



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет  
Пятьдесят третья сессия**

Вена, 8–11 сентября 2003 г.

Пункт 6(а) предварительной повестки дня

EUR/RC53/7  
+ EUR/RC53/Conf.Doc./2  
27 июня 2003 г.  
30864

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Психическое здоровье в Европейском регионе ВОЗ**

За последние пять лет был выдвинут целый ряд важных инициатив, с тем чтобы лица, разрабатывающие и определяющие политику в Европейском регионе ВОЗ, отдавали себе больший отчет в масштабах и серьезности того бремени, каковыми являются психические недуги. В результате этого психическому здоровью сейчас отводится более значительное и важное место в политической повестке дня в Регионе. Тем не менее, все еще налицо значительные различия в предоставлении услуг, степени распространенности и смертности от психических заболеваний, а также недостатки и упущения в том, что касается разработки стратегий и национального планирования в этой области.

Настоящий отчет представляет собой краткий обзор ситуации, с указанием на достижения, акцентируя серьезнейшую необходимость действий. Дается описание трудностей, вызовов и проблем, возникших в последнее время, и указываются цели и ожидаемые результаты предстоящей Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по психическому здоровью, которая состоится в 2005 г.

Проект соответствующей резолюции прилагается для рассмотрения на сессии Регионального комитета.



## Содержание

	<i>Стр.</i>
Последние тенденции и неудовлетворенные потребности в области психического здоровья.....	1
Регион различий.....	1
Смертность, связанная со стрессами.....	1
Социальное исключение.....	2
Европейская программа ВОЗ по охране психического здоровья.....	3
Целевые группы.....	3
Сети.....	4
Партнерские связи.....	4
Разработка политики и повышение осознания.....	5
Исходная документация и рабочие документы.....	5
Руководящие принципы.....	6
Резолюции и декларации.....	6
Основные стратегии и направления действий.....	7
Деятельность в странах.....	7
Деятельность при участии многих стран.....	8
Достижения.....	9
Вызов: общественное здравоохранение невозможно без охраны психического здоровья.....	9
Возникающие темы.....	10
Бедствия/катастрофы и угрозы.....	10
Бедность.....	11
Насилие.....	11
Фактические данные.....	11
Этические аспекты.....	12
Конференция ВОЗ на уровне министров 2005 г.: “Охрана психического здоровья – проблемы и пути их решения”.....	12



## Последние тенденции и неудовлетворенные потребности в области психического здоровья

### Регион различий

1. Согласно статистическим данным, связанным с индексом гуманитарного развития Организации Объединенных Наций, Европейский регион ВОЗ является Регионом с самыми богатыми и одновременно самыми бедными странами в мире. Налицо огромные различия в валовом внутреннем продукте на душу населения (ВВП) – от 500 долл. США до более чем 30 000 долл. США в год. Процент ВВП, расходуемый на цели здравоохранения, также характеризуется большими различиями – от 2% до 11% – причем на долю наименее развитых стран приходится наименьшие суммы. Аналогичным образом, процент бюджетных средств на цели здравоохранения, выделяемых на охрану психического здоровья, характеризуется огромными различиями: от полного отсутствия бюджетных средств до более 20%. И здесь на долю наименее развитых стран, как правило, приходится наименьшие затраты.
2. Для некоторых восточноевропейских стран характерны чрезмерные показатели госпитализации, при которой 60% всех пациентов проходят лечение в крупных учреждениях/стационарах (500 и более койко-мест). Из-за неприемлемых условий лечения и недостатков в том, что касается прав человека и добросовестности, некоторые из этих стационаров отличаются высокими уровнями смертности (до 40% в год). И наоборот, в отношении лиц с тяжелыми психическими болезнями наблюдаются невнимание, запущенность и заброшенность в некоторых западноевропейских странах, где в некоторых столичных городах психическими расстройствами страдает до 50% бездомных.
3. Все большую озабоченность вызывают также значительные различия в области самоубийств. Показатели самоубийств в Европейском регионе обнаруживают десятикратные колебания в среде молодых женщин и сорокакратные среди молодых мужчин, с различными тенденциями в различных странах, колеблющимися от уменьшения на 40% до увеличения на 80% в течение 15-летнего периода времени.
4. В целом же, наличие служб и услуг для психически больных представляется недостаточным. Такие услуги должны быть также приемлемы с точки зрения их профессионального качества и их способности избегать или не навлекать дальнейшей стигматизации, дискриминации и социального исключения, маргинализации. Последний аспект является реальным риском в странах, где регистрация в качестве психически больного ведет к долговременным и всеобъемлющим законодательным ограничениям в плане образования и права работать по целому ряду профессий, получать водительские права, социальную поддержку, голосовать и т.д. Зачастую этих ограничений можно избежать только с помощью дорогостоящих частных услуг, которые могут позволить себе лишь немногие.

