



ВОССТАНОВИТЬ и УЛУЧШИТЬ

Устойчивая охрана
психического здоровья
после чрезвычайных ситуаций

Краткий обзор



Всемирная организация
здравоохранения

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

WHO/MSD/MER/13.1

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int).

Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности 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, возникший в результате использования этих материалов.

За справками и с отзывами по данному документу обращайтесь по адресу: vanommerenm@who.int.

Для цитирования: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Восстановить и улучшить: устойчивая охрана психического здоровья после чрезвычайных ситуаций. Краткий обзор. ВОЗ: Женева, 2014.

Фото на обложке: Ливия/IRIN/Z. Moloo/2011.

ВОССТАНОВИТЬ и УЛУЧШИТЬ

Устойчивая охрана психического здоровья
после чрезвычайных ситуаций

Краткий обзор

Обращение к читателям	2
Предисловие	4
Благодарности	6
Резюме	9

Обращение к читателям

Совсем недавно, в 2013 году, мир был свидетелем многочисленных чрезвычайных ситуаций, включая кризисную ситуацию с большим числом беженцев в Сирии и в соседних странах, масштабные военные конфликты в Центральноафриканской Республике, Демократической Республике Конго и Мали, а также серьезные наводнения в Боливии, Колумбии, Мозамбике и Филиппинах. Пострадало бесчисленное множество людей, и нанесенный ущерб будет еще долго сказываться на их жизни, по мере того как страны прилагают усилия к восстановлению и реконструкции.

К сожалению, частыми проявлениями чрезвычайных ситуаций и последующего периода являются вынужденные перемещения людей, дефицит продуктов питания и вспышки болезней. Кроме того, разлучаются семьи, дети теряют возможности для получения образования, и за один день могут практически исчезать важнейшие социальные и медико-санитарные службы.

Поэтому, возможно, неудивительно, что чрезвычайные ситуации наносят значительный ущерб психическому здоровью. Чрезвычайные ситуации могут провоцировать нарушения психического здоровья или ухудшать уже имеющиеся расстройства, часто в то самое время, когда существующая инфраструктура охраны психического здоровья ока-



зывается ослабленной. Агентства гуманитарной помощи делают все возможное, чтобы помочь людям удовлетворить потребности в психосоциальной поддержке непосредственно после возникновения чрезвычайной ситуации, но слишком часто предпринимаемые ими меры недостаточны для того, чтобы укрепить системы охраны психического здоровья в долгосрочном плане.

Здесь есть возможность для улучшения. Чрезвычайные ситуации, несмотря на все связанные с ними превратности и проблемы, в то же время дают благоприятный шанс для

трансформации системы охраны психического здоровья. Эти возможности нельзя упускать, поскольку психические, неврологические и наркологические расстройства находятся в ряду тех проблем общественного здравоохранения, которым меньше всего уделяют внимание, и поскольку психическое здоровье играет решающую роль в общем благополучии и продуктивности людей, сообществ и стран, восстанавливающихся после чрезвычайных ситуаций.

Данный доклад ВОЗ содержит детальное описание десяти различных регионов, пострадавших от чрезвычайных ситуаций, в каждом из которых, несмотря на тяжелые обстоятельства, удалось построить более высококачественные и устойчивые системы охраны психического здоровья. Примеры из практики представлены из различных стран, как небольших по размеру, так и более крупных, из стран с низким и средним уровнем дохода, из Африки, Азии, Европы и Ближнего Востока, а также пострадавших как от крупномасштабных природных бедствий, так и от длительных конфликтных ситуаций и массового притока беженцев. Условия в этих странах значительно варьировались, однако все они смогли трансформировать краткосрочную, сиюминутную заинтересованность в вопросах психического здоровья населения в устойчивое долгосрочное улучшение ситуации.

Настоящий доклад ВОЗ выходит за рамки только общих рекомендаций и предоставляет детальное описание, как именно были проведены реформы охраны психического здоровья в этих ситуациях. Важно подчеркнуть, что авторы примеров из практики сообщили не только о своих главных достижениях, но и о наиболее сложных проблемах и путях их преодоления. Также представлены в суммированном виде основные общие направления практики, которые вытекают из этого опыта.

