следование чрезмерно страстным желаниям получает справедливое воздаяние. В первой половине XVIII века доминирующий взгляд на людей с психическими отклонениями как на неизлечимых человекообразных существ оправдывал мало приемлемые для проживания условия и применение физических ограничений в местах содержания. Инициативы по проведению реформ в таких учреждениях совпали с подъемом гуманитарных идей в XVIII веке, и во многих учреждениях начали проводиться программы нравственного, гуманного отношения к пациентам.

Успех нравственного отношения к людям с психическими расстройствами привел к созданию множества психиатрических лечебниц в европейских странах и США. Но с 1950-х годов, в результате дискредитации лечебниц для душевнобольных на основании гуманитарных соображений, произошло развитие движения за оказание помощи по месту жительства, и начался процесс сокращения числа пациентов-хроников в государственных психиатрических больницах, сокращения коечного фонда и закрытия некоторых учреждений, вследствие чего были разработаны альтернативные подходы в форме оказания услуг по охране психического здоровья по месту жительства. Этот процесс обычно называют деинституционализацией.

Ряд стран в различных частях света явились свидетелями явного перехода от систем оказания помощи в условиях стационарных учреждений к обслуживанию по месту жительства. Деинституционализация не ограничивается только административными мерами, т. е. просто выпиской пациентов. Это комплексный процесс, в рамках которого перемещение основного объема помощи со стационарного сектора на места должно приводить к практическому созданию альтернативных схем за пределами психиатрических учреждений. К сожалению, во многих развитых странах деинституционализация не сопровождалась созданием соответствующих служб по месту жительства.

Во многих развивающихся странах службы психического здоровья западного типа начали появляться в конце XIX – начале XX веков с постройки психиатрических больниц, финансируемых либо правительством, либо колониальными властями. В целом системы психиатрических больниц в развивающихся странах охватывали своими услугами меньше населения, чем в развитых. В ряде развивающихся стран стало возможным расширить базовые психиатрические службы стационарного типа и создать новые психиатрические отделения в районных больницах общего типа или интегрировать базовый набор услуг в области психического здоровья в работу врачей общей практики путем проведения обучения по вопросам охраны психического здоровья для работников первичного звена системы здравоохранения. И все же в большинстве развивающихся стран психиатрические услуги достаточно дефицитны, охватывают небольшую долю населения, а службы сталкиваются с острой нехваткой квалифицированных кадров и надлежащих учреждений.

Имеются основания для оптимизма в ожидании того, что XXI век принесет с собой существенные улучшения в плане оказания помощи людям с психическими расстройствами. Достижения в сфере общественных наук позволили по-новому осознать социальные источники психических расстройств, таких как депрессия и тревожные состояния. Исследования в области развития человека проливают свет на проблемы, которые развиваются вследствие воздействия неблагоприятной среды в раннем детском возрасте, и на психические расстройства у взрослых. В клинической практике обеспечен доступ к более действенным психотропным препаратам для лечения целого ряда психических расстройств. Исследования продемонстрировали действенность психологических и психосоциальных вмешательств в плане ускорения восстановления и предупреждения рецидивов при наиболее распространенных психических расстройствах, таких как депрессия и тревожные расстройства, а также хронических состояниях, таких как шизофрения.

4. Последние достижения в области понимания и лечения людей с психическими расстройствами и оказания им помощи

За последние пять десятилетий произошли значительные изменения в нашем понимании психических расстройств. Это связано с сочетанием различных научных достижений в области лечения и более глубоким осознанием необходимости защитить права людей, страдающих психическими расстройствами, как в условиях специализированных учреждений, так и по месту жительства.

4.1 Взаимосвязь между физическими и психическими нарушениями

Взгляды на взаимосвязь между физическими и психическими нарушениями претерпели серьезные изменения. Это стало ключевым достижением. И теперь уже широко признается тот постулат, что эта взаимосвязь достаточно комплексна, идет в обоих направлениях и проходит через множество путей. Нелеченные психические расстройства приводят к неблагоприятным исходам коморбидных соматических заболеваний. Лица с психическими расстройствами подвержены повышенному риску соматических заболеваний вследствие пониженной иммунной защиты, небрежного отношения к своему здоровью, несоблюдения назначенных схем лечения и барьеров к получению необходимого лечения нарушений физического здоровья. Более того, люди с хроническими физическими нарушениями значительно более других людей подвержены развитию психических расстройств.

4.2 Действенные схемы лечения психических расстройств

Для лечения многих видов психических расстройств, включая депрессию, шизофрению и нарушения, связанные со злоупотреблением алкоголем и наркотическими веществами, имеются эффективные схемы терапии. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, представлены обоснованные данные по эффективности различных методов лечения психических расстройств.

5. Глобальные тенденции в сфере реформирования здравоохранения и их влияние на систему охраны психического здоровья

За последние 30 лет в секторе здравоохранения в целом и в сфере охраны психического здоровья в частности произошли серьезные реформы. Децентрализация и реформы финансирования здравоохранения являются двумя ключевыми изменениями, которые оказали воздействие на системы общественного здравоохранения. Эти вопросы очень важны для охраны психического здоровья, учитывая, что все лучше осознается потребность в адекватном финансировании служб охраны психического здоровья и ставится акцент на интеграцию служб охраны психического здоровья в системы общественного здравоохранения.

5.1 Децентрализация

Процесс децентрализации начался в промышленно развитых странах и распространился на развивающиеся страны, определяя новые формы организации систем здравоохранения. Движение в сторону децентрализации служб общественного здравоохранения с передачей полномочий на уровень местных органов власти быстро прижилось в развивающихся странах по целому ряду причин, включая изменения внутренней экономической и политической систем в ответ на давление процессов экономической глобализации, благодаря пониманию того, что службы, организованные с учетом местных потребностей, более полно удовлетворяют эти потребности, а также, в некоторых случаях, вследствие разрушения ранее действующих систем, вызванного гражданскими беспорядками и вынужденным переселением больших групп населения.

5.2 Реформы системы финансирования здравоохранения

Движущим фактором в проведении реформ системы финансирования здравоохранения стало, в значительной степени, желание улучшить доступность медицинской помощи, обеспечить реализацию принципа справедливости в предоставлении услуг здравоохранения и способствовать применению экономически эффективных технологий, с тем чтобы достичь наилучших результатов с точки зрения состояния здоровья населения. При этом реформы системы финансирования здравоохранения рассматривались государствами как метод контроля издержек, связанных с предоставлением медицинской помощи, и разделения бремени затрат между другими участниками процесса, включая, особенно, потребителей услуг. Реформы системы финансирования здравоохранения включали в себя изменения в схеме формирования бюджета на основе концепции его консолидации, а также реформирование системы покупки медицинских услуг.

Возможности, открывающиеся для системы охраны психического здоровья в результате реформирования сектора здравоохранения, включают в себя следующее:

- интеграцию служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения;
- повышение доли средств системы здравоохранения, выделяемых на психическое здоровье, в соответствии с бременем психических расстройств.

Среди **рисков** для системы охраны психического здоровья, связанных с реформированием сектора здравоохранения, можно обозначить следующие моменты:

- изоляция служб охраны психического здоровья;
- фрагментация и закрытие служб для людей, страдающих психическими расстройствами, вследствие децентрализации;
- повышение доли личных платежей граждан, что серьезно затрагивает интересы людей с психическими расстройствами, так как маловероятно, что у них будет достаточно средств для оплаты услуг;
- системы консолидации ресурсов, такие как схемы государственного и частного страхования, могут не охватывать предоставление лечения психических расстройств, что негативным образом отразится на здоровье людей с такими расстройствами.

6. Политические решения, действующие вне сектора здравоохранения, но влияющие на охрану психического здоровья

На состояние психического здоровья популяций и обществ в целом воздействует множество макросоциальных и макроэкономических факторов, находящихся за пределами сектора здравоохранения в традиционном понимании. Правительства могут оказывать и оказывают влияние на многие из этих факторов на политическом уровне. Направленность государственной политики, деятельности и программ может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на психическое здоровье населения. Правительства, лица, ответственные за формирование политики, и специалисты по планированию зачастую игнорируют или не осознают, какое воздействие производят изменения в социальной и экономической политике на психическое здоровье.

Потребности людей с психическими расстройствами выходят за традиционные рамки одного сектора. Например, уровень бедности является одним из наиболее мощных прогнозирующих параметров для психического здоровья. На состояние психического здоровья негативно воздействуют как относительная, так и абсолютная бедность. Многие мировые тенденции, например урбанизация населения, приводят к негативным последствиям для психического здоровья. Социально-экономические факторы тесно взаимосвязаны, и при изменениях в политике в рамках одного сектора появляется каскадный эффект, затрагивающий и другие сектора – в позитивном или негативном плане. Правительствам следует внедрить механизмы мониторинга воздействия изменений в экономической и социальной политике на состояние психического здоровья населения.

7. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья: цель и краткий обзор модулей

При сегодняшнем рассмотрении глобального контекста психического здоровья отмечается увеличивающееся бремя психических расстройств, неадекватность ресурсного и финансового обеспечения системы охраны психического здоровья, а также возможностей для исправления этой ситуации с помощью современных достижений в области лечения психических расстройств. Такие тенденции, как реформы сектора здравоохранения и макроэкономические и политические перемены, несут за собой серьезные последствия для психического здоровья.

В этой ситуации правительствам принадлежит главная роль в сохранении психического здоровья населения. Последние достижения, способствующие лучшему пониманию и лечению психических расстройств, означают, что цель улучшения состояния психического здоровья населения достижима при принятии правильных мер.

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья призван помочь странам организовать деятельность, направленную на решение существующих проблем в области психического здоровья. В Своде методических рекомендаций представлена практическая информация, которая поможет странам разработать необходимую политику, обеспечить планирование деятельности служб, финансировать эти службы, улучшить качество действующей системы оказания помощи, пропагандировать важность психического здоровья и выработать соответствующее законодательство.

Свод методических рекомендаций был разработан экспертами в области политики и оказания услуг в сфере психического здоровья в рамках консультаций с широкой группой лиц, формирующих политику, и специалистов в области планирования служб. Предварительное рассмотрение настоящего документа проводилось министерствами здравоохранения и неправительственными организациями, представляющими потребителей услуг, их семьи и специалистов в области психиатрии как на национальном, так и международном уровне.

Свод методических рекомендаций состоит из нескольких тематически связанных и удобных для пользователя модулей для решения широкого спектра задач и приоритетных проблем, возникающих при формировании политики и планировании услуг в области психического здоровья. Тематика каждого модуля представляет собой один из ключевых аспектов охраны психического здоровья.

Далее представлены краткие описания этих модулей.

7.1 Политика, планы и программы в области психического здоровья

Четкая политика в области психического здоровья служит важнейшим и мощным инструментом для структурного подразделения по охране психического здоровья в министерстве здравоохранения любой страны. Будучи сформулированной и проведенной в жизнь должным образом через соответствующие планы и программы, такая политика может оказывать существенное влияние на состояние психического здоровья населения. В этом модуле обозначены практические шаги, охватывающие следующие вопросы:

- Формирование политики.
- Разработка плана охраны психического здоровья.
- Разработка программы в области охраны психического здоровья.
- Вопросы реализации политики, планов и программ.

В модуле приведены практические примеры из разных стран, помогающие проиллюстрировать процесс формирования политики, разработки планов и программ.

7.2 Финансирование охраны психического здоровья

Финансирование является наиболее важным фактором создания эффективной системы охраны психического здоровья. Оно служит механизмом, позволяющим претворять политику и планы по охране психического здоровья в жизнь за счет выделения необходимых ресурсов. Этапы процесса финансирования охраны психического здоровья представлены в этом модуле следующим образом:

- Этап 1: Анализ ситуации в области финансирования здравоохранения.
- Этап 2: Инвентаризация системы охраны психического здоровья для анализа имеющихся ресурсов и их использования.

- Этап 3: Развитие ресурсной базы для охраны психического здоровья.
- Этап 4: Выделение средств на решение приоритетных задач планирования.
- Этап 5: Разработка бюджета для управления и отчетности.
- Этап 6: Финансирование как средство оптимизации результативности и эффективности работы служб охраны психического здоровья.
- Этап 7: Создание инфраструктуры финансирования служб охраны психического здоровья.
- Этап 8: Использование финансирования в качестве инструмента реорганизации существующей системы оказания услуг психиатрии.

В модуле приведены конкретные примеры из разных стран с целью проиллюстрировать процесс организации финансирования системы охраны психического здоровья.

7.3 Законодательство в области психического здоровья и права человека

Законодательство в области психического здоровья совершенно необходимо для защиты прав лиц с психическими расстройствами, являющихся одной из наименее защищенных групп населения. В этом модуле представлены подробные рекомендации по разработке законодательства в области психического здоровья.

В начале этого модуля представлено описание мероприятий по подготовке к разработке законодательства. Затем раскрывается содержание законодательных документов, включая резолютивные положения по конкретному законодательству в области психического здоровья и по другим законодательным документам, потенциально затрагивающим вопросы психического здоровья. Далее в этом модуле обозначены этапы процесса законотворчества в области психического здоровья, включая процедуры составления проектов законодательных актов, проведения консультаций, и вопросы применения законодательства.

7.4 Пропаганда актуальности охраны психического здоровья

Пропаганда актуальности охраны психического здоровья является сравнительно новым понятием, появление которого связано со стремлением бороться со стигматизацией и дискриминацией и расширять права лиц, страдающих психическими расстройствами. Пропаганда актуальности охраны психического здоровья заключается в реализации различных мероприятий, направленных на изменение основных структурных и психологических препятствий к обеспечению хорошего состояния психического здоровья населения. В этом модуле рассматриваются важные аспекты пропагандистской деятельности при разработке политики и организации системы услуг в области психического здоровья. Также в нем представлены роли различных групп, задействованных в сфере охраны психического здоровья, при проведении деятельности по пропаганде актуальности охраны психического здоровья. Затем в этом документе приводятся рекомендации по практическим шагам, которые будут полезны для министерств здравоохранения в их деятельности по пропаганде актуальности охраны психического здоровья.

7.5 Повышение качества охраны психического здоровья

Качество охраны психического здоровья позволяет определить, повышается ли вероятность достижения оптимального психического здоровья с помощью предоставляемых услуг и соответствуют ли последние требованиям научно обоснованного подхода в медицине. Вопрос качества занимает важное место во всех системах охраны психического здоровья, так как высокое качество гарантирует получение людьми, страдающими психическими расстройствами, необходимой помощи, облегчение симптомов заболеваний и улучшение качества жизни. В этом модуле представлены этапы практической реализации задачи повышения качества психиатрической помощи.