### Смертность, связанная со стрессами

5. В Европейском регионе налицо также значительные (<30%) различия в ожидаемой продолжительности жизни, что в значительной мере обусловлено социальными стрессами, психическими недугами и деструктивным образом жизни. Особенно в обществах и среди контингентов населения, подвергающихся резким и вызывающим стрессы изменениям, эти различия объясняются целым рядом обусловленных стрессами факторов, включая депрессию и самоубийства, наркоманию, насилие, поведение и образ жизни, связанные с риском, а также сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболеваемость и смертность.
6. В связи с уязвимостью, беспомощностью, утратой индивидуальности, социальных связей и сплоченности в этих странах возросла численность смертей, которых можно было бы избежать, и серьезно пострадала основополагающая структура общества. В некоторых государствах-членах ожидаемая продолжительность жизни снизилась на 10 лет, в случае мужчин даже на 13 лет,

причем в течение одного десятилетия, что было вызвано повышением заболеваемости и смертности, связанных со стрессами. Показатели самоубийств в некоторых странах увеличились в девять раз, достигнут тем самым уровня, в девять раз превышающего средние показатели стран Европейского союза (ЕС). Число случаев алкогольного психоза в некоторых странах увеличилось в четыре раза, тогда как число смертей в результате внешних причин (включая несчастные случаи) повысилось с двух до шести раз по сравнению со средними показателями ЕС, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний возросла с 2,5 до пяти раз по сравнению со средними показателями в ЕС.

7. В некоторых новых независимых государствах бывшего Советского Союза (ННГ) преступность среди молодежи возросла на 350%, а уровни наркомании и токсикомании среди молодежи и юношества повысились в семь раз. Даже в уровнях убийств, включая убийства детей, наблюдается увеличение с двух до девяти раз по сравнению со средними показателями ЕС. Вместе с тем возвращение к более стабильным условиям общества в настоящее время приводит сейчас к постепенной нормализации этого положения, как показывает увеличение ожидаемой продолжительности жизни в некоторых странах Балтии, отражая тем самым финансовую и социальную стабилизацию начиная с 1998 г.

8. В западноевропейских странах психические болезни, депрессии и уязвимость, связанные с социальными изменениями, неуверенностью в отношении работы и ослаблением социальных связей, также взимают свою тяжелую дань. Сорок один миллион взрослых злоупотребляют алкоголем или зависят от него, причем примерно 66% из этого числа не получают никакого лечения. Потери от алкоголизма в некоторых европейских обществах составляют ориентировочно до 3% ВВП. У 25% всего населения развиваются психические отклонения в тот или иной период жизни. Пятьдесят восемь из 1000 взрослых, или 33,4 миллиона людей в Европе, страдают тяжелыми депрессиями. У 10–20% от суммарного количества детей наблюдается одно отклонение психического поведения или более, и более чем 25% сталкиваются с психическими или поведенческими проблемами.

9. Большинство лет, измеряемых по показателю годов жизни, скорректированных на инвалидность (DALY), теряются из-за депрессий, и это бремя предположительно удвоится к 2020 г. Число самоубийств во многих странах в настоящее время превышает число смертей в результате дорожно-транспортных происшествий, и в странах со средними и высокими показателями самоубийств их “стоимость” (или обусловленные ими потери) составляет до 1,5% годового ВВП.

## **Социальное исключение**

10. По всей Европе можно встретить различные степени стигматизации, табуизирования, дискриминации и социального исключения, жертвами которых становятся различные группы и контингенты с психическими проблемами в разных странах. В условиях безработицы высокому риску часто подвергаются подростки, включая их семьи. Очень сильно от этого страдают мужчины, особенно от стрессов в местах работы и производства и неуверенности в сохранении работы в ситуациях, угрожающих их статусу и положению как кормильцев семьи в более традиционных обществах.

11. Маргинализация психически уязвимых людей зачастую обусловлена психологическими и социальными факторами и отношениями, являющимися прочно укоренившимися в обществе и поддерживаемыми всевозможными предрассудками и неверием. Значительными препятствиями для восстановительных реинтеграционных процессов, нормализации и гуманизации являются зачастую законодательные и административные шаблоны и рутина.