В докладе представлено доказательство идеи о том, что системы охраны психического здоровья можно не только восстановить, но и улучшить, вне зависимости от того, насколько слабыми они были изначально или насколько тяжелой была чрезвычайная ситуация. Я призываю всех читателей предпринять шаги для обеспечения того, чтобы те, кому придется преодолевать будущие чрезвычайные ситуации, не пропустили важной возможности для реформы и развития систем охраны психического здоровья.



Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор,
Всемирная организация здравоохранения

Предисловие

Чрезвычайные ситуации возникают по целому ряду причин: природные бедствия, такие как землетрясения и наводнения; вооруженные конфликты и гражданские войны; техногенные катастрофы, включая радиационные аварии. Вне зависимости от природы пускового фактора результатом часто является череда человеческих страданий. Речь может идти о крупномасштабных вынужденных перемещениях населения, дефиците пищевых продуктов, вспышках болезней, нарушении прав и достоинства человека и смертях.

Однако сфера негативного влияния на людей еще шире: после чрезвычайных ситуаций повышается риск возникновения целого ряда нарушений психического здоровья. У некоторых пострадавших развиваются инвалидизирующие психические нарушения, многие другие находятся в состоянии психологического дистресса. А те, у кого ранее отмечались психические расстройства, часто нуждаются в более серьезной помощи, чем до чрезвычайной ситуации. Когда об этих страданиях узнают в стране и в мире, люди часто стремятся предоставить помощь.

И в этом заключается парадокс. Несмотря на трагическую природу событий и человеческие страдания, которыми они сопровождаются, чрезвычайные ситуации открывают возможность для построения более совершенных систем охраны психического

здоровья. Имеется значительный приток гуманитарной помощи, и проблемы психического здоровья населения внезапно оказываются в центре внимания, что создает беспрецедентные возможности для трансформирования системы охраны психического здоровья в долгосрочном плане.

Как показывает данная публикация, некоторым странам удалось такими возможностями продуктивно воспользоваться. Речь идет о странах, в которых происходила длительная конфликтная ситуация, и о странах, пострадавших от разрушительных природных бедствий. В каждой из них имелась своя собственная уникальная ситуация, но все они, применяя собственные методы, смогли использовать возникшую ситуацию для интенсивной и более широкой реформы охраны психического здоровья.

Полученные результаты оказывают непосредственное и важное влияние на людей. Так, например, Разми¹, девушка-подросток, проживавшая в районе Калмунаи в Шри-Ланке, смогла добиться помощи для своих родителей после разрушительного цунами в 2004 г. Разми присутствовала на беседе в школе со вновь назначенным общинным работником по охране психического здоровья и затем попросила его навестить свою мать, которая замкнулась в себе и стала слышать голоса. Работник быстро установил, что женщина нуждается

¹ Имя изменено

в услугах охраны психического здоровья, но ему пришлось сначала преодолеть сопротивление членов семьи Разми в отношении оказания такого рода помощи. Когда это было сделано, мать Разми направили в новую службу охраны психического здоровья в Калмунаи, услуги которой ей, безусловно, требовались. Позднее отец Разми признался общинному медико-санитарному работнику в том, что ему хотелось бы справиться со своим пристрастием к алкоголю. В результате он тоже получил необходимую помощь.

История семьи Разми не является уникальной. Бесчисленное число семей в различных странах мира получили помощь в результате реформы охраны психического здоровья после чрезвычайных ситуаций.

Те десять примеров из практики, которые легли в основу данного доклада, показывают, как этого можно достичь. Ключом к успеху является формирование с самого начала стойкой и долгосрочной привержен-

ности делу реформы охраны психического здоровья. В данном докладе суммированы извлеченные уроки и общие аспекты практики, вытекающие из этого опыта.

Путем публикации данных материалов Всемирная организация здравоохранения ставит перед собой цель обеспечения того, чтобы в условиях чрезвычайной ситуации не упускались возможности для реформирования системы охраны психического здоровья. Чрезвычайные ситуации – это не только трагедии в области психического здоровья, но также и мощный стимул для создания устойчивой системы охраны психического здоровья в пострадавших сообществах. Нам не известно, где разразится следующая чрезвычайная ситуация, но мы знаем, что те, кто окажется под ее воздействием, получат шанс в ходе восстановления пострадавших систем добиться их улучшения. Ознакомившись с данной публикацией, читатель сможет лучше подготовиться к решению этой задачи.