- Этап 1: Ориентация политики на повышение качества.
- Этап 2: Разработка документации по стандартам качества.
- Этап 3: Разработка аттестационных процедур.
- Этап 4: Проведение мониторинга работы служб охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества.
- Этап 5: Внедрение механизмов повышения качества в действующую систему управления и оказания услуг.
- Этап 6: Системное реформирование служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы.
- Этап 7: Оценка механизмов повышения качества.

7.6 Организация служб охраны психического здоровья

В задачи служб охраны психического здоровья входит осуществление действенных вмешательств. То, каким образом организованы эти службы, серьезно влияет на их действенность и выполнение целей и задач, обозначенных в государственной политике в области охраны психического здоровья. В этом модуле в самом начале представлено описание и анализ существующих форм организации служб охраны психического здоровья в разных странах мира. Анализируется сегодняшнее состояние организации служб и приводятся рекомендации по их организации на основе создания оптимальной комбинации разнообразных служб. Основные рекомендации заключаются в следующем:

- интегрировать службы психического здоровья в систему общего здравоохранения;
- создать и развить формальные и неформальные службы охраны психического здоровья по месту жительства;
- продвигать и осуществлять деинституционализацию.

7.7 Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья

Этот модуль представляет четкую и рациональную модель планирования для проведения анализа потребностей населения на местах в психиатрической помощи и формирования системы оказания услуг. Этапы планирования и бюджетирования представлены в виде непрерывного циклического процесса:

- Этап А: Анализ ситуации.
- Этап В: Оценка потребностей.
- Этап С: Постановка целей.
- Этап D: Достижение поставленных целей.

С помощью практических примеров этот модуль ставит целью предоставить странам набор методов планирования и бюджетирования, что поможет обеспечить оказание услуг в области психического здоровья на местах.

Цели и целевая аудитория

Данный модуль является вводной частью серии модулей, составляющих Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, разработанный в рамках Проекта ВОЗ по политике в области психического здоровья. В нем дается описание глобального контекста психического здоровья и предназначения Свода методических рекомендаций. Кроме того, приводится краткое содержание всех остальных модулей, чтобы дать пользователю представление об имеющихся материалах в каждом из них.

Настоящий модуль предназначен для лиц, формирующих политику, специалистов по планированию, поставщиков медицинских услуг, работников системы охраны психического здоровья, людей с психическими нарушениями и членов их семей, соответствующих организаций и всех прочих сторон, задействованных в охране психического здоровья. Этот материал позволит читателям лучше понять глобальный контекст психического здоровья и выбрать модули, которые будут наиболее полезны для них в конкретных ситуациях.

1. Введение

На долю психических расстройств приходится значительная часть бремени болезней во всех странах. Несмотря на то, что уже имеются действенные виды вмешательств, они недоступны для большинства людей, нуждающихся в них. Обеспечить их доступность можно путем внесения изменений в политику и законодательство, через создание новых служб, обеспечение адекватного финансирования и проведение подготовки соответствующих кадров.

Такое заявление, содержащееся в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, отражает серьезную необходимость обеспечить удовлетворение потребностей населения разных стран в сфере охраны психического здоровья (Всемирная организация здравоохранения, 2001b). Целью этого Доклада является повышение информированности среди населения и профессиональных работников о бремени психических расстройств и связанных с ними человеческих, социальных и экономических издержках. В заключительной части Доклада представлены 10 рекомендаций, которые могут быть использованы всеми странами в соответствии с их потребностями и уровнем ресурсного обеспечения (Рамка 1).

С помощью *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, и других инициатив ВОЗ стремится к тому, чтобы вопросы психического здоровья перестали оставаться на периферии политических решений в области здравоохранения и предпринимаемых мер, заняв более приоритетные позиции в области охраны здоровья населения всех стран. Лица, формирующие политику, и органы государственной власти начинают все глубже осознавать все бремя психических расстройств и необходимость принятия неотложных мер для его сокращения.

Рамка 1. Рекомендации, представленные в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.

- Проведение лечения на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи
- Обеспечение наличия психотропных лекарственных препаратов
- Предоставление помощи по месту жительства
- Проведение просветительской работы среди населения
- Вовлечение местного населения, семей и потребителей услуг
- Разработка национальной политики, программ и законодательной базы
- Подготовка кадров
- Формирование связей с другими секторами
- Мониторинг психического здоровья населения на местах
- Дальнейшая поддержка научно-исследовательской деятельности

В ходе Пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения министры здравоохранения различных стран приняли участие в заседаниях круглого стола, в ходе которых рассматривались различные проблемы, относящиеся к потребностям населения в сфере психического здоровья, с которыми им приходится сталкиваться в своей работе. Было признано, что ситуация с психическим здоровьем в этих странах в значительной мере определяется социально-экономической и политической обстановкой. Министры выразили готовность более широко рассматривать психическое здоровье «с точки зрения его развития и профилактики», а также применяя «более целенаправленный подход к психическим расстройствам». Также они подтвердили необходимость интегрировать психиатрическую службу в первичное звено оказания помощи, уменьшить обособленность вопросов психического здоровья в общей системе медицинского обслуживания, а также стигматизацию и социальную изоляцию людей с психическими расстройствами.

Придавая большое значение вышесказанному, Пятьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения призвала государства-члены:

- > поддержать резолюцию EB109.R8, в которой содержатся обязательства стран по укреплению психического здоровья своих граждан;
- > увеличить инвестиции в охрану психического здоровья как внутри стран, так и в рамках двустороннего и многостороннего сотрудничества, что является неотъемлемым компонентом состояния благополучия граждан;
- > утвердить и поддержать Программу глобальных действий ВОЗ в области психического здоровья.

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г., представлена серьезная аргументация необходимости обеспечить удовлетворение потребностей населения разных стран в сфере охраны психического здоровья.

ВОЗ стремится к тому, чтобы вопросы охраны психического здоровья переместились на более приоритетные позиции в сфере общественного здоровья населения всего мира.

Программа глобальных действий ВОЗ в области психического здоровья служит практической базой для *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, и заседаний круглого стола на уровне министров, предоставляя ясную и последовательную стратегию заполнения разрыва между тем, что насущно необходимо, и тем, что имеется на настоящий момент для сокращения бремени психических расстройств. Эта пятилетняя инициатива направлена на формирование и развитие стратегических партнерств, что позволит повысить потенциал стран в сфере комплексного решения проблем со стигматизацией и бременем психических расстройств.

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья был разработан ВОЗ в качестве одного из компонентов Программы глобальных действий в области психического здоровья. Этот комплект документов предназначен в помощь лицам, формирующим политику, и специалистам по планированию системы предоставления услуг при разработке мер в области психического здоровья. Кроме того, Свод методических рекомендаций предназначен для специалистов государств-членов при реализации рекомендаций по политике, обозначенных в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год*.

Настоящий модуль является первым в Своде методических рекомендаций. В нем описывается контекст, в рамках которого решаются вопросы в области психического здоровья, а также представлены цели и содержание Свода. В Рамке 2 перечислены уже разработанные модули, описание которых представлено в Разделе 6. Список разрабатываемых модулей приведен в Рамке 3.

Рамка 2. Разработанные модули Свода методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья

- Политика, планы и программы в области психического здоровья
- Законодательство в области психического здоровья и права человека
- Организация служб охраны психического здоровья
- Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья
- Финансирование охраны психического здоровья
- Пропаганда актуальности охраны психического здоровья
- Повышение качества охраны психического здоровья

Рамка 3. Модули Свода методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья, находящиеся в разработке

- Расширение доступности психотропных средств и улучшение практики их использования
- Информационные системы по психическому здоровью
- Людские ресурсы и подготовка кадров в области психического здоровья
- Научные исследования и оценка политики и системы оказания услуг в области психического здоровья
- Психическое здоровье детей и подростков
- Политика и программы охраны психического здоровья на рабочем месте

2. Бремя психических расстройств

Чтобы лучше понять контекст, в котором разрабатывается Свод методических рекомендаций, важно осознавать глобальное бремя психических расстройств на сегодняшний момент. В настоящем разделе рассматриваются имеющиеся данные о бремени психических расстройств, связанные с ними экономические и социальные издержки, а также ресурсы, имеющиеся для служб охраны психического здоровья.

2.1 Глобальное бремя психических расстройств

Сухими цифрами сложно в полной мере передать боль и страдания, вызываемые психическими расстройствами. В мире 121 миллион человек страдает депрессией, 70 миллионов – алкоголизмом, 24 миллиона – шизофренией, а 37 миллионов – деменцией. Но до последнего десятилетия другие приоритеты и отсутствие современных методов оценки бремени психических расстройств приводили к тому, что душевные страдания миллионов людей, их семей и лиц, осуществляющих уход, оставались незамеченными во всем мире.

Общественность начала лучше осознавать, насколько недооценивается имеющееся бремя психических расстройств, благодаря ряду важных достижений. Среди них – опубликование Доклада о мировом развитии: инвестиции в здоровье (Всемирный банк, 1993 г.) и разработка индекса DALY – годы жизни с поправкой на инвалидность, который позволил количественно оценить глобальное бремя болезней, включая количество лет, утраченных в результате инвалидности (Murray & Lopez, 1996, 2000). По расчетам за 2000 г., на долю психических и нервных расстройств приходится 12,3% лет жизни с поправкой на инвалидность, 31% лет жизни с инвалидностью, а также 6 из 20 ведущих причин инвалидизации в мире (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.).

В ближайшие десятилетия прогнозируется увеличение бремени психических расстройств. К 2020 г. можно ожидать, что на их долю будут приходиться 15 лет жизни, утраченных вследствие инвалидности. Депрессия станет второй наиболее распространенной причиной инвалидности во всем мире (Murray & Lopez, 1996). Развивающиеся страны с недостаточно развитой системой оказания психиатрической помощи вполне могут столкнуться с быстрым ростом бремени психических расстройств. Впечатляющие результаты деятельности в области снижения показателей младенческой смертности и борьбы с инфекционными заболеваниями, особенно, в развивающихся странах, способствуют тому, что в ближайшем будущем люди будут достигать возраста, когда повышается вероятность развития психических расстройств. Можно ожидать того, что продолжительность жизни людей с психическими расстройствами будет увеличиваться, а это, в свою очередь, скажется на повышении числа людей старшего возраста, страдающих от депрессии и слабоумия.

Среди других причин увеличения бремени психических расстройств – быстрая урбанизация населения, вооруженные конфликты, стихийные бедствия и разного рода катастрофы, а также изменения, происходящие на макроэкономическом уровне. Параллельно процессу урбанизации увеличивается число бездомных, растет нищета, концентрация населения, загрязняется окружающая среда, подрываются семейные устои и утрачивается социальная поддержка, и все это представляет собой факторы риска развития психических расстройств (Desjarlais et al., 1995). Все большее число людей во всем мире живут в условиях вооруженных конфликтов, общественных беспорядков и стихийных бедствий, что приводит к вынужденному переселению, росту числа бездомных и бедности. У людей, сталкивающихся с насилием, вероятность развития психических нарушений, таких как посттравматическое стрессовое расстройство и депрессии, возрастает, что может приводить к злоупотреблению психоактивными веществами и алкоголем, а также к повышенному уровню суицидов (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.).

На долю психических и нервных расстройств в 2000 г. приходилось 12% лет жизни, утраченных вследствие инвалидности в результате заболеваний или травм.

К 2020 г. можно ожидать, что бремя психических расстройств увеличится до 15% лет жизни, утраченных вследствие инвалидности.

Среди причин увеличения бремени психических расстройств – быстрая урбанизация населения, вооруженные конфликты, стихийные бедствия и изменения, происходящие на макроэкономическом уровне.

Ускорение экономического развития для многих развивающихся стран имело множество последствий. Реструктуризация экономики привела к изменениям в политике занятости и внезапному и массовому росту безработицы, что является одним из значимых факторов риска развития психических расстройств, в частности депрессии и суицидального поведения (Platt, 1984; Gunnell et al., 1999; Preti and Miotto, 1999; Krosowa, 2001). Такая ситуация ярко демонстрирует, каким образом изменения в одном секторе (экономическая политика) создает непредвиденные проблемы в другом, т. е. в секторе охраны здоровья. Ряд авторов представили сценарий усугубления психического нездоровья, связанного с урбанизацией, в частности рассматривая ситуацию в развивающихся странах (Harpham & Blue, 1995).

Кроме очевидного страдания, вызываемого самими психическими расстройствами, существует и скрытое бремя стигматизации и дискриминации. Стигматизация людей с психическими расстройствами наблюдалась в течение всей истории в странах как с низкими, так и с высокими доходами. Это проявляется как предубежденное отношение, через стереотипы, боязнь, неприятие, раздражение, отторжение или избегание всяческого контакта с людьми с психическими расстройствами. Люди, страдающие психическими расстройствами, сталкиваются с множественными нарушениями прав человека и ограничением их свобод, а также с отказом в реализации своих гражданских, политических, экономических и социальных прав, что наблюдается как в учреждениях, так и на уровне сообществ. Для многих людей с психическими расстройствами физическое, сексуальное и психологическое насилие по отношению к ним является повседневным явлением. Эти люди сталкиваются с отторжением, несправедливыми отказами при поиске работы, дискриминацией при попытках обращения в различные службы, при получении медицинской страховки и жилья. Многие из этих событий не предаются огласке, и поэтому точное бремя психических расстройств остается неустановленным.

Существует скрытое бремя, связанное со стигматизацией и дискриминацией.

Основные положения: Глобальное бремя психических расстройств

- На долю психических расстройств приходится почти 12% глобального бремени болезней.
- Ожидается, что к 2020 г. на долю психических расстройств будет приходиться до 15% лет жизни с поправкой на инвалидность, утраченных вследствие заболевания.
- Максимальное бремя психических расстройств приходится нести людям молодого возраста, наиболее продуктивной группе населения.
- В ближайшие десятилетия развивающиеся страны, скорее всего, столкнутся с непропорционально широким увеличением бремени психических расстройств.
- Люди, страдающие психическими заболеваниями, сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией во всех частях света.

2.2 Экономические и социальные издержки, связанные с психическими расстройствами

Экономические и социальные издержки, связанные с психическими расстройствами, падают на плечи общества в целом, правительства, самих пациентов, членов их семей и лиц, обеспечивающих уход. Наиболее очевидным экономическим бременем будут прямые затраты на лечение. Многие психические расстройства имеют хроническое течение или рецидивирующий характер. А это требует длительного лечения и ухода или регулярно повторяющихся курсов терапии, что накладывает на экономику существенное постоянное бремя расходов.