12. Исследование, проведенное целевой группой ВОЗ по борьбе со стигматизацией, показывает, что особенно дискредитирующим и стигматизирующим фактором на большей части Европейского региона считается шизофрения. Психическое заболевание воспринимается чаще как нечто

негативное, хотя для людей в настоящее время характерно несколько лучшее понимание депрессий, умственной отсталости и слабоумия (деменции). Тем не менее, все еще распространено сильное (и растущее) восприятие психически больных лиц как буйных и агрессивных. Депрессия, наркомания, старческое слабоумие и эпилепсия все еще ведут к отчуждению или лишению прав человека, надлежащих условий жизни, интегрированности, вовлеченности в дела и структуру общества, а также надлежащего обучения и образования во многих странах. Согласно представляемым данным, положение с уровнями стигматизации и качеством обслуживания подростков и детей не лучше, чем у взрослых. Однако хотя бы одним положительным изменением является фактор повышающейся активности и заинтересованного отношения организаций пациентов и семей.

13. Пользующиеся всеобщим уважением общественные деятели некоторых стран Западной и Северной Европы открыто заявили, что они нуждались в поддержке и содействии в плане психического здоровья, особенно в связи с депрессией в какие-то периоды своей жизни, и это позволило снять печать постыдности, “дестигматизировать” ситуацию в глазах многих. Тем не менее, стигматизация и табуизирование все еще остаются одними из важнейших препятствий в Европе для раннего вмешательства и реабилитации, реинтеграции психически уязвимых людей, что имеет решающее значение для предсказания дальнейшего течения болезни.

14. Все еще значительным является разрыв и задержки с лечением. В некоторых европейских странах более 60% людей с эпилепсией не получают необходимого лечения, равно как и до 45% случаев шизофрении, а 50% депрессий в рамках первичной медико-санитарной помощи остаются нераспознанными, несмотря на тот факт, что 30% консультаций у общепрактикующих врачей связаны с проблемами психического здоровья.

## Европейская программа ВОЗ по охране психического здоровья

### Целевые группы

15. В 1998 г. вновь возобновилась деятельность региональной программы по психическому здоровью, с использованием имеющихся сетей сотрудничающих центров ВОЗ и многоцентрового исследования ВОЗ по парасуицидам для выявления и обеспечения взятия обязательств по кадровым/людским ресурсам для сотрудничества.

16. Сосредоточив усилия на четырех основных проблемных областях и используя ресурсы сотрудничающих центров ВОЗ, были созданы четыре целевые группы, а именно:

- 1) целевая группа по **преждевременной смертности и чрезмерной заболеваемости**, обусловленными стрессами и психическими болезнями, с заострением усилий прежде всего на положении в государствах-членах, подвергающихся серьезнейшим и драматическим изменениям;
- 2) целевая группа по **дестигматизации**, с уделением основного внимания правам человека и явлениям исключения, остракизма, и разрабатывая стратегию реабилитации, реинтеграции психически больных и уязвимых людей в жизнь общества;
- 3) целевая группа по **оценкам**, предоставляющая государствам-членам возможность проведения аудитов и ревизий, оценок и анализа положения на уровне стран с учетом их потребностей, и оказывая содействие в том, что касается необходимых процессов формулирования, ратификации, внедрения и мониторинга политики и стратегий стран в области психического здоровья; и совсем недавно
- 4) целевая группа по **психическому здоровью детей и подростков**, созданная с целью удовлетворения возрастающего спроса, анализа конкретных проблем и

формулирования руководящих принципов в связи с различными аспектами недугов в детском и подростковом возрасте, а также психическими и поведенческими нарушениями и патологией.

## **Сети**

### ***Европейская сеть ВОЗ по психическому здоровью***

17. Образована сеть национальных координаторов, назначаемых на уровне министров, для содействия программе в ее работе. В настоящее время она включает в себя все государства - члены Региона. Эта сеть проявила себя как очень важный и ценный инструмент по предоставлению информации, внесению всевозможных предложений и обеспечению обратной связи для программы. Она получает также информацию, способствует оказанию технического содействия национальным структурам в области психического здоровья. В частности, она являлась важным передатчиком информации и разработчиком и генератором инициатив, приведших к составлению “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.”<sup>1</sup>, а также для передачи данных, связанных с проектом ВОЗ по составлению Атласа ресурсов психического здоровья и для предложения важной тематики для действий. Одновременно с этим сеть функционирует в качестве коллегиальной группы, осуществляющей поддержку и обзор, концентрируя и сводя воедино специальные знания, экспертизу в рамках настоящего европейского форума по психическому здоровью. Совещания сети проводятся два раза в год.