Shekhar Saxena

Директор, Отдел психического здоровья и токсикомании

Всемирная организация здравоохранения

Richard Brennan

Директор, Отдел управления рисками и гуманитарной помощи при чрезвычайных ситуациях

Всемирная организация здравоохранения

Благодарности

Координация и руководство со стороны ВОЗ

Mark van Ommeren (научный сотрудник, Отдел психического здоровья и токсикомании, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария) инициировал и координировал разработку и издание данной публикации.

Shekhar Saxena (директор, Отдел психического здоровья и токсикомании, Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария) обеспечил общее руководство данным проектом.

Ведущий редактор

JoAnne Epping-Jordan (Сиэтл, США) выполняла функции ведущего редактора.

Составители

JoAnne Epping-Jordan (Сиэтл, США) и Mark van Ommeren (ВОЗ/Женева) написали части 1 и 3, в которых изложены введение, обоснование и анализ реформы в области охраны психического здоровья в контексте восстановления после чрезвычайных ситуаций.

В описания примеров из практики, приведенных в части 2, внесли вклад следующие специалисты:

АФГАНИСТАН

Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Bashir Ahmad Sarwari (Министерство обществен-

ного здравоохранения, Афганистан), Inge Missmahl (Международная психосоциальная организация), Hafiz Faiz (Международный медицинский корпус), Heini Mäkilä (Международная миссия помощи) и Fareshta Queedes (Международная психосоциальная организация).

БУРУНДИ

Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Herman Ndayisaba (HealthNet TPO), Willem van de Put (HealthNet TPO), Nancy Baron (Глобальные психосоциальные инициативы и Психосоциальные службы и учебный институт), Joop de Jong (Амстердамский университет, Бостонский университет и Университет Родес), Jérôme Ndaruhutse (ВОЗ/Бурунди), Jocelyne Miburu (Министерство общественного здравоохранения, Бурунди), Wilma Meeus (HealthNet TPO) и Sonali Sharma (HealthNet TPO).

ЗАПАДНЫЙ БЕРЕГ И СЕКТОР ГАЗА

Hazem Ashour (Министерство здравоохранения, Палестинская автономия), Nargiza Khodjaeva (бывший сотрудник ВОЗ/Западный берег и сектор Газа), Dyaа Saymah (ВОЗ/Западный берег и сектор Газа), Rajiah Abu Sway (ВОЗ/Западный берег и сектор Газа) и Tony Laurance (ВОЗ/Западный берег и сектор Газа).

ИНДОНЕЗИЯ (АЧЕХ) (по алфавиту)

Albert Maramis (ВОЗ/Индонезия) и Andrew Mohanraj (CBM Индонезия).

ИОРДАНИЯ

Anita Marini (бывший сотрудник ВОЗ/Иордания), Hashim Elzein Elmoussaad (бывший сотрудник ВОЗ/Иордания), Nada Al Ward (ВОЗ/Иордания), Zein Ayoub (ВОЗ/Иордания), Bassam Hijawi (Министерство здравоохранения, Иордания), Hania Dawani (Совет Иордании по сестринскому делу), Mohammad Assfour (Национальный центр психического здоровья, Иордания), Zuhair Zakaria (Психологическая ассоциация Иордании), Tewfik Daradke (Университет науки и техники Иордании), Abdel Majeed (Университет Иордании), Mary Jo Vasa (Международный медицинский корпус), Отец Fadi Diab (Епископальная церковь), Hamdi Murad (Иордания) и Our Step (Национальная потребительская ассоциация Иордании).

ИРАК (по алфавиту)

Emad Abdulrazaq (Министерство здравоохранения, Ирак), Ayad Nouri Fattah (Министерство здравоохранения, Ирак), Manhal Helasa (ВОЗ/Ирак, офис в Аммане), Aqila Noori (ВОЗ/Ирак, офис в Аммане), и Nezar Ismet Taib (Центр психического здоровья, Духок, Курдистан, Ирак).

КОСОВО (по алфавиту)

Ferid Agani (Министерство здравоохранения, Косово), Dévora Kestel (ПАОЗ/ВОЗ), Besnik Stuja (ВОЗ/Приштина), Skender Sylja (ВОЗ/Приштина) и Liliana Urbina (бывший сотрудник ВОЗ/Приштина).