В странах с развитой экономикой накоплены достаточно объективные данные об общих затратах непосредственно на лечение психических расстройств. Например, в США ежегодные прямые издержки на лечение составляют примерно 148 млрд. долл. США, или 2,5% валового национального продукта (Rice et al., 1990). Прямые издержки на лечение депрессивных состояний в США составляют примерно 12 млрд. долл. США (Greenberg et al., 1993). В Великобритании прямые издержки на лечение достигают 417 фунтов стерлингов (Kind and Sorensen, 1993). В развивающихся странах получить данные сопоставимых расчетов прямых затрат на лечение сложнее, но, вероятнее всего, эти издержки достаточно существенны. На основе данных по распространенности психических расстройств и стоимости лечения было установлено, что прямые издержки на лечение наиболее часто встречающихся психических расстройств в г. Сантьяго в Чили (население 3,2 миллиона) достигают 74 млн. долл. США, или практически половины национального бюджета на охрану психического здоровья (Araya et al., 2001).

Прямые затраты на лечение шизофрении находятся в диапазоне от 16 млрд. долл. США (для Соединенных Штатов) (Rice & Miller 1996) до 1,4 млрд. фунтов стерлингов в Великобритании (Кнарр, 1997) и 1,1 млрд. канадских долл. в Канаде (Goeree et al., 1999).

Косвенные издержки в основном связаны с потерей места работы и пониженной производительностью труда среди людей, страдающих психическими расстройствами, членов их семей и лиц, обеспечивающих уход. В отличие от ситуации с другими заболеваниями, косвенные затраты, связанные с психическими расстройствами, превышают прямые издержки на лечение. Например, в США косвенные издержки, связанные с невыходом на работу и потерянной производительностью вследствие депрессии, достигают примерно 31 млрд. долл. США, что практически в три раза превышает прямые затраты на лечение (Greenberg et al., 1993). В Великобритании косвенные издержки находятся на уровне 2,97 млрд. фунтов стерлингов (Kind and Sorensen, 1993), примерно в шесть раз превышая прямые затраты на лечение. Косвенные издержки на лечение шизофрении в США достигают приблизительно 17,1 млрд. долл. США, немногим превышая прямые затраты на лечение (Rice & Miller 1996); в Великобритании соответствующий показатель находится на уровне 1,2 млрд. фунтов стерлингов (Кнарр et al., 1997), т. е. на уровне, сопоставимом с прямыми расходами на лечение этого состояния. В развивающихся странах, где прямые издержки на лечение обычно ниже по сравнению с развитыми странами, в основном, вследствие непредоставления лечения, косвенные издержки, связанные с увеличенной продолжительностью нелеченного заболевания и инвалидностью могут составлять еще более высокую долю общего экономического бремени психических расстройств (Chisholm et al., 2000).

Обычно значительная доля этих экономических издержек ложится на плечи семей и лиц, обеспечивающих уход, за исключением того малого числа стран с хорошо действующей системой рыночной экономики, где имеются полноценные и хорошо финансируемые государством системы психиатрической помощи и социального обеспечения. Но и в тех странах, где основное экономическое бремя ложится на плечи семей, в итоге государству и обществу приходится платить высокую цену с точки зрения потери части национального дохода и возросших расходов на программы социального обеспечения. Как было упомянуто выше, косвенные издержки, например те, которые связаны с потерей производительности, перевешивают прямые затраты на лечение. Таким образом, экономическая логика для обществ и стран проста и очевидна: лечение психических расстройств требует больших расходов, но если эти состояния остаются нелеченными, можно ожидать намного более высоких издержек, а такой роскоши большинство стран себе позволить не могут.

Социальные издержки связаны с низким качеством жизни для людей, страдающих психическими расстройствами, их семей и лиц, обеспечивающих уход; с отчужденностью и преступностью среди молодежи, чьи проблемы с психическим здоровьем в детстве не были адекватно решены; а также с недостаточным интеллектуальным развитием детей, чьи родители страдают психическими расстройствами.

Экономические и социальные издержки, связанные с психическими расстройствами, приходится нести многим сторонам.

Наиболее очевидным экономическим бременем будут прямые затраты на лечение.

Косвенные расходы, связанные с лечением, очень существенны и превышают прямые издержки на лечение.

Обычно связанное с психическими расстройствами бремя ложится на плечи семей и лиц, осуществляющих уход.

Лечение психических расстройств требует больших расходов, но если эти состояния остаются нелеченными, можно ожидать намного более высоких издержек, а такой роскоши большинство стран себе позволить не могут.

Социальные издержки, связанные с психическими расстройствами, также значительны.

Основные положения: Экономическое и социальное бремя психических расстройств

- Общие издержки, связанные с психическими расстройствами, достаточно ощутимы для экономики. Например, в США ежегодные прямые издержки на лечение составляют примерно 148 млрд. долл. США, или 2,5% валового национального дохода (Rice et al., 1990).
- Косвенные издержки, связанные с психическими расстройствами, превышают прямые в 2–6 раз в странах с развитой рыночной экономикой.
- Косвенные издержки, скорее всего, составляют еще более существенную долю общих затрат на лечение в развивающихся странах, в которых прямые затраты на лечение невысоки.
- В большинстве стран значительная доля этих экономических издержек ложится на плечи семей вследствие отсутствия полноценной и финансируемой государством системы служб оказания помощи людям с психическими расстройствами.
- Издержки, связанные с непредоставлением необходимой помощи при психических расстройствах, перевешивают затраты на их лечение.
- Семьям приходится нести и социальные издержки, среди которых эмоциональная нагрузка вследствие постоянной необходимости оказания помощи членам семьи, имеющим ограниченные возможности, понижение качества жизни для лиц, осуществляющих уход, а также социальная изоляция, стигматизация и потеря будущих возможностей для самосовершенствования.

2.3 Уязвимые группы

Бремя психических расстройств не затрагивает различные группы общества в равной степени. Наиболее уязвимыми с точки зрения подверженности психическим расстройствам оказываются группы лиц, находящиеся в неблагоприятной жизненной ситуации и наименее обеспеченные ресурсами. К таким группам относятся женщины, особенно подвергающиеся жестокому обращению; люди, живущие в условиях нищеты, например в трущобах; люди, травмированные в ходе вооруженных конфликтов и военных действий; мигранты, особенно беженцы и перемещенные лица; дети и подростки из неблагополучных семей; а также коренное население во многих странах по всему свету. Члены этих групп сталкиваются с повышенным риском развития психических расстройств. Более того, достаточно распространена ситуация, когда на одного и того же человека действуют различные факторы, усиливающие его уязвимость.

Одни и те же проблемы могут затрагивать различные социально незащищенные группы. Среди членов этих групп более высока вероятность безработицы по сравнению с другими людьми, они более подвержены стигматизации, а также страдают от нарушений прав человека. Кроме того, им приходится сталкиваться с серьезными проблемами с доступностью – финансовой и физической – надлежащего качества лечения своих психических расстройств. Привычные негативные стереотипы и предвзятое отношение, часто встречающиеся среди медицинских работников по отношению к этим людям, еще более снижают вероятность того, что к нуждам пациентов отнесутся с должным вниманием. (Cole et al., 1995; Shi, 1999).

Уязвимые группы сталкиваются с непропорционально высоким бременем психических расстройств.

2.4 Ресурсы и финансирование системы охраны психического здоровья

Повсеместно наблюдаются проблемы с недостаточным финансированием служб охраны психического здоровья, что особенно заметно в развивающихся странах. Примерно в 28% стран не выделен отдельный бюджет на решение проблем психического здоровья. Среди стран, имеющих отдельную строку на финансирование подобных служб, в 37% на психическое здоровье выделяется менее 1% общей суммы средств, направляемых на здравоохранение. Расходы на охрану психического здоровья составляют менее 1% общего бюджета здравоохранения в 62% развивающихся стран и 16% развитых. (Всемирная организация здравоохранения, 2001а).

Таким образом, наблюдается значительный разрыв между бременем психических расстройств и ресурсами, направляемыми на услуги в области психического здоровья. На сегодняшний день уже имеются действенные виды вмешательств для лечения психических расстройств, и существует потенциал для успешного ведения подобных нарушений (см. ниже; модуль «Организация служб охраны психического здоровья» и Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.). Несмотря на эти данные научных исследований, только незначительное число людей, нуждающихся в помощи и лечении, получают такую поддержку от психиатрически служб.

Именно поэтому необходимо, чтобы в стратегических документах и планах, разрабатываемых в области здравоохранения, были учтены и вопросы, связанные с психическими расстройствами. В частности, необходимо обеспечить направление ресурсов и финансовых средств для служб охраны психического здоровья в объемах, сопоставимых с обеспечением служб, занимающихся лечением физических нарушений, учитывая бремя, связанное с психическими расстройствами.

Кроме того, требуется обеспечить справедливое и беспристрастное распределение ресурсов и в самом секторе охраны психического здоровья. Например, в 25% стран отсутствует доступ к основным препаратам, применяемым в психиатрии, на уровне первичной медико-санитарной помощи, а в 37% стран нет учреждений психиатрического профиля по месту жительства (Всемирная организация здравоохранения, 2001а). Даже внутри стран наблюдается неравномерное распределение учреждений и специалистов между селом и городом. (См. модуль «Организация служб охраны психического здоровья».) Приблизительно для 70% населения всего мира обеспеченность психиатрами составляет менее одного врача на 100 000 человек. Во многих странах потребности уязвимых групп, таких как женщины, коренные этнические меньшинства и жертвы жестокого обращения/травматизации, абсолютно не учитываются.

В большинстве стран психиатрические службы не получают должного финансирования.

Несмотря на наличие доказательств действенности вмешательств при психических расстройствах, финансирование служб охраны психического здоровья не является адекватным.

Необходимо обеспечить равноценное распределение ресурсов и финансовых средств между службами охраны психического здоровья и службами, обеспечивающими лечение физических нарушений.

3. Историческая перспектива

Чтобы лучше понять происхождение сегодняшнего бремени психических заболеваний, и тенденции в области лечения и оказания помощи, очень важно взглянуть на это с исторической точки зрения. Это позволит раскрыть причины неудач прошлых реформ и проиллюстрировать широкое разнообразие схем, по которым развивались службы в развитых и развивающихся странах.

Во многих обществах в основе подходов к лечению психических расстройств, применяемых в течение веков, лежали, в качестве доминирующих, толкования религиозного или духовного характера. В Средние века жители европейских стран считали, что в основе проблем психического порядка лежат сверхъестественные причины, связанные с вселением в человека демонических или божественных сущностей. Но в начале XVII века появилась волна мирских представлений о сумасшествии как о физическом состоянии. В период между 1600 и 1700 годами как в Европе, так и на территории сегодняшней Северной Америки все больше людей из бедных слоев, страдающих психическими расстройствами, помещались в государственные тюрьмы, работные дома, богадельни, обычные больницы и частные психиатрические лечебницы (Busfield, 1996; Jones, 1996; Goodwin, 1997).

Ранние медицинские объяснения сумасшествия не способствовали развитию чувства сострадания или терпимости, но утверждали, что такое нарушение физического здоровья является виной самого человека, который за следование чрезмерно страстным желанием получает справедливое воздаяние. В первой половине XVIII века доминирующий взгляд на людей с психическими отклонениями как на неизлечимых человекообразных существ оправдывал мало приемлемые для проживания условия и применение физических ограничений в местах содержания (Jones, 1996). Инициативы по проведению реформ в таких учреждениях совпали с подъемом гуманитарных идей в XVIII века, и во многих учреждениях начали проводиться программы нравственного, гуманного отношения к пациентам (Breakey, 1996a).

Успех нравственного отношения к людям с психическими расстройствами привел к созданию множества психиатрических лечебниц в европейских странах и США. При этом большинство крупных государственных учреждений не смогли внедрить успешный опыт первых борцов за нравственное отношение к пациентам. Финансовые ограничения, большая численность пациентов и отсутствие экономически действенных альтернатив нравственным формам оказания помощи привели к быстрому преобразованию этих государственных психиатрических лечебниц в учреждения закрытого типа.

В XX веке начали происходить перемены – на место строго надзора и содержания в закрытых учреждениях пришло понимание необходимости оказания помощи и лечения, и получил развитие более гуманный подход к людям с психическими расстройствами. После Второй мировой войны расширилось правозащитное движение, что позволило направить внимание на грубые нарушения основных прав человека, включая нарушения в отношении людей с психическими расстройствами. Исследования показали, что содержание в психиатрических лечебницах закрытого типа дает минимальный терапевтический эффект, а в ряде случаев даже приводит к усугублению и обострению психических нарушений. На международном уровне стало развиваться все большее осознание плохих условий содержания и неадекватности лечения и помощи, оказываемых во многих психиатрических стационарах, а также обязанности государств обеспечить защиту людей, страдающих психическими расстройствами. В результате дискредитации лечебниц для душевнобольных на основании гуманитарных соображений, произошло развитие движения за оказание помощи по месту жительства и начался процесс сокращения числа пациентов-хроников в государственных психиатрических больницах, сокращения коечного фонда и закрытия некоторых учреждений, вследствие чего были разработаны альтернативные подходы в форме оказания услуг по охране психического здоровья по месту жительства. Этот процесс обычно называют деинституционализацией.

Ряд стран в различных частях света явились свидетелями явного перехода от системы оказания помощи в условиях стационарных учреждений к обслуживанию по месту жительства, что привело к значительному сокращению коечного фонда психиатрических больниц и, в ряде случаев, к полному их закрытию. Хорошей иллюстрацией этих тенденций явилось проведение в Италии реформы системы оказания психиатрической помощи в 1978 году. В результате этой реформы были закрыты все психиатрические лечебницы в г. Триесте, и их заменили службы охраны психического здоровья по месту жительства, предоставляющие медицинскую помощь, проводящие психосоциальную реабилитацию и

В течение многих веков поведение и опыт людей с психическими расстройствами объяснялись с религиозной точки зрения.

В Европе XVII века люди, страдающие психическими расстройствами, помещались в закрытые учреждения.

Развитие программ нравственного отношения к людям с психическими расстройствами привело к активному созданию психиатрических больниц.

Деинституционализация способствовало развитию правозащитных движений.

В ряде стран наблюдался активный переход от систем оказания помощи в условиях стационарных учреждений к службам охраны психического здоровья по месту жительства.