### ***Европейская сеть ВОЗ по предупреждению и исследованиям в области самоубийств***

18. В течение 1980–1990-х годов европейское многоцентровое исследование по попыткам самоубийств включало исследовательские центры в целом ряде европейских государств-членов. Эта сеть была реорганизована и усилена в 2001–2002 гг. и в настоящее время расширена для охвата наибольшего числа стран Центральной и Восточной Европы, где ощущается срочная (и возрастающая) потребность в профилактике самоубийств. В сети ежегодно проводятся совещания, и она оказывала содействие осуществлению стратегии предупреждения самоубийств в 10 странах в течение последних трех лет.

## **Партнерские связи**

### ***Внутри ВОЗ***

19. В рамках Регионального бюро программа по психическому здоровью осуществляет сотрудничество с программами по вопросам злоупотребления алкоголем и веществами, обеспечению готовности и реагированию на бедствия и катастрофы, неинфекционным болезням, сетям “здоровых регионов”, вопросам питания и стратегий, основывающихся на фактических данных.

20. Сотрудничество со штаб-квартирой ВОЗ охватывает области предупреждения самоубийств и депрессий, а также включает деятельность в рамках глобальной программы действий по разработке и распространению руководящих принципов и стратегий, главным образом, в области политики, законодательства и активной пропаганды. Осуществлялось активное сотрудничество по вопросам разработки, презентации и распространения “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.”.

21. В целом же опыт показывает, что глобальные и нормативные функции программы по психическому здоровью штаб-квартиры ВОЗ и деятельность Регионального бюро, сконцентрированные на странах, взаимообусловлены и нуждаются друг в друге для совместного

---

<sup>1</sup> “Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.



вклада, разработки, распространения моделей надлежащей практики в рамках глобальных, региональных и национальных стратегий взаимодействия.

### **Вне ВОЗ**

22. Сотрудничество с другими межправительственными и интеграционными организациями было главным образом сосредоточено на разработке и развитии общих стратегий и организаций совместных совещаний, включая обмен знаниями и ресурсами с Европейской комиссией в соответствии с декларацией ВОЗ/ЕС о непрерывном укреплении и пропаганде психического здоровья и предоставлении служб и услуг по охране психического здоровья. Страны, вступающие в ЕС, в частности, являются объектом для взаимной поддержки, образуя тем самым своего рода мост между ситуацией в области психического здоровья в Западной и Восточной Европе, а также в ЕС и Европейском регионе ВОЗ. Сотрудничество с Советом Европы направлено через совместную программу на стабильность, социальную сплоченность и охрану психического здоровья в странах Юго-Восточной Европы, переживших социально-политические и иные потрясения.

23. Неправительственные организации являются важными партнерами ВОЗ, например, по разработке показателей, основывающихся на фактических данных, и стратегий стран по предупреждению самоубийств (психическое здоровье в Европе), по перестройке и гуманизации служб психического здоровья в Восточной Европе (Женевская инициатива по психиатрии), созданию служб психического здоровья на коммунально-общинной основе в странах Балтии и на Балканах (Шведский комитет по Восточной Европе), а также разработке надлежащих механизмов финансирования в поддержку децентрализованных и гуманизированных служб психического здоровья (Европейская сеть для оценки служб и услуг по охране психического здоровья – ENMESH).

## **Разработка политики и повышение осознания**

### **Исходная документация и рабочие документы**

24. Был составлен ряд документов с целью содействия разработке стратегии охраны психического здоровья в странах и для повышения осознания бремени психических болезней в Европе. Они отражают не только различия проблем и необходимость индивидуальных и конкретно учитывающих специфику стран стратегий, но и общие черты и особенности, появляющийся у них потенциал при решении возникающих проблем.

25. Эта документация включает:

- отчет, в котором содержится анализ положения в Регионе и мероприятия, осуществленные программой в соответствии с требованиями и запросами<sup>2</sup>;
- региональные и страновые анализы положения в отношении самоубийств<sup>3</sup>, предыстория вопроса и состояние разработки национальных стратегий предупреждения самоубийств в странах<sup>4</sup>;

---

<sup>2</sup> *Mental health in Europe: stop exclusion – dare to care*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (<http://www.euro.who.int/document/e72161.pdf>, по состоянию на 25 июня 2003 г.).

<sup>3</sup> *WHO/EURO multicentre study on parasuicide: facts and figures*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (документ EUR/ICP/HPSA 01 06 03, <http://www.euro.who.int/document/e68262.pdf>, по состоянию на 25 июня 2003 г.).