СОМАЛИ

Humayun Rizwan (ВОЗ/Сомали), Mohammad Fuje (ВОЗ/Сомали), Martha Everard (ВОЗ/Сомали), Khalid Saeed (ВОЗ/Каир) и Abdur Rehman Ali Awale (Больницы Хабеб, Сомали).

ТИМОР-ЛЕШТИ

Derrick Silove (Университет Нового Южного Уэльса), Teofilo Julio Kehic Tilman (Департамент психического здоровья, Тимор-Лешти) и Zoe Hawkins (бывший сотрудник Министерства здравоохранения, Тимор-Лешти).

ШРИ-ЛАНКА

T Suveendran (ВОЗ/Шри-Ланка), FR Mehta (ВОЗ/Шри-Ланка), Jayan Mendis (Национальный институт психического здоровья, Шри-Ланка), M Ganesan (Национальный институт психического здоровья, Шри-Ланка), TRC Ruberu (Министерство здравоохранения, Шри-Ланка), PG Mahipala (Министерство здравоохранения, Шри-Ланка), Lakshmi C Somatunga (бывший директор отдела охраны психического здоровья, Министерство здравоохранения, Шри-Ланка), Prasantha de Silva (Министерство здравоохранения, Шри-Ланка), Berit Kieselbach (бывший сотрудник ВОЗ/Шри-Ланка) и John Mahoney (бывший сотрудник ВОЗ/Шри-Ланка).

Рецензенты

Следующие эксперты приняли участие в рецензировании предварительных версий данной публикации или ее отдельных глав и представили замечания и предложения по ее доработке:

Stephen Alderman (Фонд Питера Олдермана), Dan Chisholm (ВОЗ/Женева), Julian Eaton (CBM International), Michelle Funk (ВОЗ/Женева), Berit Kieselbach (ВОЗ/Женева), Devora Kestel (РАНО/ВОЗ/Вашингтон), Thierry Liscia (Французское агентство развития (AFD)), John Mahoney (бывший сотрудник ВОЗ/Шри-Ланка), Anita Marini (бывший сотрудник ВОЗ/Иордания), Claire Milligan («Absolute Return for Kids»), Harry Minas (Университет Мельбурна), Andrew Mohanraj (CBM Индонезия), Matt Muijen (ВОЗ/Копенгаген), Arne Ørum (Норвежский совет по психическому здоровью), Pau Perez-Sales (Врачи мира [MdM-Испания]), Benedetto Saraceno (Новый университет Лиссабона), Khalid Saeed (ВОЗ/Каир), Alison Schafer («World Vision International»), Yutaro Setoya (ВОЗ/Женева), Mathias Themel (Европейская комиссия), Graham Thornicroft (Королевский колледж, Лондон), Peter Ventevogel (HealthNet TPO), Xiangdong Wang (ВОЗ/Манила) и Inka Weissbecker (Международный медицинский корпус).

Научное редактирование

David Wilson (Оксфорд, Соединенное Королевство)

Графический дизайн и оформление

Alessandro Mannocchi (Рим, Италия)

Поддержка со стороны интернов

Michelle Hourigan и Karen Paul (ВОЗ/Женева)

Административная поддержка

Mylène Schreiber (ВОЗ/Женева) и Grazia Motturi (ВОЗ/Женева)

Финансирование

Финансирование подготовки и издания данной публикации предоставили ВОЗ, CBM и – в отношении примера из практики Иордании – Соединенные Штаты Америки.

Резюме

Чрезвычайные ситуации, несмотря на свою трагическую природу и негативные последствия для психического здоровья, дают также беспрецедентные возможности для улучшения жизни значительного числа людей путем реформы системы охраны психического здоровья. Это важно, поскольку психиче-

ское здоровье имеет ключевое значение для общего благополучия, функционирования и жизнестойкости отдельных индивидуумов, обществ и стран, восстанавливающихся после природных бедствий, вооруженных конфликтов и воздействия других поражающих факторов и угроз.