лечение острых состояний. Были реализованы схемы льготного обеспечения жильем и занятостью, что дало больше возможностей людям с психическими расстройствами для интеграции в жизнь здорового населения. Среди других городов мира, где были созданы полноценные службы по оказанию психиатрической помощи по месту жительства, можно отметить Мельбурн в Австралии, Сантос и Рио Гранде до Сул в Бразилии, Лилль во Франции, Шяуляй в Литве, Астурию и Мадрид в Испании, а также Лондон и Бирмингем в Великобритании.

Деинституционализация не ограничивается только административными мерами, т. е. просто выпиской пациентов. Это комплексный процесс, в рамках которого перемещение основного объема помощи со стационарного сектора на места, должен приводить к практическому созданию альтернативных схем за пределами психиатрических учреждений. К сожалению, во многих развитых странах деинституционализация не сопровождалась созданием соответствующих служб по месту жительства пациентов (Thornicroft & Tansella, 1999). Нередко ошибочно полагалось, что альтернативные формы лечения на местах будут более экономически эффективными по сравнению с дорогостоящим содержанием пациентов с хроническими психическими расстройствами в условиях стационаров закрытого типа, что они позволят государствам разделить затраты на лечение между другими игроками (Breakey, 1996b,c; Sharfstein, 1996; Goodwin, 1997).

Но постепенно становилось очевидным, что если деинституционализация не сопровождается адекватным финансированием и направлением соответствующих кадровых ресурсов для создания альтернативных схем оказания помощи на местах, то люди с психическими расстройствами могут не иметь доступа к полному спектру психиатрических услуг, а действующие службы будут чрезмерно перегружены. Последние данные, поступающие из Великобритании и США, указывают на то, что система предоставления услуг не имеет четкой организации вследствие бюджетных ограничений и неясности, царящей среди ключевых игроков, по поводу того, кто должен брать на себя ответственность за финансирование и предоставление услуг в области охраны психического здоровья по месту жительства пациентов (Sharfstein, 1996; Freeman, 1996; Redmond, 1998).

Во многих развивающихся странах службы психического здоровья западного типа начали появляться в конце XIX – начале XX веков с постройки психиатрических больниц, финансируемых либо правительством, либо колониальными властями. В целом системы психиатрических больниц в развивающихся странах охватывали своими услугами меньше населения, чем в развитых. В ряде развивающихся стран стало возможным расширить базовые психиатрические службы стационарного типа и создать новые психиатрические отделения в районных больницах общего типа (Kilonzo & Simmons, 1998; Alem et al., 1999; Somasundaram et al., 1999; Sidandi et al., 1999) или интегрировать базовый набор услуг в области психического здоровья в работу врачей общей практики путем проведения обучения по вопросам охраны психического здоровья для работников первичного звена системы здравоохранения (Kilonzo & Simmons, 1998; Somasundaram et al., 1999). И все же в большинстве развивающихся стран психиатрические услуги достаточно дефицитны, охватывают небольшую долю населения, а службы сталкиваются с острой нехваткой квалифицированных кадров и надлежащих учреждений.

Имеются основания для оптимизма в ожидании того, что XXI век принесет с собой существенные улучшения в плане оказания помощи людям с психическими расстройствами. Достижения в сфере общественных наук позволили по-новому осознать социальные источники психических расстройств, таких как депрессия и тревожные состояния. Исследования в области развития человека проливают свет на проблемы, которые развиваются вследствие воздействия неблагоприятной среды в раннем детском возрасте, и на психические расстройства у взрослых (Brown & Harris, 1993; Kessler et al., 1997; Maughan & McCarthy, 1997). В клинической практике обеспечен доступ к более действенным психотропным препаратам для лечения целого ряда психических расстройств. Исследования продемонстрировали действенность психологических и психосоциальных вмешательств в плане ускорения восстановления и предупреждения рецидивов при наиболее распространенных психических расстройствах, таких как депрессия и тревожные расстройства, а также хронических состояниях, таких как шизофрения.

Во многих развитых странах деинституционализация не сопровождалась созданием соответствующих служб и услуг по месту жительства пациентов.

Несмотря на то, что во многих развивающихся странах во времена колониализма появились психиатрические больницы, они охватывали своими услугами меньше населения, чем в развитых странах.

Последние достижения в области развития человека дают возможность существенно улучшить качество помощи, оказываемой людям с психическими расстройствами.

Основные положения: Историческая перспектива

- Во многих развитых странах деинституционализация не всегда сопровождалась созданием соответствующих альтернативных служб и услуг на местах.
- Как правило, в большинстве развивающихся стран психиатрические услуги достаточно дефицитны, охватывают небольшую долю населения, а службы сталкиваются с острой нехваткой финансовых и кадровых ресурсов.
- Одна из ключевых задач для развивающихся стран заключается в расширении охвата услугами в области психического здоровья значительной доли населения, чему будет способствовать интеграция подобных услуг в учреждения первичного и вторичного звена системы здравоохранения.
- Для лечения целого спектра психических расстройств в настоящее время имеются высокоэффективные психотропные препараты и вмешательства психосоциального характера.
- Исследования продемонстрировали действенность психологических и психосоциальных вмешательств при многих психических расстройствах.

4. Последние достижения в области понимания и лечения людей с психическими расстройствами и оказания им помощи

За последние пять десятилетий произошли значительные изменения в нашем понимании психических расстройств. Это связано с сочетанием различных научных достижений в области лечения и более глубоким осознанием необходимости защитить права людей, страдающих психическими расстройствами, как в условиях специализированных учреждений, так и по месту жительства.

4.1 Взаимосвязь между физическими и психическими нарушениями

Теперь уже широко признается тот факт, что взаимосвязь между физическими и психическими нарушениями достаточно комплексна, идет в обоих направлениях и проходит через множество путей. Это стало главным открытием.

Психические расстройства приводят к коморбидной соматической патологии, что можно проиллюстрировать значительным сокращением ожидаемой продолжительности жизни людей, страдающих шизофренией. Люди с психическими расстройствами, по сравнению с другими людьми, меньше обращают внимание на соматические симптомы. Вследствие этого они позже обращаются за медицинской помощью при таких коморбидных состояниях, как, например, диабет и артериальная гипертензия. Эти люди сталкиваются с серьезными барьерами при обращении за лечением своих физических нарушений, что связано со стигматизацией и дискриминацией. Психические расстройства также повышают вероятность несоблюдения назначенных схем лечения при соматических нарушениях, что приводит к неблагоприятным исходам течения болезни. Люди с психическими нарушениями более уязвимы, с биологической точки зрения, к соматической патологии. Например, депрессия связана с нарушениями функций иммунной системы, что в свою очередь повышает риск развития других физических нарушений (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*).

Но наблюдается и обратная взаимосвязь: люди, страдающие хроническими соматическими заболеваниями, более подвержены риску развития психических нарушений, таких как депрессия. Среди людей с нарушенным физическим здоровьем показатели суицидов выше по сравнению с другими людьми; особенно это заметно среди людей пожилого возраста. Повышенная уязвимость часто связывается с социальными последствиями инвалидности по соматическим заболеваниям. Ограничения, накладываемые соматической патологией, снижают вероятность получения адекватной работы, сокращают качество и количество социальных связей и ставят под угрозу возможность семейной жизни. Лекарства, применяемые для лечения многих соматических нарушений, оказывают непосредственное негативное воздействие на психологию человека и косвенно влияют на состояние психического здоровья вследствие соматических побочных эффектов. Среди подобных неблагоприятных эффектов, с которыми сталкиваются люди, уже являющиеся уязвимыми, могут быть депрессия, тревожные состояния и другие психические расстройства.

Психические нарушения также влияют на течение и исход сопутствующих хронических заболеваний, таких как рак (Spiegel et al., 1989), сердечно-сосудистая патология (Ziegelstein et al., 2000), диабет (Ciechanowski et al., 2000) и ВИЧ/СПИД (Reed et al., 1994). Многочисленные исследования демонстрируют, что пациенты с нелеченными психическими расстройствами подвергаются более высокому риску, связанному с пониженной иммунной защитой, небрежным отношением к своему здоровью, несоблюдением назначенных схем лечения и неблагоприятными исходами болезней. Например, исследования показали, что пациенты, страдающие депрессией, в три раза чаще не соблюдают назначенные схемы лечения по сравнению с другими пациентами (DiMatteo et al., 2000), а также то, что уровни депрессии в обществе позволяют прогнозировать частоту развития сердечно-сосудистых заболеваний (Ferketich et al., 2000). (См. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, где представлена более подробная информация по этому вопросу.)

За последние пять десятилетий произошли значительные изменения в нашем понимании психических расстройств.

Существует взаимосвязь между психическими расстройствами и неблагоприятным исходом соматических расстройств.

Психические расстройства приводят к неблагоприятным исходам коморбидной соматической патологии.

Соматические нарушения повышают риск развития психических расстройств.

Основные положения: Взаимосвязь между физическими и психическими нарушениями

- Существует комплексная двусторонняя взаимосвязь между психическими и физическими нарушениями.
- Нелеченные психические расстройства могут приводить к неблагоприятным исходам сопутствующих болезней физического тела.
- Лица с психическими расстройствами подвержены повышенному риску соматических расстройств вследствие снижения иммунитета, небрежного отношения к своему здоровью, несоблюдения назначенных схем лечения и барьеров к получению необходимого лечения нарушений физического здоровья.
- Люди с хроническими соматическими нарушениями значительно более других людей подвержены развитию психических расстройств.

4.2 Действенные схемы лечения психических расстройств

Уже разработаны действенные схемы лечения многих психических расстройств. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*, представлены обоснованные данные по эффективности различных методов лечения этих расстройств. Обзор некоторых из этих схем представлен в данном документе.

Эффективное лечение депрессий различной степени тяжести проводится с помощью антидепрессантов. Психотерапия в случае легкой и средней тяжести депрессии является настолько же действенным методом, что и применение антидепрессантов. Такое лечение может проводиться и на уровне первичной медико-санитарной помощи при условии использования сочетания лекарственной и психотерапии (Sriram et al., 1990; Mynors-Wallis, 1996; Schulberg et al., 1996; Ward et al., 2000; Bower et al., 2000).

Применение антипсихотических препаратов при лечении шизофрении позволяет уменьшить симптоматику этой патологии и предотвратить рецидивы. Психосоциальная реабилитация и семейная терапия в сочетании с приемом препаратов приводит к снижению частоты рецидивов с 50% до 10% (Leff & Gamble, 1995; Dixon et al., 2000).

При лечении проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, было установлено, что краткосрочные меры, направленные на людей, злоупотребляющих алкоголем, снижают потребление алкоголя на 30%, а частота запойных периодов сокращается на период 6–12 месяцев и более. Также была доказана экономическая эффективность подобных вмешательств (Gomel et al., 1995; Wutzke et al., 2001). При лечении тяжелой алкогольной зависимости свою действенность доказали как стационарные, так и амбулаторные подходы к лечению; при этом амбулаторное лечение значительно менее затратное. Была доказана равная эффективность и ряда психологических вмешательств, включая когнитивно-поведенческую терапию, мотивационное интервьюирование и методику «12-ти шагов», которые реализуют соответствующие специалисты (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*).

Лечение зависимости от наркотических средств позволяет экономически эффективным путем сократить потребление наркотиков на 40–60% и уменьшить связанные с наркозависимостью негативные последствия для здоровья и социальной жизни, например преступную деятельность и риск ВИЧ-инфицирования (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.*).

Более детальный обзор доказательств эффективности различных методов лечения психических расстройств читатель может получить в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год*.

Для лечения многих видов психических расстройств, включая депрессию, шизофрению и нарушения, связанные со злоупотреблением алкоголем и наркотическими веществами, имеются эффективные схемы терапии.

Основные положения: Действенные схемы лечения психических расстройств

- Для лечения многих видов психических расстройств имеются эффективные виды терапии.
- Успешного лечения депрессий можно добиться с помощью антидепрессантов и психологических вмешательств.
- Психосоциальная реабилитация и семейная терапия в сочетании с лекарственной терапией позволяет снизить частоту рецидивов шизофрении с 50% до 10%.
- Краткосрочные вмешательства в отношении лиц, злоупотребляющих алкоголем, приводят к уменьшению потребления алкоголя на 30%.
- Экономически эффективное лечение зависимости от наркотических веществ позволяет снизить потребление наркотиков на 40–60%.

5. Глобальные тенденции в сфере реформирования здравоохранения и их влияние на систему охраны психического здоровья

За последние 30 лет в секторе здравоохранения в целом и в сфере охраны психического здоровья в частности произошли серьезные реформы. Децентрализация и реформы финансирования здравоохранения являются двумя главными изменениями, которые оказали воздействие на общественное здравоохранение. Эти вопросы очень важны для охраны психического здоровья, учитывая, что все лучше осознается потребность в адекватном финансировании служб охраны психического здоровья и ставится акцент на интеграцию служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения.

5.1 Децентрализация

Децентрализация заключается в передаче ответственности за предоставление услуг в сфере охраны здоровья с центрального уровня на уровень местных органов власти (Cassels, 1995). До того как началась реализация этого процесса, системы здравоохранения в основном были представлены государственными структурами, управление которыми велось напрямую со стороны министерств здравоохранения центрального уровня. Соответственно, центральные органы власти несли ответственность за финансирование, реализацию политики, нормативных актов и функционирование служб на третичном, вторичном и первичном уровнях системы здравоохранения.

Процесс децентрализации начался в промышленно развитых странах и распространился на развивающиеся страны, определяя новые формы организации систем здравоохранения. Движение в сторону децентрализации служб общественного здравоохранения с передачей полномочий на уровень местных органов власти быстро прижилось в развивающихся странах по целому ряду причин, включая изменения во внутренней экономической и политической системах в ответ на давление процессов экономической глобализации, благодаря пониманию того, что службы, организованные с учетом местных потребностей, более полно удовлетворяют эти потребности, а также, в некоторых случаях, вследствие разрушения ранее действующих систем, вызванного гражданскими беспорядками и вынужденным переселением больших групп населения.

5.2 Реформы системы финансирования здравоохранения

Движущим фактором в проведении реформ системы финансирования здравоохранения стало, в значительной степени, желание улучшить доступность медицинской помощи, обеспечить реализацию принципа справедливости в предоставлении услуг здравоохранения и способствовать применению экономически результативных технологий, с тем чтобы достичь наилучших результатов с точки зрения состояния здоровья населения. При этом реформы системы финансирования здравоохранения рассматривались государствами как метод контроля за издержками, связанными с предоставлением медицинской помощи, и разделения бремени затрат между другими участниками процесса, включая, особенно, потребителей услуг.