<sup>4</sup> *Suicide prevention in Europe: the WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г. (документ EUR/02/5034834, <http://www.euro.who.int/document/e77922.pdf>, по состоянию на 25 июня 2003 г.).

- обзор положения с психическим здоровьем в большинстве государств-членов, составленный в соответствии с обзорными данными всех партнеров в странах<sup>5</sup>.

26. Полученные знания и информация явились важным вкладом в разработку “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.” и в связанный с ним проект “Атлас”.

27. Окончательные рекомендации “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.” в том, что касается препятствий, которые надлежит преодолеть, необходимости оказывать содействие научным исследованиям, осуществлять пропагандистскую работу и создать службы психического здоровья на коммунально-общинной основе в Европе, были представлены, обсуждены и пересмотрены, с целью выполнения на страновом уровне, в ходе совещаний на уровне министров, проводившихся во многих государствах-членах.

### Руководящие принципы

28. Сеть ВОЗ по предупреждению самоубийств и исследованиям в Европе находится в процессе дальнейшего пересмотра и отслеживания, с принятием соответствующих мер, положения с программами предупреждения самоубийств в Европе и их реализацией и собирается издать руководящие принципы и рекомендации для разработки и выполнения всеобъемлющих межсекторальных и междисциплинарных программ на страновом, областном/региональном и местном уровнях. Тем самым будет обеспечена основа для более активного и энергичного выполнения и претворения в жизнь после конференции на уровне министров, которая состоится в 2005 г.

29. Целевой группой ВОЗ по оценке положения на страновом уровне также разработаны директивы о путях и способах оценки положения с психическим здоровьем в стране. Эти руководящие принципы были рассмотрены и приняты, и была начата их первоначальная реализация в деятельности стран Юго-Восточной Европы, охватываемой Пактом стабильности.

30. Кроме того, осуществляется нормативное руководство со стороны штаб-квартиры ВОЗ – особенно в том, что касается разработки политики, законодательства, прав человека, пропаганды и механизмов финансирования в контексте Глобальной программы действий по психическому здоровью (ГПДПЗ, или mhGAP). Различные модели, которые были разработаны, были представлены, обсуждались и использовались в качестве основы для программ обучения экспертов как из восточноевропейских, так и западноевропейских стран и особенно из стран Пакта стабильности и сети партнеров.

### Резолюции и декларации

31. После европейской конференции по вопросам укрепления психического здоровья и социального исключения, организованной правительством Финляндии в октябре 1999 г. и значительно подкрепленной благодаря глобальным и европейским мероприятиям, приуроченным к Всемирному дню здоровья и Году психического здоровья (ВОЗ, 2001 г.), интерес к вопросам психического здоровья все более расширяется. Все большее число европейских правительств поставили психическое здоровье в свою политическую повестку дня и выразили свою заинтересованность и приверженность в ряде деклараций и резолюций, как то:

- **Афинская декларация**, провозглашенная в июне 2001 г. после совещания ВОЗ по психическому здоровью и антропогенным бедствиям и катастрофам, стигматизации и обслуживанию на коммунально-общинном уровне, организованного Министерством

---

<sup>5</sup> *Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. (документ EUR/01/5017227, <http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>, по состоянию на 26 июня 2003 г.).

здравоохранения Греции и в котором участвовали представители стран Южной и Юго-Восточной Европы;

- **резолюция EUR/RC51/R5**, принятая Европейским региональным комитетом на его пятьдесят первой сессии (сентябрь 2001 г.), в которой государствам-членам предлагалось претворять в жизнь стратегию, изложенную в Афинской декларации, а Региональному директору – включить психическое здоровье в качестве технического вопроса в повестку дня пятьдесят третьей сессии Регионального комитета;
- **выводы** конференции по решению проблем, связанных со стрессами и депрессией в Европе, организованной правительством Белгии, Европейской комиссией, Европейским региональным бюро и штаб-квартирой ВОЗ в 2001 г., что привело к принятию Европейским советом министров здравоохранения **выводов** (2001 г.) и в дальнейшем – к принятию **резолюции Исполнительного комитета (EB109.R8) и резолюции WHA55.10** Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2002 г.

32. “Обмен письмами” между Генеральным директором ВОЗ и Европейской комиссией в 2001 г. также активизировал сотрудничество в области психического здоровья, активизируя совместные действия по укреплению психического здоровья, разработке политики в области психического здоровья, по вопросам стрессов, депрессий и преждевременной смертности, а также психического здоровья в странах - кандидатах для вступления в ЕС. Недавно принятая программа действий на коммунально-общинном уровне по общественному здравоохранению, принятая Европейским парламентом и Советом в сентябре 2002 г., также включает мероприятия по психическому здоровью и призывает к активизации сотрудничества с ВОЗ.