Публикация «*Восстановить и улучшить: устойчивая охрана психического здоровья после чрезвычайных ситуаций*» призвана повысить уровень осведомленности об этом типе возможностей. В ней описано, как они были с успехом использованы в 10 различных регионах, пострадавших от чрезвычайных ситуаций. Суммированы извлеченные уроки и основные общие приемы практики, вытекающие из этого опыта.

Публикуя данный доклад, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стремится обеспечить, чтобы в процессе преодоления чрезвычайных ситуаций не упускались возможности для реформы и дальнейшего развития системы охраны психического здоровья.

Настоящий доклад состоит из трех отдельных частей.

Часть 1

В части 1 представлено обоснование для рассмотрения чрезвычайных ситуаций в качестве возможности для построения более совершенной системы охраны психического здоровья.

Во время чрезвычайных ситуаций психическое здоровье людей требует особого внимания. Это связано с тремя общими вопросами: более частое возникновение расстройств психического здоровья, ослабление инфраструктуры охраны психического здоровья, а также трудности в координации работы агентств и структур, оказывающих поддержку в области психического здоровья и психосоциальную поддержку.

Чрезвычайные ситуации открывают уникальные возможности для того, чтобы улучшить оказание помощи всем людям, нуждающимся в охране психического здоровья. Во время и непосредственно после чрезвычайных ситуаций средства массовой информации нередко уделяют вполне обоснованное повышенное внимание страданиям людей, включая их психологические реакции на стрессовые факторы. В некоторых странах государственные лидеры высокого уровня впервые выражают серьезную озабоченность относительно психического здоровья жителей. Этому нередко сопутствует появление у национальных и международных агентств желания и финансовых возможностей для оказания поддержки в области психического здоровья и психосоциальной помощи пострадавшим людям. Иными словами, во время чрезвычайных ситуаций и внимание, и ресурсы направлены на решение проблемы психологического благополучия пострадавших.

давших людей, и в это же самое время руководители проявляют желание рассматривать варианты изменения существующего положения дел.

В своей совокупности эти факторы создают возможность для создания и приведения в действие более устойчивых служб охраны психического здоровья. Однако этот позитивный импульс необходимо генерировать на ранних стадиях, так чтобы приток инвестиций не прекращался после разрешения острой кризисной ситуации.

Возможности, появляющиеся в результате чрезвычайных ситуаций, играют важную роль, поскольку по всему миру остаются значительные пробелы в реализации всесторонней охраны психического здоровья на уровне сообществ. Это особенно справедливо для стран с низким и средним уровнем дохода, где ресурсы нередко ограничены.

Страны, оказавшиеся в условиях чрезвычайной ситуации, не должны упускать шанса использовать возникающую политическую волю, чтобы изменить общее положение дел в лучшую сторону и начать проведение реформы охраны психического здоровья.



Индонезия (Ачех). © Jefri Aries/IRIN. Публикуется с разрешения правообладателя.

Часть 2

В части 2 представлено 10 примеров из практики регионов, которые смогли воспользоваться этими возможностями во время и после чрезвычайных ситуаций для построения более совершенной системы охраны психического здоровья. В этих примерах отображен широкий круг различных чрезвычайных ситуаций и политических контекстов. Накопленный в данной области опыт, хотя уровень его еще недостаточен, тем не менее подтверждает справедливость мысли о том, что в чрезвычайной ситуации можно предпринять действия, направленные на системные изменения, и построить более совершенные системы охраны психического здоровья. При описании каждого примера подчеркиваются извлеченные уроки.

Афганистан. После падения правительства Талибана в 2001 году психическое здоровье было объявлено приоритетным направлением в здравоохранении и включено в базовый набор услуг здравоохранения страны. Был достигнут значительный прогресс. Так, например, за период после 2001 г. в провинции Нангархар свыше 1000 работников здравоохранения были обучены основным методам охраны психического здоровья и почти 100 000 человек были обследованы и получили помощь.

Бурунди. До последнего десятилетия в стране практически отсутствовали современные службы охраны психического здоровья, но сегодня государство обеспечивает поставку основных психиатрических препаратов через национальный центр распространения лекарств, и в ряде провинциальных больниц созданы амбулаторные кабинеты охраны психического здоровья. За период с 2000 по 2008 год была оказана помощь более чем 27 000 человек посредством вновь созданных служб охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки.