Реформы системы финансирования здравоохранения включали в себя изменения в схеме формирования бюджета на основе концепции его консолидации, а также реформирование системы приобретения медицинских услуг. (См. модули «Финансирование охраны психического здоровья» и «Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья».)

5.2.1 Формирование бюджета

Здравоохранение финансируется из разнообразных источников, включая систему налогов и сборов, взносы на обязательное или добровольное медицинское страхование, личные средства граждан и благотворительные взносы. Большинство стран с высокими уровнями доходов полагаются либо на систему налогообложения, либо на взносы, поступающие от системы обязательного социального и медицинского страхования; при этом в странах с низким уровнем доходов более распространено финансирование медицинского обслуживания из личных средств граждан (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.). Существует общее согласие по поводу того, что системы предоплаты различного рода, включая общее налогообложение и схемы обязательного или добровольного медицинского страхования, несут с собой большую справедливость по сравнению с финансированием из личных средств граждан.

Децентрализация системы здравоохранения является элементом глобальной тенденции к децентрализации, обусловленной экономическими реформами.

Движущим фактором в проведении реформ системы финансирования здравоохранения стало желание улучшить результаты с точки зрения состояния здоровья населения и обеспечить лучший контроль за издержками, связанными с предоставлением медицинской помощи.

Системы предоплаты более справедливы по сравнению с другими формами оплаты услуг здравоохранения.

С учетом этого рекомендуется переводить системы здравоохранения на схемы предоплаты и сокращать долю личных средств граждан при оплате медицинской помощи. Ряд стран или территорий с низкими уровнями доходов, где недостаточен ресурсный потенциал для введения системы предоплаты, могут рассмотреть такой метод, как внесение части средств в момент обращения за медицинской помощью в форме соплатежа при получении конкретных услуг, что позволит сократить спрос на эти услуги. Соплатежи способствуют более упорядоченному использованию конкретных вмешательств, но не обязательно сокращают спрос на них.

5.2.2 Консолидация средств

Консолидация средств – это один из методов распределения рисков между потребителями услуг здравоохранения. Разнообразные системы предварительных платежей создают возможности для консолидации средств, но повышение доступности услуг по охране психического здоровья для нуждающихся в этом людей будет определяться тем, какие конкретные схемы консолидации ресурсов будут реализованы. Консолидация бюджета основана на принципе, гласящем, что здоровые должны субсидировать больных, а богатые – бедных. Консолидирование средств, основанное исключительно на оценке риска для здоровья, которому подвергаются те или иные группы населения, может привести к регрессивному субсидированию, когда средства от людей с низкими уровнями доходов, но и с низким риском развития заболеваний, используются для финансирования медицинского обслуживания богатого населения с высоким риском, и именно поэтому большинство систем здравоохранения стараются обеспечить перекрестное субсидирование с учетом совокупных рисков и доходов, с тем чтобы перераспределить риски и обеспечить справедливое распределение средств (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*).

5.2.3 Покупка медицинских услуг

Во всем мире в настоящее время наблюдаются тенденции к разделению функций покупки и предоставления услуг здравоохранения. В прошлом эти функции реализовывались в рамках единой структуры, контролируемой из центра. Разнесение функций покупателя и производителя услуг шло параллельно с процессом децентрализации. Более того, наблюдается движение от пассивного приобретения услуг, т. е. в зависимости от заранее определенного бюджета или оплаты счетов по мере их поступления, в сторону активного, стратегически выработанного подхода к покупке. Этот процесс происходит во многих странах, например, в Чили, Венгрии, Новой Зеландии и Великобритании. Цель стратегического приобретения услуг заключается в обеспечении максимального качества деятельности систем охраны здоровья как на индивидуальном уровне, так и для всего населения, путем активного приобретения конкретных действенных вмешательств у производителей медицинских услуг, гарантирующих наибольшую результативность.

5.3 Последствия реформ для системы охраны психического здоровья: возможности и риски

Реформирование здравоохранения открывает различные возможности для охраны психического здоровья, но при этом несет с собой и значительные риски. Если процесс принятия решений строится на здоровом смысле, очевидно высокое бремя психических расстройств и наличие действенных вмешательств должно приводить к тому, что финансовые и кадровые ресурсы будут обеспечиваться в более высоком объеме, что необходимо для укрепления психического здоровья, профилактики и лечения психических расстройств и последующей реабилитации. Реформированная система здравоохранения дает возможность перенаправить имеющиеся в наличии ресурсы в сторону системы охраны психического здоровья даже в тех обстоятельствах, когда общий объем ресурсов здравоохранения остается неизменным.

Реформы сектора здравоохранения также способствуют интеграции служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения, особенно, на уровне первичной медико-санитарной помощи. Интеграция с первичным звеном оказания помощи повышает возможность обеспечения всеобщего охвата (включая услугами в сфере психического здоровья), не требуя значительного повышения финансовых и административных вложений. Интегрированная помощь помогает бороться со стигматизацией, связанной с обращением в отдельно существующие психиатрические службы.

В странах с низкими доходами, которые испытывают острую нехватку специалистов в области психического здоровья, предоставление услуг через учреждения общей лечебной сети будет наиболее жизнеспособной стратегией, позволяющей повысить доступность психиатрической помощи среди групп населения, ранее испытывавших нехватку подобных услуг. Как уже было отмечено выше, психические расстройства и проблемы с физическим здоровьем имеют тесную взаимосвязь. Люди с распространенными психическими нарушениями, такими как депрессия и тревожные состояния, часто обращаются в учреждения первичной медико-санитарной помощи с разнообразными соматическими симптомами. Интегрированная служба способствует раннему выявлению и лечению подобных расстройств, тем самым приводя к уменьшению показателей инвалидизации.

Консолидация основана на принципе, гласящем, что более благополучные, с точки зрения финансовой обеспеченности или состояния здоровья, граждане субсидируют людей, находящихся в менее благополучной ситуации.

Наблюдается тенденция к разделению функций покупки и предоставления услуг здравоохранения.

Реформирование сектора здравоохранения открывает различные возможности и несет с собой значительные риски для системы охраны психического здоровья.

Реформы сектора здравоохранения способствуют интеграции служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения.

Среди других потенциально благоприятных факторов будет предоставление помощи по месту жительства и возможности вовлечения в обслуживание районного здравоохранения. (См. модуль «*Организация служб охраны психического здоровья*».) Но следует учитывать, что для реализации такой стратегии необходимым условием будет приобретение медработниками общей лечебной сети знаний и навыков в области психического здоровья.

Параллельно с открывающимися возможностями, с реформированием сектора здравоохранения связаны и определенные риски. Службы психического здоровья могут остаться в изоляции по мере того, как измененные системы здравоохранения переместятся еще дальше, отказываясь предоставлять подобные услуги.

Каким образом это происходит? Перенесение административной ответственности на местный уровень в ходе децентрализации может сопровождаться выпадением психиатрического сектора из повестки планирования местного здравоохранения. В развивающихся странах, испытывающих острую нехватку квалифицированных специалистов в области психического здоровья, местные менеджеры и администраторы вряд ли будут хорошо осознавать важность решения проблем психического здоровья местного населения. При этих обстоятельствах возникает риск того, что децентрализованные службы на местном уровне будут игнорировать или неадекватно решать вопросы психического здоровья. Вследствие этого при децентрализации может быть не достигнута цель интеграции служб охраны психического здоровья в общую лечебную сеть из-за того, что психическому здоровью не придается необходимое значение. Именно поэтому требуются совместные усилия, с тем чтобы включить вопросы психического здоровья в повестку дня реформы сектора здравоохранения.

Децентрализация также влечет за собой риск фрагментации и дублирования служб, что в результате приводит к тому, что отсутствие эффекта масштаба становится причиной неэффективного использования ресурсов.

Дополнительный риск заключается в том, что передача ответственности с центрального на местный уровень может приводить к значительным вариациям в предоставлении услуг в области психического здоровья, наблюдаемым между децентрализованными регионами. В демократических обществах по большей части главенствует мажоритарный, а не эгалитарный принцип, учитывая характер процессов принятия решений и формирования политики. Децентрализованные регионы приближают принятие решений к населению и вследствие этого становятся серьезно уязвимыми к непропорциональному захвату средств, т. е. процесс принятия решений может не определяться соображениями здоровья, ответственности перед получателями социальной поддержки или финансовой законности (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*). Во многих странах люди, страдающие психическими расстройствами, сталкиваются с многочисленными социальными проблемами, включая достаточно активное ограничение их гражданских прав. А передача полномочий на региональный/местный уровни может приводить к исключению людей с психическими нарушениями из процесса принятия решений и игнорированию их потребностей в плане обеспечения услугами в области охраны физического и психического здоровья.

Платежи при получении услуг (из личных средств, соплатежи) ограничивают доступ к услугам и, вероятнее всего, приводят к невозможности получения помощи для беднейших членов общества, которым, парадоксально, больше всего может потребоваться психиатрическая помощь (*Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.*). Более того, маловероятно, что у людей с психическими расстройствами, особенно, у пациентов с хроническими тяжелыми состояниями, такими как шизофрения, будет достаточно личных средств для оплаты услуг. Этим людям приходится полагаться на свои семьи и лиц, обеспечивающих уход, при оплате помощи. И семьи в развивающихся странах вынуждены делать сложный выбор в отношении выделения ограниченных средств на лечение своих родственников с тяжелыми психическими расстройствами.

Стратегическое планирование покупки услуг также несет с собой значительный риск в плане обеспечения психиатрической помощи. Стратегическое планирование покупки требует наличия информации по действенности альтернативных вмешательств при конкретной проблеме со здоровьем. При этом во многих странах, особенно развивающихся, такие данные практически отсутствуют. Более того, стратегическое приобретение услуг должно производиться в условиях возможности широкого выбора среди различных производителей услуг. А такая система будет нежизнеспособной в развивающихся странах, где наблюдается *серьезнейший* дефицит специалистов в области психического здоровья. И вследствие подобных проблем может быть принято решение полностью отказаться от покупки *каких-либо* услуг в области психического здоровья. По этой причине необходимо обеспечить выделение ресурсов для сбора и обработки информации и проведения анализа экономической эффективности различных видов вмешательств в сфере охраны психического здоровья. Кроме того, требуются значительные инвестиции в расширение кадрового состава психиатрической службы, особенно, в развивающихся странах.

Реформирование сектора здравоохранения несет с собой значительные риски для служб охраны психического здоровья.

При децентрализации здравоохранения вопросы психического здоровья могут легко выпасть из повестки дня при планировании системы оказания услуг.

Платежи при получении услуг приводят к ограниченному доступу к услугам и, вероятнее всего, приводят к невозможности получения помощи для беднейших членов общества.

Реформы системы финансирования здравоохранения также приводят к возникновению серьезных рисков.

С учетом вышесказанного, эти риски должны приниматься в расчет при проведении процесса децентрализации. И страны должны тщательно проанализировать, насколько целесообразно проводить в жизнь стратегию децентрализации при наличии подобных рисков. Для успешного проведения децентрализации необходимо обеспечить наличие как материальных, так и кадровых ресурсов для системы охраны психического здоровья на уровне регионов.

Один из способов, позволяющих гарантировать это на государственном уровне, заключается в установлении минимального объема услуг в области психического здоровья, который должен предоставляться на уровне децентрализованных регионов, а также доли общего бюджета здравоохранения, направляемой на службы психического здоровья. Кроме того, следует обеспечить выделение средств на подготовку соответствующих специалистов, что необходимо для планирования, управления и бюджетирования служб охраны психического здоровья.

Основные положения: Реформы здравоохранения – возможности для системы охраны психического здоровья

- Интеграция служб охраны психического здоровья в систему общего здравоохранения.
- Увеличение доли средств системы здравоохранения, выделяемых на психическое здоровье, в соответствии с бременем психических расстройств.

Основные положения: Реформы здравоохранения – риски для системы охраны психического здоровья

- Изоляция служб охраны психического здоровья.
- Децентрализация может привести к фрагментации и закрытию служб для людей, страдающих психическими расстройствами.
- Движение в сторону увеличения доли личных платежей граждан серьезно затрагивает интересы людей с психическими расстройствами, так как маловероятно, что у них будет достаточно средств для оплаты услуг.
- Системы консолидации ресурсов, такие как схемы государственного и частного страхования, могут не охватывать предоставление лечения психических расстройств, что негативным образом отразится на здоровье людей с такими расстройствами.

6. Политические решения, действующие вне сектора здравоохранения, но влияющие на охрану психического здоровья

На состояние психического здоровья отдельных групп населения и обществ в целом воздействует множество макросоциальных и макроэкономических факторов, находящихся за пределами сектора здравоохранения в традиционном понимании. Правительства могут оказывать и оказывают влияние на многие из этих факторов на политическом уровне. Направленность государственной политики, деятельности и программ правительств может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на психическое здоровье населения. Но правительства, лица, разрабатывающие политику, и специалисты по планированию зачастую игнорируют или не осознают, какое воздействие производят изменения в социальной и экономической политике на психическое здоровье.

Бедность – это один из наиболее мощных факторов, влияющих на состояние психического здоровья. Как в странах с рыночной экономикой, так и в развивающихся странах бедность является и причиной, и следствием психических расстройств. Живущие в условиях бедности сталкиваются с негативным воздействием окружающей их среды, неблагоприятной психологической атмосферой вокруг себя, что повышает их уязвимость по отношению к психическим расстройствам (Patel, 2001). Кроме того, эти люди сталкиваются со значительными препятствиями при получении доступа к услугам в области охраны психического здоровья, среди которых финансовая недоступность услуг, их отсутствие и малое соответствие этих услуг реальным потребностям пациентов. Люди, страдающие психическими расстройствами, особенно имеющие хронические состояния, подвержены риску бездомности, безработицы и социальной изоляции, а все эти факторы, в свою очередь, повышают уровень бедности. Государственные политические решения, направленные на снижение уровня как абсолютной, так и относительной бедности, могут оказать значительное позитивное влияние и на распространенность психических расстройств.

Урбанизация также связана с повышением распространенности психических расстройств. В результате урбанизации повышается риск потери постоянного места проживания, бедности и подверженности влиянию негативных факторов окружающей среды, например ее загрязнения. Кроме того, этот процесс нарушает традиционные устои семейной жизни, приводя к уменьшению социальной поддержки (Desjarlais et al., 1995). Урбанизация в развивающихся странах сопровождается процессом экономического развития, формирования рыночной экономики и быстрой индустриализации. Не обязательно, что государственные политические решения напрямую стимулируют урбанизацию, но правительства, с помощью законодательной базы и политики, могут способствовать улучшению среды проживания и условий жизни городского населения.