33. В 2001 г. министрами здравоохранения стран Юго-Восточной Европы было подписано **Дубровницкое обязательство**, в котором выражалась беспрецедентная политическая договоренность обеспечивать удовлетворение медико-санитарных потребностей уязвимых контингентов населения, в частности, после конфликтов. Одной из тем, которой была отведена наивысшая степень приоритетности, было психическое здоровье, и министры договорились активизировать социальную сплоченность и связи в Юго-Восточной Европе путем усиления служб охраны психического здоровья на коммунально-общинном уровне.

34. После совещания экспертов по вопросам психического здоровья и правам человека в 2003 г., организованного совместно ВОЗ и Советом Европы, были сделаны **выводы**, в которых рекомендовались основополагающие принципы обеспечения прав человека применительно к психически уязвимым лицам.

35. Эти декларации и выводы явились важными шагами в повышении степени понимания и осознания проблематики и заложили основы для разработки и развития стратегии психического здоровья в государствах-членах. Они дали странам политическую мотивацию для осуществления действий как в сотрудничестве с Европейским региональным бюро, так и на глобальном уровне.

## Основные стратегии и направления действий

### Деятельность в странах

36. Для повышения осознания страданий и бремени, связанных со стрессами и психическими недугами, для изучения возможностей, открывающихся благодаря последним достижениям в области укрепления, профилактики и лечения, а также для выявления препятствий, с которыми сталкивается целый ряд государств-членов, были проведены совещания на уровне министров для обсуждения рекомендаций и путей и способов действий ВОЗ в странах. В большинстве стран были созданы и приступили к работе межсекторальные и многодисциплинарные органы и учреждения.

37. По запросу со стороны государств-членов региональная программа по психическому здоровью предоставила экспертизу для проведения оценочных мероприятий, консультирования правительственных органов и содействия им в контролировании выполнения стратегий на уровне стран. В большинстве стран активизируются процессы с целью создания всеобъемлющих программ психического здоровья, ориентированных на службы коммунально-общинного уровня. Сюда относятся медико-санитарное обслуживание на первичном или семейном уровнях и включены стратегии действий по профилактике самоубийств, наркомании, законодательства и правам человека, а также эпилепсии и неврологическим болезням. Большая часть этой деятельности финансируется в рамках двухгодичных соглашений со странами (ДСС).

38. В большинстве стран эта помощь – часто предлагаемая в ситуациях, когда на цели охраны психического здоровья ассигнуются немногие ресурсы или где общество переживает кризис, – привела к осуществлению текущей деятельности по разработке и выполнению политики и стратегии в области психического здоровья. Однако налицо дополнительные требования и спрос на проведение постоянного мониторинга и оценку этих процессов, в этой связи необходимо рассмотреть решающий вопрос долгосрочного обеспечения этой работы.

### **Деятельность при участии многих стран**

39. Страны, являющиеся кандидатами для вступления в Европейский союз, представляют особый интерес как для Регионального бюро, так и для Европейского союза. Региональная программа по психическому здоровью оказывает содействие этим странам в обеспечении их участия в мероприятиях и структурах ЕС по психическому здоровью и привлекает их к международной деятельности, поддерживаемой Региональным бюро или/и штаб-квартирой ВОЗ. Благодаря этому страны приобрели опыт, касающийся последствий для психического здоровья процесса расширения и связанных с этим социальных преобразований переходного характера. Внимание здесь было сосредоточено на проблематике, связанной с половой принадлежностью (гендерные вопросы), и определенными рисками и опасностями для населения (например, для сельскохозяйственных рабочих).

40. В странах Пакта стабильности начата работа по разработке стратегической политики в области психического здоровья, продвигая и активизируя текущую деятельность с целью развития обслуживания на коммунально-общинной основе, и в некоторых из этих стран – для решения проблем примирения, послевоенных кризисов и восстановления гражданского общества. Созданная “платформа” благоприятствует интеграционной деятельности, которая уже осуществляется, и учитывает различия стран, опираясь вместе с тем на общность культурного прошлого и условий и обеспечивая удовлетворение общих потребностей.