Западный берег и сектор Газа. В течение последнего десятилетия были достигнуты значительные улучшения в системе охраны психического здоровья в плане оказания помощи на уровне сообществ и интеграции охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи. В 2010 г. в общинных центрах охраны психического здоровья в различных районах Западного берега и сектора Газа получили помощь свыше 3000 человек.

Индонезия (Ачех). В течение нескольких лет после разрушительного цунами 2004 г. службы охраны психического здоровья провинции Ачех преобразились: взамен единственной психиатрической больницы создана система базовых услуг охраны психического здоровья, работающая на основе первичной медико-санитарной помощи при поддерж-

ке со стороны звеньев вторичной помощи через районные больницы общего профиля. В настоящее время в 13 из 23 районов существуют отдельные бюджеты для охраны психического здоровья, в то время как 10 лет назад таких бюджетов не было нигде. Система психического здоровья провинции Ачех рассматривается в качестве модели для других провинций Индонезии.

Иордания. Приток беженцев из Ирака в Иорданию обусловил оказание масштабной поддержки со стороны гуманитарных агентств. В этих условиях было инициировано создание системы охраны психического здоровья, действующей на базе местных сообществ. Значительные положительные результаты, полученные в рамках данного проекта, дали стимул для более широких изменений в масштабе всей страны. Новые отделения охраны психического здоровья на уровне местных сообществ в период с 2009 по 2011 год оказали помощь более чем 3550 нуждающимся.

Ирак. С 2004 г. проводится реформа системы охраны психического здоровья. В больницах общего профиля созданы и функционируют отделения охраны психического здоровья населения, которые получают более стабильное ресурсное обеспечение. За период после 2004 г. 80–85% психиатров, свыше 50% врачей общего профиля и 20–30% медицинских сестер, психологов и социальных работников в стране прошли повышение квалификации в области охраны психического здоровья.

Косово². После конфликта стремительные политические изменения создали возможность для реформирования системы охраны психического здоровья в Косово. Силами целевой группы по психическому здоровью был составлен новый стратегический план для руководства и координации этих усилий. Сегодня в каждом из семи округов Косово предоставляется широкий спектр услуг охраны психического здоровья на уровне местных сообществ.

Сомали. В течение свыше 20 лет государственная структура в Сомали носит фрагментарный характер, и на протяжении большей части этого периода страну разрывали конфликты и чрезвычайные ситуации. Несмотря на эти проблемы, служба охраны психического здоровья улучшилась. За период с 2007 по 2010 год свыше 1700 человек с психическими расстройствами были буквально образом освобождены от цепей.

Тимор-Лешти. Страна прошла путь от полного отсутствия услуг охраны психического здоровья в 1999 г. до действующей в настоящее время всесторонней системы охраны психического здоровья на уровне местных сообществ. Сегодня Национальная стратегия

² Везде в настоящем документе название Косово используется в соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999 г.).

охраны психического здоровья в Тиморе-Лешти является частью общего долгосрочного стратегического плана Министерства здравоохранения. Приблизительно в одной четверти из 65 общинных центров здравоохранения страны работают медицинские сестры общего профиля, получившие подготовку по охране психического здоровья; в период до чрезвычайной ситуации ни в одном центре такого персонала не было.

Шри-Ланка. В период после цунами 2004 года Шри-Ланка добилась значительного и стремительного прогресса в развитии базовых услуг охраны психического здоровья, которые распространились за пределы регионов, пострадавших от цунами, на большую часть территории страны. Новая национальная политика охраны психического здоровья определяет развитие децентрализованной помощи и услуг на уровне местных сообществ. Сегодня инфраструктура для оказания помощи по охране психического здоровья имеется в 20 из 27 районов страны, по сравнению с 10 районами до цунами.

Часть 3

В части 3 суммированы общие приемы практики, повторяющиеся в описанных 10 примерах. Несмотря на значительную вариабельность прочих условий, среди множества случаев можно усмотреть и определенные общие черты.