Бездомность является как фактором риска для развития психических расстройств, так и их следствием. Среди людей, проживающих в неприемлемых условиях, чаще встречаются жалобы на серьезные проблемы психологического характера и более высока распространенность психических расстройств (Sullivan et al., 2000; Kamieniecki, 2001). Жилищное законодательство и жилищная политика, которые сокращают уровень бездомности и повышают качество и доступность жилья в стране, могут благотворно сказаться на распространенности психических расстройств.

Общегосударственная жилищная политика и законодательство позволят защитить людей с психическими расстройствами от дискриминации при распределении жилья и обеспечить равный с другими гражданами доступ к государственному и/или субсидированному жилью. Кроме того, государства могут способствовать укреплению психического здоровья, в приоритетном порядке предоставляя жилье лицам со стойкими психическими расстройствами, в частности, обустроенное в соответствии с особыми потребностями этих людей. Примерами подобных решений может быть создание реабилитационных центров, психиатрических общежитий и домов с обслуживающим персоналом. Подобные схемы очень важны при проведении процесса деинституционализации и обеспечения долгосрочной помощи по месту жительства. Но следует аккуратно подходить к принятию подобных политических решений, если жильем не обеспечена значительная доля населения.

Политические решения на макроуровне могут оказывать как положительный, так и отрицательный эффект на состояние психического здоровья.

Бедность является одним из наиболее мощных факторов, приводящих к психическим расстройствам.

Урбанизация, если она не основывается на тщательно выверенных планах, связана с повышением уровней распространенности психических расстройств.

Бездомность является как причиной, так и следствием психических расстройств.

Безработица имеет тесную, обоюдно направленную взаимосвязь с психическими расстройствами. Безработные подвергаются повышенному риску развития депрессий, среди них выше показатели суицидного и саморазрушающего поведения (Platt, 1984; Preti and Miotto, 1999; Gunnell et al., 1999; Krosowa, 2001). Безработица особо катастрофично сказывается на состоянии психического здоровья людей старшего возраста, у которых маловероятно возвращение на рынок труда. Во многих развивающихся странах за последнее десятилетие проводились экономические реформы и реструктуризация многих систем. Эти реформы обычно включали в себя и изменения в законодательстве, направленные на повышение гибкости рынка труда. В то время как на определенном уровне подобные решения имеют смысл с точки зрения экономического развития, повышается вероятность внезапных и неожиданных подъемов уровня безработицы. Создание дополнительных рабочих мест может существенно улучшить состояние психического здоровья населения страны.

Надлежащие условия занятости необходимы для укрепления и поддержания психического здоровья рабочей силы страны. Несмотря на то, что можно рассматривать занятость как имеющую защитное воздействие на психическое здоровье, сама по себе она не гарантирует хорошее его состояние. Чрезвычайно важными факторами являются природа занятости и рабочая среда. Законодательство в сфере труда может способствовать формированию безопасной рабочей среды. Законы в сфере занятости и обеспечения безопасности труда должны охватывать вопросы психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами.

Разнообразные программы поддержки занятости могут стать поддержкой для людей и являться экономически результативным методом повышения производительности труда работников, включая и управленческий персонал. В зависимости от конкретных условий в той или иной стране, подобные программы представляют прекрасную возможность формирования партнерских взаимоотношений между государством и частным сектором. В ряде ситуаций вмешательство могут реализовывать и внутри предприятия, но иногда имеет смысл направлять сотрудников для получения помощи в других учреждениях.

Во многих странах действуют конституции, законы и кодексы, запрещающие дискриминацию людей с ограниченными возможностями. Но даже в этом случае люди с ограниченными возможностями и, в частности, лица с психическими расстройствами продолжают сталкиваться с трудностями при получении работы. В немалой степени это связано со стигматизацией, но также и с приемом на работу людей с психическими расстройствами, учитывая их потребность в дополнительной поддержке и вероятности обострений заболеваний. Для преодоления такого рода дискриминации некоторые страны установили квоты для работодателей, в соответствии с которыми предприятия, имеющие определенное число сотрудников, обязаны обеспечить установленную долю рабочих мест для людей с ограниченными возможностями. При этом предварительные данные показывают, что люди с психическими расстройствами пока не воспользовались этими стратегиями в достаточной степени.

В развивающихся странах обычно отсутствуют полноценные системы **социальной защиты**, которые могли бы уменьшить в какой-то степени негативные последствия структурных изменений в экономике. Психические расстройства рассматриваются как серьезные ограничения трудоспособности людей, и это должно учитываться при установлении и распределении пособий по инвалидности. Семьи и лица, ухаживающие за людьми с психическими расстройствами, играют важную роль, помогая своим подопечным продолжать жить в сообществе и снижая нагрузку на службы здравоохранения. Соответственно, это должно служить основанием для предоставления социальных пособий семьям и лицам, ухаживающим за людьми с хроническими и тяжелыми психическими нарушениями.

Образование также является одним из важных факторов, определяющих состояние психического здоровья в будущем. Школы дают возможность на ранних этапах выявить поведенческие и эмоциональные проблемы детей еще до того, как они разовьются в тяжелые психические расстройства. Кроме того, школы могут послужить базой для проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление психического здоровья. Отсутствие среднего образования является одним из важных прогностических факторов развития проблем с психическим здоровьем в будущем. В профилактике психических расстройств важную роль могут играть стратегии предупреждения отказа от учебы в средней школе. Среди других профилактических мероприятий можно отметить тренинговые программы, направленные на развитие навыков проблемно-решающего поведения, копинга, самоутверждения, межличностного общения, а также программы профилактики потребления алкоголя и наркотических веществ среди подростков (Всемирная организация здравоохранения, 2001b).

Безработица негативно влияет на психическое здоровье.

Системы социальной защиты должны обеспечить надлежащую помощь при психических расстройствах, связанных с потерей трудоспособности.

Получение образования дает возможности для профилактики психических расстройств.

Люди с психическими расстройствами чаще, чем другие, попадают в поле зрения **правоохранительных органов**, а среди заключенных вероятность психических расстройств выше, чем в населении. Необходимы политические решения для предупреждения необоснованного тюремного заключения людей с психическими расстройствами и обеспечения их перевода в лечебные учреждения. Проблема с детьми и подростками, содержащимися в местах заключения, должна решаться с помощью законодательных механизмов, программ исправительного воспитания и реабилитации, и программ с вовлечением семей. В исправительных учреждениях и тюрьмах должны быть свободно доступны лечение и помощь при психических расстройствах, что установлено в Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными (приняты на первом Конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями в 1955 г. и утверждены Экономическим и Социальным Советом ООН путем принятия резолюций 663С (XXIV) от 31 июня 1957 г. и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 г.).

Многие из вышеуказанных социально-экономических факторов сложно переплетаются между собой. И здесь прослеживается четкая связь между бедностью, урбанизацией и бездомностью. Изменения в политике в одной сфере неизменно производят каскадный эффект и в других областях, которые, в свою очередь, могут воздействовать на исходную сферу. И совокупное воздействие этого динамичного процесса на психическое здоровье может быть положительным или отрицательным. Правительства должны четко осознавать, что кардинальные изменения в политике макросоциального и макроэкономического порядка действительно влияют на психическое здоровье населения. И следует разработать и внедрить механизмы для предупреждения психических расстройств и/или мониторинга ситуации с психическим здоровьем, которая возникает в ответ на подобные перемены.

Люди с психическими расстройствами часто попадают в поле зрения правоохранительных органов.

Основные положения: Политические решения, действующие вне сектора здравоохранения, но влияющие на охрану психического здоровья

- На состояние психического здоровья отдельных групп населения и обществ в целом напрямую и косвенно воздействует множество макросоциальных и макроэкономических факторов.
- Потребности людей с психическими расстройствами выходят за традиционные рамки одного сектора.
- Уровень бедности является одним из наиболее мощных прогностических параметров для психического здоровья. На состояние психического здоровья негативно воздействуют как относительная, так и абсолютная бедность.
- Многие мировые тенденции, например урбанизация населения, приводят к негативным последствиям для психического здоровья.
- Социально-экономические факторы тесно взаимосвязаны, и при изменениях политики в рамках одного сектора появляется каскадный эффект, затрагивающий и другие сектора – в позитивном или негативном плане.
- Правительствам следует внедрить механизмы мониторинга воздействия изменений в экономической и социальной политике на состояние психического здоровья населения.

7. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья: цель и краткий обзор модулей

В настоящем документе были высечены глобальное бремя психических расстройств, неадекватность ресурсного и финансового обеспечения системы охраны психического здоровья, а также представлены возможности исправления ситуации с помощью последних достижений в области лечения психических расстройств. Более того, было вкратце описано воздействие проводимых в последние годы реформ сектора здравоохранения, макроэкономических и политических изменений на состояние психического здоровья.

Правительствам принадлежит главная роль в сохранении психического здоровья населения. Последние достижения, способствующие лучшему пониманию и лечению психических расстройств, означают, что цель улучшения состояния психического здоровья населения достижима при принятии правильных мер. И теперь настало время действий.

Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области охраны психического здоровья призван помочь странам организовать деятельность, направленную на решение существующих проблем в области психического здоровья. В Своде методических рекомендаций представлена практическая информация, которая поможет странам разработать необходимую политику, обеспечить планирование деятельности служб, финансировать эти службы, улучшить качество действующей системы оказания помощи, пропагандировать важность психического здоровья и выработать соответствующие законодательные основы.

Свод методических рекомендаций был разработан экспертами в области политики и оказания услуг в сфере психического здоровья в рамках консультаций с широкой группой лиц, формирующих политику, и специалистов в области планирования работы служб. Предварительное рассмотрение настоящего документа проводилось министерствами здравоохранения и неправительственными организациями, а также организациями, представляющими потребителей услуг, семьи, профессиональные сообщества и правительства как на национальном, так и международном уровне.

Предназначение модулей, описание их целевых аудиторий, формат изложения материала и области применения были представлены в преамбуле к настоящему модулю. Ниже представлено краткое содержание этих модулей.

7.1 Политика, планы и программы в области психического здоровья

Введение

Четкая политика в области психического здоровья служит важнейшим и мощным инструментом для структурного подразделения по охране психического здоровья в министерстве здравоохранения любой страны. Будучи сформулированной и проведенной в жизнь должным образом через соответствующие планы и программы, такая политика может оказывать существенное влияние на состояние психического здоровья населения.

Формирование политики

Политика в области психического здоровья является выражением стройной системы ценностных ориентиров, принципов и целей для совершенствования охраны психического здоровья и уменьшения бремени психических расстройств у населения. Она определяет концепцию на перспективу и помогает построить модель практических действий.

Сегодняшняя ситуация требует принятия неотложных мер.

В Своде методических рекомендаций представлена практическая информация, которая поможет странам разработать необходимую политику, обеспечить планирование деятельности служб, финансировать эти службы, улучшить качество действующей системы оказания помощи, пропагандировать важность психического здоровья и выработать соответствующее законодательство.

Основными этапами разработки политики являются следующие:

- Этап 1: Анализ потребностей населения в охране психического здоровья.
- Этап 2: Сбор фактических данных в поддержку эффективных стратегий.
- Этап 3: Проведение консультаций и переговоров.
- Этап 4: Обмен информацией и опытом с другими странами.
- Этап 5: Определение концепции, ценностных ориентиров, принципов и целей политики.
- Этап 6: Уточнение областей практической деятельности.
- Этап 7: Конкретизация основных функций и ответственности разных секторов.
- Этап 8: Проведение пилотных проектов.

Разработка плана действий в области психического здоровья

Стратегии, представленные в плане действий в области психического здоровья, должны соответствовать направлениям деятельности, определенным в политике. В рамках этих стратегий представлены мероприятия, требующие реализации для выполнения поставленных первоочередных задач. Разработка плана действий в области психического здоровья подразумевает следующие этапы:

- Этап 1: Определение приоритетов для основных стратегий.
- Этап 2: Определение сроков реализации и необходимых ресурсов.

Разработка программы в области психического здоровья

В программе определяются конкретные вмешательства в области охраны психического здоровья, которые будут предоставлены населению. А это означает необходимость организации ряда взаимосвязанных мероприятий в рамках действенных схем, которые позволят решить конкретный вопрос в сфере психического здоровья с использованием наиболее современных научных данных. Формирование программы подразумевает поэтапный подход.

- Этап 1: Определение вопроса или проблемы, требующих решения.
- Этап 2: Формулировка задач программы.
- Этап 3: Выбор соответствующих вмешательств, которые будут реализовываться в рамках программы.
- Этап 4: Описание мероприятий программы.
- Этап 5: Определение ответственных лиц/организаций.
- Этап 6: Установление сроков реализации.
- Этап 7: Составление бюджета программы.
- Этап 8: Оценка программы.

Вопросы осуществления политики, планов и программ

Политику в области психического здоровья можно реализовать посредством приоритетных стратегий, которые определены планом действий, и приоритетных вмешательств, предусмотренных программой мероприятий. Необходим целый ряд усилий для проведения в жизнь этих стратегий и вмешательств.

- Этап 1: Распространение информации о политике.
- Этап 2: Обеспечение политической поддержки и финансирования.
- Этап 3: Развитие вспомогательных организационных структур.
- Этап 4: Организация пилотных проектов в демонстрационных районах.
- Этап 5: Расширение полномочий поставщиков услуг в области психического здоровья.
- Этап 6: Усиление межсекторного сотрудничества.
- Этап 7: Стимулирование взаимодействия между заинтересованными сторонами.

В представленном модуле приводятся конкретные примеры из различных стран, что служит иллюстрацией процесса разработки политики, планов и программ.

7.2 Финансирование охраны психического здоровья

Финансирование является самым важным фактором в обеспечении деятельности жизнеспособной системы охраны психического здоровья. Это тот механизм, с помощью которого претворяются в жизнь политика и планы благодаря распределению ресурсов.

Лица, формирующие политику охраны психического здоровья, и специалисты по планированию должны найти ответы на следующие главные вопросы:

- Как мобилизовать необходимые ресурсы на финансирование охраны психического здоровья, включая службы психического здоровья и соответствующую инфраструктуру?
- Как обеспечить распределение финансовых ресурсов и организовать оказание психиатрических услуг населению, исходя из имеющихся потребностей и приоритетов?
- Каким образом осуществлять контроль за расходами на оказание помощи?