41. Один из главных аспектов в программной деятельности множества стран заключался в поддержке и содействии проведению международных совещаний на уровне министров и конференций экспертов. К числу обсуждавшихся тем относились: стигматизация (Афины, 2003 г., в сотрудничестве с правительством Греции), охрана психического здоровья на коммунально-общинном уровне (Афины, 2001 г., в сотрудничестве с Министерством здравоохранения), разработка и развитие стратегии охраны психического здоровья (Тунис, 2002 г., в сотрудничестве со штаб-квартирой ВОЗ), стрессы, самоубийства и преждевременная смертность (Брюссель, 2001 г., в сотрудничестве с правительством Бельгии, Люксембург, 2002 г., в сотрудничестве с Европейской комиссией), а также права человека и психическое здоровье (Копенгаген, 2003 г., в сотрудничестве с Советом Европы). Кроме того, психическое здоровье рассматривалось в качестве проблемы общественного здравоохранения (“Оценка воздействия психического здоровья”, Брюссель, 2001 г., в сотрудничестве с Европейской комиссией; “Психическое здоровье как проблема общественного здравоохранения”, Любляна, 2003 г., в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Словении). Важным подспорьем для этой деятельности явились кадровые ресурсы, предоставленные в распоряжение по линии европейских целевых групп и сетей.

## Достижения

42. В 2001 г. законодательство в области психического здоровья не существовало или же оно устарело в 35% европейских государств-членов, 25% стран еще не приступили к реформам в области психического здоровья, и лишь в 50% стран реформы осуществлялись частично.

43. Некоторые данные отражают ход разработки политической стратегии и повысившееся осознание и понимание существа проблем начиная с 2001 г.:

- В восьми государствах-членах проведена оценка их положения с психическим здоровьем, с использованием экспертизы ВОЗ, и четыре страны в настоящее время планируют сделать это в ближайшем будущем.
- Национальные конференции на уровне министров по вопросам психического здоровья проведены в 10 странах, и в семи из них созданы национальные органы по разработке и развитию в области психического здоровья.
- Еще в четырех странах скорректировано, обновлено и гуманизировано, “очеловечено” их законодательство в области психического здоровья, и все страны вступили в европейскую сеть национальных партнеров.
- В десяти государствах-членах разработаны национальные стратегии по предупреждению самоубийств, и 14 стран дополнительно, особенно из Восточной Европы, вступили в европейскую сеть ВОЗ по предупреждению самоубийств.
- В контексте своего председательства в ЕС пять государств-членов провели у себя совещания на уровне министров по вопросам психического здоровья, и шесть правительств организовали у себя проведение региональных совещаний национальных партнеров.
- В 10 государствах-членах был представлен “Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.” или отдельные его разделы (по эпилепсии, самоубийствам, политике в области психического здоровья или общественного здравоохранения) в ходе совещаний на уровне стран.

## Вызов: общественное здравоохранение невозможно без охраны психического здоровья

44. Статистические данные из базы данных Регионального бюро по обеспечению здоровья для всех показывают, каким образом заболеваемость и смертность в европейских государствах-членах “сейсмографически” отражают и отображают стрессовую перегрузку в обществе во всем, что касается условий, связанных со стрессами, психическими недугами и деструктивным образом жизни. Важнейшими детерминантами психического здоровья представляются детерминанты, касающиеся контроля за собственной жизнью, индивидуальностью и достоинством, социальными связями и “сопричастностью”, а также чувством интегрированности или осмысленности<sup>6</sup>. Они подвергаются часто отрицательному влиянию социальных изменений и неблагоприятной социальной среды, однако на них могут также сказываться положительно улучшения и стабилизация в отношении социальных стрессов.

45. Бремя психических недугов и болезней связано не только с психическими расстройствами в строгом смысле, но и с последствиями стрессов, ведущими к явлениям заболеваемости и смертности, обусловленных стрессами, в более широком значении. Если на психические расстройства, как таковые, в настоящее время приходится 15% расходов здравоохранения в

---

<sup>6</sup> Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health – the solid facts*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998 г. (документ EUR/ICP/CHVD 030901, <http://www.euro.who.int/document/e59555.pdf>, по состоянию на 26 июня 2003 г.).

стране, то суммарные потери в результате болезней и смерти, связанных со стрессами и психическими недугами, могут запросто достигать 30–50%, если включить условия “истощения физических и духовных сил”, психосоматические стрессы и депрессии, связанные с насилием и наркоманией.

46. Можно без труда проследить влияние на психическое здоровье населения даже законодательства и всевозможных регламентирующих правил и положений по жилищным вопросам, налогообложению, общественному обслуживанию, трудоустройству и занятости, дорожно-транспортной системе и т.д. Политические решения и стратегии могут оказывать такое же влияние на психическое здоровье, как и на среду обитания, с точки зрения финансового бремени и людских страданий, с которыми они могут быть связаны.