- 1. С самого начала реформа охраны психического здоровья поддерживалась путем планирования для обеспечения долгосрочной устойчивости.** Как продемонстрировано в ряде примеров, приведенных в данном докладе, реформирование системы охраны психического здоровья, начатое в разгар чрезвычайной ситуации, оказывалось успешным, когда с самого начала ставка делалась на долгосрочную перспективу.
- 2. Был принят в рассмотрение широкий спектр потребностей населения, пострадавшего от чрезвычайной ситуации, в услугах охраны психического здоровья.** Во многих случаях, описанных в данном докладе, были предприняты реформы, направленные на решение широкого круга проблем психического здоровья. Ни в одном из рассмотренных примеров не практиковались изолированные (вертикальные) услуги лишь по одному виду расстройств (например, таких как посттравматическое стрессовое расстройство), которые бы игнорировали другие психические нарушения.
- 3. Была сохранена центральная роль государственных органов.** Во время и непосредственно после чрезвычайных ситуаций, описанных в настоящем докладе, государственные структуры понесли существенный ущерб, однако гуманитарная

помощь помогла в последующем их укрепить. Примеры включают прикомандирование квалифицированных специалистов и временную передачу ряда функций неправительственным организациям (НПО), действующим под руководством государственных структур.

- 4. Ключевую роль играли национальные специалисты.** Местные специалисты, даже в случае их малочисленности, активно содействовали продвижению и определению направлений реформы охраны психического здоровья. Международные эксперты и агентства были вовлечены в эту работу и оказывали помощь в реформе охраны психического здоровья, но лишь в той степени, в какой их приглашали принять участие.
- 5. Важнейшее значение имела межведомственная координация.** Координация различных действующих сил в области охраны психического здоровья, как правило, играла ключевую роль в разработке путей для реформирования системы охраны психического здоровья. Она позволяла достигать консенсуса среди различных партнеров и затем базировалась на согласованных механизмах. Она также нередко помогала партнерам дополнять усилия друг друга, вместе с тем не дублируя их, путем рационального распределения сфер ответственности.
- 6. Реформа системы охраны психического здоровья включала пересмотр и обзор национальных стратегий и планов.** В большинстве случаев, охарактеризованных в данном докладе, изложен общий процесс, включая реформу политики. В условиях бедствия, когда политическая воля для оказания помощи в охране психического здоровья проявляется в большей степени, процесс реформирования политики чаще всего ускорялся.
- 7. Система охраны психического здоровья рассматривалась и укреплялась как единое целое.** Во многих описанных случаях процессы обзора и оценки системы охраны психического здоровья проводились всесторонним образом, от уровня местных сообществ до этапа оказания третичной помощи. Такая методика обеспечила анализ всей системы и позволила оценить ущерб, нанесенный ей в результате чрезвычайной ситуации. Ключевой стратегией была децентрализация ресурсов охраны психического здоровья в сторону оказания помощи на уровне местных сообществ.
- 8. Кадры здравоохранения были реорганизованы и обучены.** В период после чрезвычайной ситуации нередко возникали возможности для реорганизации, дополнительной подготовки и обеспечения постоянного методического руководства кадрами здравоохранения, для того чтобы медицинские работники были в состоянии более эффективно оказывать помощь при расстройствах психи-

ческого здоровья. Ресурсы вкладывались в большей степени в людей и в службы, нежели в восстановление зданий.

9. Демонстрационные проекты дали доказательства эффективности данной концепции и послужили привлечению дополнительной поддержки и средств для реформы системы охраны психического здоровья.

Демонстрационные проекты дали доказательства эффективности выбранного пути. Они также помогли обеспечить стимулы для более долгосрочного финансирования. Последнее сообщение было особенно актуальным, когда демонстрационные проекты оказывались напрямую связаны с обсуждениями и планами в отношении более широкой реформы системы охраны психического здоровья.

10. Активная информационно-разъяснительная деятельность помогала поддерживать темпы изменений.

Почти во всех примерах, описанных в настоящем докладе, упомянуты отдельные люди или группы, которые выступали активными поборниками и популяризаторами идеи широкой реформы системы охраны психического здоровья. Они помогали поддерживать динамику перемен. Информационно-разъяснительная работа становилась наиболее успешной, когда различные группы людей не только получали информацию по данным вопросам, но и были активно вовлечены в процесс реализации реформ.

В примерах, представленных в настоящем докладе, показано, что реформа системы охраны психического здоровья может рассматриваться как вполне реалистичный компонент восстановления после кризиса даже при наиболее сложных внешних обстоятельствах. Несмотря на то что основная часть инвестиций в охрану психического здоровья была предназначена для решения острых гуманитарных потребностей, предпринимались исключительные усилия, для того чтобы перенаправить часть их на реформу всей системы охраны психического здоровья. Залогом достижения успеха, по всей видимости, послужили кратко охарактеризованные выше 10 принципов практической деятельности.