Важно отметить, что процесс финансирования системы оказания психиатрической помощи не осуществляется в вакууме; он происходит в сложных политических и экономических условиях. Во многих странах финансирование охраны психического здоровья осуществляется в рамках общих расходов на здравоохранение и не выделяется отдельной строкой. В таких случаях оно обусловлено или определяется задачами, которые ставятся при финансировании такой деятельности.

Системный подход к вопросам финансирования охраны психического здоровья можно представить в форме следующих этапов:

- Этап 1: Анализ ситуации в области финансирования здравоохранения.
- Этап 2: Инвентаризация системы охраны психического здоровья для анализа имеющихся ресурсов и их использования.
- Этап 3: Развитие ресурсной базы для охраны психического здоровья.
- Этап 4: Выделение средств на решение приоритетных задач планирования.
- Этап 5: Разработка бюджета для управления и отчетности.
- Этап 6: Покупка услуг в области психического здоровья с целью оптимизации результативности и эффективности.
- Этап 7: Создание инфраструктуры финансирования служб охраны психического здоровья.
- Этап 8: Использование финансирования в качестве инструмента реорганизации существующей системы оказания услуг психиатрии.

7.3 Законодательство в области психического здоровья и права человека

Контекст законодательства в области психического здоровья

Законодательство в области психического здоровья необходимо для защиты прав людей с психическими расстройствами, которые представляют собой уязвимую часть общества. Эти люди сталкиваются со стигматизацией, дискриминацией и изоляцией. Вследствие этого повышается вероятность нарушения их прав. Законодательство должно обеспечивать необходимое равновесие между правами отдельного человека на свободу и достоинство, с одной стороны, и потребностью общества чувствовать защищенность, с другой.

В 25% стран мира, где проживает почти 31% населения земного шара, отсутствует национальное законодательство в области психического здоровья, несмотря на то, что в странах с федеральной системой власти могут действовать соответствующие законы на уровне штатов. Необходимо отметить, что наличие законодательства в области психического здоровья не обязательно гарантирует защиту прав людей с психическими расстройствами. Мало того, в ряде стран законодательство в области психического здоровья содержит положения, приводящие к нарушению прав человека.

Деятельность, предшествующая разработке законодательства

Страна, принявшая решение разработать и ввести в действие новое законодательство в области психического здоровья, должна провести ряд подготовительных мероприятий, позволяющих собрать необходимую информацию для этого процесса. Среди таких мероприятий можно выделить следующие:

- Выявление основных проблем в области психического здоровья и препятствий к реализации политики и планов в сфере охраны психического здоровья.

- Критический анализ действующего законодательства для выявления пробелов и возможных сложностей.
- Изучение международных конвенций и стандартов в области защиты прав человека.
- Критический анализ действующего в других странах законодательства в области психического здоровья, обращая особое внимание на страны со схожими общественными и культурными традициями.
- Вовлечение всех заинтересованных сторон в проведение консультаций и переговоров по поводу возможных элементов законодательства в области психического здоровья.

Содержание законодательства в области психического здоровья

Далее приводится ряд важных вопросов, которые должны быть отражены в законодательстве:

(I) Резолютивная часть законодательства в области психического здоровья

Элементы этой части:

- принцип наименее ограничительной альтернативы;
- принцип конфиденциальности;
- принцип информированного согласия;
- добровольная и принудительная госпитализация;
- добровольное и принудительное лечение;
- независимый наблюдательный орган;
- дееспособность и опеку.

(II) Резолютивная часть других законодательных актов, регламентирующих вопросы охраны психического здоровья

В этой части представлены законодательные положения по защите прав людей с психическими расстройствами в следующих областях:

- обеспечение жильем;
- занятость;
- социальная защита.

Кроме того, законодательные документы могут быть направлены на укрепление психического здоровья и профилактику психических расстройств. Они должны содержать специальные положения по защите прав уязвимых групп населения – женщин, детей, людей старшего возраста и коренных народов. Другими примерами могут служить меры, способствующие формированию тесных связей между матерью и ребенком посредством предоставления отпуска по родам и уходу за ребенком, законодательство, освещающее вопросы раннего выявления и предупреждения жестокого обращения с детьми, законы, ограничивающие доступ к алкоголю и наркотическим веществам, а также законодательные положения по созданию программ охраны психического здоровья в школах.

Процесс законотворчества в области психического здоровья

Ответственность за разработку законопроекта делегируется специально сформированному комитету. Проект предлагаемого законодательства должен быть представлен всем главным заинтересованным сторонам в секторе охраны психического здоровья для проведения консультаций. Консультации проводятся для выявления слабых мест в предлагаемом законодательстве, положений, потенциально конфликтующих с действующими законами, определения важных инициатив, упущенных при разработке законопроекта, а также анализа потенциальных сложностей при практической реализации.

Сложности в практическом внедрении законодательства могут выявляться еще на этапе разработки законопроекта, что позволяет принять соответствующие меры. Такие трудности могут быть связаны с отсутствием финансовых средств, нехваткой кадровых ресурсов, с недостаточной осведомленностью по поводу законодательства в области психического здоровья, которая может наблюдаться в профессиональной среде, среди лиц, обеспечивающих уход, и членов семей людей с психическими расстройствами, а также в обществе в целом. Также препятствием может служить недостаточная координация деятельности и, временами, проблемы процедурного характера.

Для осуществления мероприятий, связанных с реализацией нового законодательства в области психического здоровья, требуется финансирование. В бюджете должны быть заложены необходимые для этого средства.

В реализации в определенные сроки различных элементов нового законодательства в области психического здоровья может помочь координирующий орган. Кроме того, реализации будет способствовать широкое распространение положений нового законодательства среди специалистов в области психического здоровья, потребителей услуг, лиц, обеспечивающих уход за людьми с психическими расстройствами, семей и организаций, занимающихся защитой и отстаиванием прав этих людей. Важную роль в реализации также играет полноценная программа по просвещению и информированию общественности.

7.4 Пропаганда актуальности охраны психического здоровья

Понятие пропаганды актуальности охраны психического здоровья

Пропаганда актуальности психического здоровья является сравнительно новым понятием. Его появление связано со стремлением бороться со стигматизацией и дискриминацией и расширять права людей, страдающих психическими расстройствами. Пропаганда актуальности охраны психического здоровья заключается в реализации различных мероприятий, направленных на изменение основных структурных и психологических препятствий к обеспечению хорошего состояния психического здоровья населения.

Важность пропаганды актуальности охраны психического здоровья

Развитие движений, пропагандирующих актуальность охраны психического здоровья, в ряде стран помогло изменить отношение к людям с психическими расстройствами. Появилась возможность для этих людей выразить свой собственный взгляд на то, какие услуги им необходимы, а также принимать все более активное участие в принятии информированных решений по поводу лечения и других аспектов своей повседневной жизни. Даже само по себе участие пациентов и членов их семей в деятельности организаций, занимающихся пропагандой актуальности охраны психического здоровья, оказывает положительный эффект.

Роль различных групп в деятельности по пропаганде актуальности охраны психического здоровья

(I) Роль пациентов и членов их семей

Роль групп пациентов в пропаганде актуальности охраны психического здоровья может варьироваться от влияния на разрабатываемую политику и законодательные документы до предоставления конкретной помощи людям с психическими расстройствами. Такие группы участвуют в деятельности по просвещению общественности по вопросам психического здоровья и помогают в образовании и поддержке людей, страдающих психическими расстройствами. С их помощью были осуждены некоторые формы лечения, имевшие негативные последствия, вынесены на широкое обозрение такие важные моменты, как неудовлетворительная система организации служб, недоступность помощи и принудительное лечение.

Совершенно очевидно, что семьи играют главную роль в оказании помощи людям, страдающим психическими расстройствами, что особенно проявляется в развивающихся странах. Во многих случаях именно члены семей несут основную нагрузку по предоставлению помощи своим родственникам, и их организации формируют основу для развития сетей по оказанию поддержки. Кроме предоставления взаимной поддержки и услуг, многие семейные группы стали выступать в качестве правозащитников, проводя просветительскую работу, заручившись поддержкой со стороны лиц, формирующих политику, борясь со стигматизацией и дискриминацией и активно добиваясь повышения качества услуг.

(II) Роль неправительственных организаций

Такие организации могут быть профессиональными, т. е. состоять только из специалистов в области психического здоровья, или же междисциплинарными, т. е. объединять людей, представляющих разнообразные области деятельности. Негосударственные организации могут брать на себя многие из функций пропаганды актуальности охраны психического здоровья, которые выполняют пациенты и семьи. Основным вкладом в это движение со стороны НПО является поддержка и повышение потенциала людей с психическими расстройствами и их семей.

(III) Роль специалистов общей лечебной сети и психиатрической службы

Специалисты в области психического здоровья могут играть важную роль в защите прав своих потребителей и развивать понимание в обществе по поводу необходимости создания служб и услуг более высокого качества. При этом между медицинскими специалистами и пациентами могут возникать конфликты интересов.

(IV) Роль лиц, формирующих политику, и специалистов по планированию

Министерства здравоохранения и, конкретно, их подразделения, ответственные за вопросы психического здоровья, могут и должны играть важную роль в деятельности по пропаганде актуальности охраны психического здоровья. У них есть возможность действовать напрямую, оказывая воздействие на общее состояние психического здоровья населения, а также на обеспечение гражданских прав пациентов и их права на здоровье. Аналогичное или дополнительное воздействие может оказываться министерствами здравоохранения посредством поддержки организаций, отстаивающих права и интересы людей с психическими расстройствами (группы пациентов, семейные ассоциации, неправительственные организации, специалисты в области психического здоровья). В обязанности министерств здравоохранения входит убеждение других политических и государственных структур, включая исполнительную ветвь власти, министерство финансов и другие ведомства, судебные и законодательные органы и политические партии, в необходимости уделять серьезное внимание деятельности по охране психического здоровья и адекватно ее финансировать. Более того, министерства здравоохранения могут проводить и самостоятельную деятельность по пропаганде актуальности охраны психического здоровья, взаимодействуя со средствами массовой информации.

При проведении подобной деятельности министерствами здравоохранения могут наблюдаться определенные противоречия. Некоторые из поднимаемых вопросов также могут относиться к сфере обязанностей министерств, по крайней мере, частично. Если министерства здравоохранения также ответственны за организацию системы предоставления услуг и при этом выступают, к примеру, за обеспечение их большей доступности и повышение качества, то они могут быть подвергнуты критике со стороны оппозиционных партий.

Каким образом министерства здравоохранения могут поддержать деятельность по пропаганде?

Министерства здравоохранения могут оказывать поддержку деятельности по пропаганде актуальности охраны психического здоровья, действуя совместно с:

- группами пациентов, семей и неправительственными организациями;
- специалистами общей лечебной сети и психиатрической службы;
- лицами, формирующими политику, и специалистами по планированию;
- населением в целом.

7.5 Повышение качества охраны психического здоровья

Любой человек, нуждающийся в этом, должен иметь доступ к базовым услугам в сфере охраны психического здоровья. Это означает, что психиатрическая помощь должна быть финансово и географически доступной, предоставляться на основе принципов справедливости и добровольности, а также быть адекватного качества. Во многих странах услуги для людей с психическими расстройствами остаются минимальными и не соответствуют вышеуказанным принципам. В странах с ограниченным ресурсным обеспечением, там, где вопросы охраны психического здоровья только недавно стали рассматриваться в качестве одного из приоритетов, забота о качестве услуг может казаться преждевременной. Вопросы качества могут считаться более приоритетными для уже полноценно действующих и адекватно финансируемых систем, а не для вновь создаваемых служб.

Почему вопросы качества так важны для системы предоставления психиатрической помощи?

Вопросы качества важны для всех систем охраны психического здоровья по разного рода причинам. С точки зрения людей, страдающих психическими расстройствами, хорошее качество означает, что они могут получить необходимую помощь, позволяющую смягчить симптомы заболевания и улучшить качество жизни. С точки зрения членов семей это означает получение поддержки и помощи в сохранении целостности семьи. Если вопрос качества рассматривается с точки зрения поставщиков услуг или руководителей программ, то для них качество будет означать гарантированную эффективность и результативность их работы. С точки зрения лиц, формирующих политику, качество является ключевым звеном в деятельности по улучшению состояния психического здоровья населения, способствует обеспечению подотчетности и эффективного расходования вложенных ресурсов.

Что такое качество?

В применении к психиатрической помощи, качество охраны психического здоровья позволяет определить, повышается ли вероятность достижения оптимального психического здоровья с помощью предоставляемых услуг и соответствуют ли последние требованиям научно обоснованного подхода в медицине. Для людей с психическими расстройствами, членов их семей и населения в целом это определение подчеркивает тот момент, что предоставление услуг должно способствовать достижению лучших результатов в плане психического здоровья. Для практикующих специалистов, специалистов по планированию и лиц, формирующих политику, обеспечение качества подразумевает наиболее полное и рациональное использование современных знаний и технологий.

Этапы практической реализации задачи повышения качества психиатрической помощи

Эти этапы повышения качества можно представить в качестве циклической деятельности. После разработки и внедрения политики, стандартов и процедур аттестации непрерывное повышение качества оказываемой помощи требует постоянного мониторинга деятельности служб, интеграции стратегий повышения качества в управленческую деятельность и совершенствование системы предоставления услуг.

Этап 1: Ориентация политики на повышение качества

Лица, формирующие политику, играют ключевую роль в обеспечении качества. Они занимают то положение, которое позволяет им установить широкие параметры качества посредством консультаций, через создание партнерств, путем проведения законотворческой деятельности, обеспечения финансирования и проведения планирования.

Консультации должны проводиться со всеми заинтересованными сторонами в области охраны психического здоровья как при разработке политики, так и на всех последующих этапах деятельности по повышению качества. Лица, формирующие политику, должны предпринимать активные шаги для создания **партнерств** с профессиональными обществами, высшей школой, группами, отстаивающими права людей с психическими расстройствами, а также с секторами здравоохранения и социального обеспечения. Подобные партнерства образуют фундамент для процесса повышения качества и позволяют добиться долгосрочной стабильности в совместной деятельности. Партнерское взаимодействие способствует достижению консенсуса и последовательности в призывах о достижении необходимого качества, а также могут служить мобилизующей силой для получения ресурсной и другого рода поддержки. Лица, формирующие политику, должны способствовать разработке и принятию **законодательных актов**, отражающих обеспокоенность недостаточным качеством оказываемых услуг и подчеркивающих его важность. **Финансирование** службы психиатрической помощи должно способствовать обеспечению максимального качества услуг, а не препятствовать этому. Основная цель заключается в повышении эффективности работы службы, и это касается повышения как качества, так и эффективности использования ресурсов.