Глобальный прогресс в области охраны психического здоровья пойдет более быстрыми темпами, если при каждой кризисной ситуации будут предприниматься стратегические шаги, для того чтобы преобразовать временно обостренное внимание к проблемам охраны психического здоровья в движущую силу для кардинальной реформы в этой сфере. Это не только будет способствовать улучшению здоровья людей, но также позволит повысить уровень функционирования и устойчивости сообществ, восстанавливающихся после чрезвычайных ситуаций. Читателям предлагается ознакомиться с описанными примерами и обдумать, каким образом приведенные общие приемы практики и извлеченные уроки можно было бы применить в их собственных обстоятельствах.



Сомали. © Kate Holt/IRIN. Публикуется с разрешения правообладателя.



Афганистан. © Kate Holt/IRIN. Публикуется с разрешения правообладателя.

“Мой опыт работы в регионах, пострадавших от природных бедствий и антропогенных катастроф, привел меня к мысли о том, что психологические раны могут приносить такой же ущерб, как и разрушение физической инфраструктуры. Я благодарен Всемирной организации здравоохранения, которая в своей публикации *«Восстановить и улучшить»* проливает новый свет на этот важный вопрос и объясняет, насколько это важно, чтобы частью любого долгосрочного восстановления в период после чрезвычайных ситуаций становилось создание устойчивых систем охраны психического здоровья”.

Президент Билл Клинтон

“Психическое здоровье – это важный аспект восстановления после кризиса, в чем я лично убедился в ряде стран, где мне приходилось работать. Несомненно, долгосрочный ущерб для людей и для развития обществ может быть даже больше, чем непосредственный вред. Настоящая впечатляющая публикация дает правомерную рекомендацию в отношении долгосрочного подхода к вопросам охраны психического здоровья после кризисных ситуаций”.

Нейл Буне

**Председатель Тематической рабочей группы IASC по вопросам восстановления на раннем этапе
Бюро по предотвращению кризисов и восстановлению
Программа развития Организации Объединенных Наций**

“Чрезвычайные ситуации открывают важные возможности для развития и совершенствования систем здравоохранения и медицинской помощи в долгосрочном плане. В данной книге прекрасно проиллюстрировано, как наши коллеги в области охраны психического здоровья – важной проблемы, которой все еще не уделяется достаточного внимания в здравоохранении, – использовали эту возможность, для того чтобы “восстановить и улучшить”. Настоящая публикация выходит за рамки общих рекомендаций и призывов, убедительно доказывая, что инвестировать в системы охраны психического здоровья в период после чрезвычайных ситуаций имеет вполне реальный смысл”.

Пол Фармер

**Директор-основатель, «Партнеры в защите здоровья»,
Заведующий кафедрой глобального здравоохранения и социальной
медицины, медицинский факультет Гарвардского университета**

Чрезвычайные ситуации, несмотря на свою трагическую природу и негативные последствия для психического здоровья, открывают беспрецедентные возможности для создания более совершенных систем охраны психического здоровья в интересах всех нуждающихся людей. Это важно, поскольку психическое здоровье имеет ключевое значение для общего благополучия, функционирования и жизнестойкости отдельных индивидуумов, обществ и стран, восстанавливающихся после чрезвычайных ситуаций.

Глобальный прогресс в области охраны психического здоровья пойдет более быстрыми темпами, если при каждой кризисной ситуации будут предприниматься усилия для того, чтобы преобразовать временно обостренное внимание к проблемам охраны психического здоровья в движущую силу для долгосрочного улучшения в данной сфере. В публикации *«Восстановить и улучшить. Устойчивая охрана психического здоровья после чрезвычайных ситуаций»* описано, как эта задача решалась в 10 различных регионах, пострадавших от чрезвычайных ситуаций.

Публикуя данный доклад, Всемирная организация здравоохранения стремится обеспечить, чтобы в процессе преодоления чрезвычайных ситуаций не упускались возможности для реформы и дальнейшего развития системы охраны психического здоровья.