Этап 2: Разработка документации по стандартам качества

Чрезвычайно важным шагом на пути к повышению качества психиатрических служб и услуг будет разработка набора стандартов, позволяющих оценивать деятельность служб. Для этого следует создать рабочую группу, состоящую из специалистов по планированию и управлению, провести консультации с соответствующими заинтересованными сторонами и составить проект свода стандартов, охватывающий все аспекты деятельности психиатрической службы по конкретным направлениям.

Этап 3: Разработка аттестационных процедур

Проведение аттестации дает возможность оценить качество помощи, предоставляемой психиатрическими службами, и присвоить им определенный правовой статус. Такая процедура необходима, так как в этом случае вопросы качества встают во главу угла при проведении официального лицензирования психиатрических служб и учреждений.

Этап 4: Проведение мониторинга работы служб охраны психического здоровья с использованием механизмов контроля качества

Мониторинг деятельности психиатрических служб необходим для оценки качества предоставляемой помощи. Такой мониторинг может проводиться в различном формате: ежегодная оценка деятельности служб на основе стандартов; использование

аттестационных процедур для оценки и аккредитации новых учреждений и анализа функционирования имеющихся служб; рутинный сбор информации посредством действующих информационных систем; а также проведение консультаций с независимыми организациями людей с психическими расстройствами, лицами, обеспечивающими уход и поддержку, а также с группами, занимающимися защитой и отстаиванием прав людей, страдающих психическими нарушениями.

Этап 5: Внедрение механизмов повышения качества в действующую систему управления и оказания услуг

Кроме применения стандартов и аттестационных процедур для мониторинга деятельности служб, очень важно обеспечить непрерывное повышение качество оказываемой помощи. Это постоянный процесс, цель которого заключается в достижении оптимального качества.

Непрерывное повышение качества обеспечивается посредством следующих мероприятий:

- проведение ежегодного анализа качества услуг;
- включение проверок качества в планы работы служб;
- интеграция деятельности по повышению качества в клиническую практику на базе научно обоснованного подхода в медицине, разработку руководств по клинической практике, коллективную работу и непрерывное повышение квалификации персонала;
- повышение качества в ходе аттестации;
- проведение аудита.

Этап 6: Системное реформирование служб охраны психического здоровья с целью повышения качества их работы

В ходе проведения оценки качества деятельности психиатрических служб временами выявляются определенные проблемы, делающие необходимым проведение систематических реформ и усовершенствование деятельности. На этом этапе могут потребоваться совместные усилия по планированию и координации со стороны различных секторов.

Этап 7: Оценка механизмов повышения качества

После внедрения механизмов обеспечения качества, их проверку на местах необходимо проводить одновременно с оценкой деятельности служб по установленным показателям, т. е. каждые 5–8 лет. Подобное мероприятие необходимо с той целью, что оно позволяет обновить эти механизмы с учетом наиболее действенных методов повышения качества.

7.6 Организация служб охраны психического здоровья

Различные вмешательства в сфере охраны психического здоровья реализуются через службы охраны психического здоровья. И то, каким образом эти службы организованы, серьезным образом влияет на их действенность и на то, выполняются ли задачи, поставленные государственной политикой в сфере охраны психического здоровья.

Описание и анализ служб охраны психического здоровья

Система служб охраны психического здоровья состоит из различных компонентов. Приведенная ниже классификация не является рекомендацией по организации служб, а представляет собой попытку сделать инвентаризацию разнообразных служб, действующих в разных странах мира.

- (I) Службы охраны психического здоровья, интегрированные в систему общественного здравоохранения, в целом подразделяются на службы охраны психического здоровья первичного медико-санитарного звена и службы охраны психического здоровья больниц общего профиля.
- (II) Службы психического здоровья по месту жительства могут быть государственными и частными.
- (III) Институциональные психиатрические услуги включают специализированные институциональные услуги и психиатрические клиники.

Сегодняшнее состояние организации служб

С точки зрения пропорциональности только в нескольких странах обеспечивается оптимальная конфигурация системы служб охраны психического здоровья. В связи с этим на основе опыта, накопленного в мире, можно сделать два основных вывода. Во-первых, службы психического здоровья являются слабым звеном как развивающихся, так и развитых стран, хотя природа возникающих трудностей различается. Во-вторых, развитие более дорогостоящих специализированных служб не является ответом на эти проблемы. Даже с учетом ресурсных ограничений системы здравоохранения, с которыми сталкиваются практически все страны, возможно добиться значительного улучшения качества оказываемых психиатрических услуг посредством перераспределения ресурсов службам, которые не требуют высоких затрат, обеспечивают достаточно хорошие результаты для здоровья пациентов, а также позволяют предоставлять помощь большей части населения.

Рекомендации по организации служб

Одной из ключевых задач для специалистов по планированию является определение точного сочетания различных видов служб охраны психического здоровья и уровня оказываемой помощи на каждом этапе. Конкретные требования к службам сильно варьируются от страны к стране, но, вероятнее всего, во всех странах соотношение потребностей в тех или иных службах будет аналогичным.

Совершенно очевидно, что наиболее многочисленными в системе оказания психиатрической помощи должны быть частные службы охраны психического здоровья на местном уровне, а также психиатрические услуги, предоставляемые на уровне первичного звена; затем идут психиатрические службы в структуре больниц общего профиля, службы охраны психического здоровья по месту жительства и, наконец, специализированные психиатрические учреждения.

Основные рекомендации заключаются в следующем:

- (I) Необходимо интегрировать службы психического здоровья в систему общего здравоохранения.
- (II) Следует обеспечить создание государственных и частных служб охраны психического здоровья по месту жительства.
- (III) Рекомендуется поддерживать и проводить деинституционализацию.

Основные положения по организации служб охраны психического здоровья

При реализации вышеуказанных принципов организации служб охраны психического здоровья следует принимать во внимание научно обоснованный подход в отношении вмешательств в сфере психического здоровья, уникальные потребности людей с психическими расстройствами, учитывать пути получения доступа к услугам для населения и пациентов, а также другие важные структурные вопросы, например необходимость межсекторного взаимодействия.

Системы здравоохранения также должны быть ориентированы на нужды многих людей, страдающих тяжелыми и хроническими психическими расстройствами. Эти люди испытывают серьезную нехватку помощи со стороны сегодняшней системы предоставления услуг, в которой упор делается на важность интенсивного лечения острых нарушений в надежде, что большинство пациентов практически полностью восстановятся, не требуя дальнейшей помощи до того момента, когда наступит (или не наступит) очередной рецидив. В противоположность этому более подходящим будет подход, основанный на оказании непрерывной помощи, в рамках которого подчеркивается необходимость учитывать комплексные потребности людей, такие как взаимодействие в социуме, получение работы, психологические потребности и т. д.

Каналы получения помощи – это способы получения для людей, страдающих психическими расстройствами, доступа к поставщикам психиатрических услуг. В развитых и развивающихся странах, где уровни развития системы охраны здоровья сильно разнятся, будут различаться и пути получения помощи. Временами, вследствие их неоптимальности, они могут препятствовать доступу к психиатрическим службам, приводя к задержкам в обращении за помощью и, вследствие этого, к более высокой вероятности неблагоприятных исходов в долгосрочной перспективе.

Кроме того, специалисты по планированию должны уделять внимание борьбе с неравномерной обеспеченностью службами психического здоровья, которая наблюдается между селом и городом.

Для многих служб охраны психического здоровья характерно применение подхода, когда оказание помощи определяется наличием служб, а не основано на потребностях, а это серьезно ограничивает доступ к услугам, особенно для людей, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, чьи нужды выходят за рамки исключительно медицинских и терапевтических вмешательств. В последнее время наблюдается движение в сторону формирования моделей предоставления услуг, основанных на потребностях. Среди таких моделей можно упомянуть комплексное ведение случая, программы ассертивной терапии и организацию реабилитационных поселков для психически больных людей в сельской местности. Такие модели отражают признание того факта, что потребности пациентов должны занимать центральное место, а службы должны быть организованы таким образом, чтобы соответствовать этим потребностям.

Комплексные проблемы многих людей с психическими расстройствами не могут быть решены исключительно сектором здравоохранения. Именно поэтому такое большое значение придается межсекторному взаимодействию. Взаимодействие необходимо как внутри сектора здравоохранения (внутрисекторное сотрудничество), так и с другими секторами (межсекторное сотрудничество).

7.7 Планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья

Цель этого модуля – представить модель для проведения анализа потребностей населения на местах в психиатрической помощи и формирования системы оказания услуг в соответствии с ними. Этот модуль представляет ряд методов планирования и бюджетирования, которые могут оказаться полезными при предоставлении услуг в сфере психического здоровья на местах.

Этапы планирования и бюджетирования представлены в виде непрерывного циклического процесса:

Этап А: Анализ ситуации

В ходе анализа определяется численность населения, нуждающегося в услугах, изучается местный контекст предоставления психиатрической помощи, проводятся консультации со всеми заинтересованными сторонами, определяется, в чьи обязанности входит планирование и бюджетирование услуг в области психического здоровья, а также проводится анализ имеющихся ресурсов, доступных для службы психического здоровья, и уровня пользования услугами.

Этап В: Оценка потребностей

На этом этапе проводится определение потребностей местного населения в психиатрических услугах. Для этого изучаются распространенность, частота развития и тяжесть приоритетных состояний, определяются ресурсы, необходимые службе охраны психического здоровья для удовлетворения выявленных потребностей, а также рассчитываются затраты системы оказания услуг.

Этап С: Постановка целей

На этом этапе сводится воедино собранная информация, и определяются цели для дальнейшего планирования. Определение целей включает в себя выбор и утверждение приоритетов для местных служб охраны психического здоровья, критическую оценку наиболее важных приоритетов, а также постановку среднесрочных целей в области предоставления услуг.

Этап D: Достижение поставленных целей

Обеспечена упорядоченность систем бюджетирования и финансового управления. Для того чтобы удостовериться в том, что достигаются поставленные цели, необходимо проводить мониторинг и оценку деятельности служб. На этом этапе завершается цикл планирования и бюджетирования, и появляется новая информация о деятельности служб, используемая при очередном анализе ситуации.

Дополнительная литература

1. Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones en salud mental en la comunidad. In: Levav L, ed. *Temas de salud mental en la comunidad (serie PALTEX No. 19)*. Washington DC: OPS.
2. Bertolote JM (1998) WHO guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care*. New York: John Wiley and Sons.
3. Murthy SR (1998) Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services*, 49:967-9.

Библиография

1. Alem A et al. (1999) How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:40-7.
2. Araya R et al. (2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178:228-33.
3. Bower P et al. (2000) Randomized controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1389-92.
4. Breakey WR (1996a) The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
5. Breakey WR (1996b) Developmental milestones for community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
6. Breakey WR (1996c) The catchment area. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
7. Brown GW, Harris TO (1993) Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23(1):143-54.
8. Busfield J (1996) Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan; Open University.
9. Cassels A (1995) Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 7:329-47.
10. Chisholm D et al. (2000) Integration of mental health care into primary care: demonstration of cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, 176:581-8.
11. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160:3278-85.

12. Cole E et al. (1995) Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 167:770-6.
13. Desjarlais R et al. (1995) *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York: Oxford University Press Inc.
14. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-7.
15. Dixon L, Adams C, Lucksted A (2000) Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26:5-20.
16. Ferketich AK et al. (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, 160(9):1261-8.
17. Freeman HL (1996) The evolution of community psychiatry in Britain. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
18. Goeree R et al. (1999) The economic burden of schizophrenia in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44:464-72.
19. Gomel MK et al (1995) Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, 47:203-11.
20. Goodwin S (1997) *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. London: Sage Publications.
21. Gunnell D et al. (1999) Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *British Journal of Psychiatry*, 175:263-70.
22. Harpham T, Blue I, (1995) Urbanisation and mental health in developing countries: an introduction. In: Harpam T, Blue I eds. *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. Aldershot: Avebury. p. 7-8.
23. Jones L (1996) George III and changing views of madness. In: Heller T, Reynolds J, Gomm R, Mustan R, Pattison S, eds. *Mental health matters: a reader*. London: MacMillan: Open University.
24. Kamieniecki GW (2001) Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3):352-8.
25. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5):1101-19.
26. Kilonzo GP, Simmons N (1998) Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47:419-28.
27. Kind P & Sorensen J (1993) The costs of depression. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7 (3-4):191-5.
28. Knapp MRJ (1997) Cost of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 171:509-18.

29. Kposowa AJ (2001) Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 31(1):127-38.
30. Leff J, Gamble C (1995) Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24:76-88.
31. Maughan B, McCarthy G (1997) Childhood adversities and psychosocial disorders. *British Medical Bulletin*, 53(1):156-69.
32. Murray CJL, Lopez AD, eds. (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1).
33. Murray CJL, Lopez AD (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9:69-82.
34. Mynors-Wallis L (1996) Problem solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26:249-62.
35. Patel V (2001) Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press Inc. p. 247-61.
36. Reed GM et al. (1994) Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4):299-307.
37. Rice D et al. (1990) *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville: Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).
38. Rice DP, Miller LS (1996) The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N, eds. *Schizophrenia*. London: Wiley.
39. Schulberg HC et al. (1996) Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:913-9.
40. Sharfstein SS (1996) The political and social context of modern community psychiatry. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York: Oxford University Press Inc.
41. Shi L (1999) Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Medical Care*, 37:1068-77.
42. Sidandi P et al. (1999) Psychiatric rehabilitation: the perspective from Botswana. *International Journal of Mental Health*, 28:31-7.
43. Sriram TG et al. (1990) Training primary care medical officers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81:414-7.
44. Somasundaram DJ et al. (1999) Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48:1029-46.
45. Spiegel D et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2(8668):888-91.

46. Sullivan G, Burnam A, Koegel P (2000) Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(10):444-50.
47. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.
48. Ward E et al. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321:1381-8.
49. World Bank (1993) *World development report: investing in health*. New York: Oxford University Press Inc.
50. Всемирная организация здравоохранения (2000 г.) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 год*. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева, Всемирная организация здравоохранения.
51. World Health Organization (2001a) *Atlas: Mental health resources in the world*. Geneva: World Health Organization.
52. Всемирная организация здравоохранения (2001b) *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 год*. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева, Всемирная организация здравоохранения. Имеется на веб-сайте по адресу: <http://www.who.int/whr/en> (предыдущие доклады).
53. Wutzke SE et al. (2001) Cost-effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Social Science and Medicine*, 52:863-70.
54. Ziegelstein RC et al. (2000) Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160:1818–23.

ISBN 92 4 454594 2



9 789244 545942