47. Таким образом, необходимо переосмыслить концепцию общественного здравоохранения и учесть, что психическое здоровье является существеннейшей составляющей общественного здравоохранения. В стратегиях по окружающей среде и здоровью следовало бы, очевидно, учитывать последствия, которые окружающая среда и психическое здоровье могут иметь друг для друга в плане общественного здравоохранения. Стратегии по инвестированию на цели охраны здоровья должны включать капиталовложения на психическое здоровье как важнейший капитал общества. Программы, сконцентрированные на воздействие политических решений и социальных изменений на здоровье, должны были бы также повысить осознание их воздействия на психическое здоровье и подводить к требованиям необходимости тщательного анализа последствий таких процессов принятия решений.

48. Уже в ближайшем будущем необходимо определиться с функциями, позволяющими предоставлять правительственным органам на местном, областном/региональном и страновом уровнях рекомендации и анализ воздействия на психическое здоровье, точно также, как это уже делается в отношении воздействия на окружающую среду. С точки зрения преждевременной смертности и заболеваемости, которых можно избежать, в Европе ни одно правительство – богатое или бедное – не может позволить себе воздерживаться от инвестирования на цели психического здоровья, равно как и на укрепление и защиту его.

## **Возникающие темы**

49. В последние годы некоторые области психического здоровья вызвали большой интерес как результат изменяющихся потребностей и требований государств-членов и изменения положения в Европе.

## **Бедствия/катастрофы и угрозы**

50. Из-за масштабов и последствий для психического здоровья антропогенные и стихийные бедствия и катастрофы являются областью, заслуживающей более тщательного анализа. Исследования послевоенных обществ в Юго-Восточной Европе выявили долговременные последствия и воздействие на психическое здоровье людей посттравматических реакций на насилие и унижения, ведущих к изменению личности и поведенческих параметров, что проявляется в виде агрессии, поведения, связанного с риском, наркомании или других видов зависимости и в самоубийствах. Более того, социальные последствия внутренних конфликтов и войн могут рассматриваться как препятствия для взаимного доверия в гражданском обществе.

51. Необходимы дальнейшие исследования для удовлетворения повышающихся требований или запросов со стороны государств-членов об оказании помощи и рекомендациях для действий в сложившейся ситуации.

## Бедность

52. Бедность и психические расстройства образуют порочный круг, так как бедность является одновременно одной из важнейших причин плохого психического здоровья и одновременно последствием его. Растущие различия в обществе или экономические изменения на протяжении жизни людей представляются имеющими особую значимость в этом плане. Независимо от того, определяется ли она уровнями доходов, социально-экономическим положением или статусом, условиями жизни или уровнем образования, бедность является важным детерминантом психической/умственной неполноценности и ассоциируется с более низкой ожидаемой продолжительностью жизни и повышенной распространенностью алкоголизма и наркомании, депрессий, самоубийств, антисоциального поведения и насилия. Будучи причиной бедности, утраты социального статуса и психических расстройств, безработица является одной из серьезнейших проблем во всех европейских государствах-членах. Повышение осознания воздействия и последствий политических решений и политических изменений на психическое здоровье населения (особенно в том, что касается безработицы и бедности и в связи с депрессией, самоубийствами и злоупотреблением веществами) является одной из приоритетнейших задач программы ВОЗ по охране психического здоровья в Европе.

## Насилие

53. В “Докладе о насилии и здоровье в мире” (*The World report on violence and health*)<sup>7</sup> дается комплексный обзор вопросов деструктивного поведения и образа жизни, агрессии и насилия, включая самоповреждения и суициды. Проводятся связи с депрессивными условиями, злоупотреблением алкоголем и другими видами зависимости, а также с насилием в обществах и семьях. Проведенный недавно обзор в одном из государств - членов Восточной Европы, где налицо драматические социальные перемены и высокая распространенность заболеваемости и смертности, связанных со стрессами и психическими расстройствами, свидетельствует о том, что одним из способов уменьшения проявлений насилия в стране является улучшение психического здоровья людей, особенно путем противодействия уязвимости и беспомощности, деструктивному поведению и образу жизни, связанным с риском.

## Фактические данные

54. Налицо усиливающийся спрос как со стороны государств-членов, так и внутри Организации, на обоснованную базу фактических данных в подтверждение рекомендаций ВОЗ. Однако это требование иногда противоречит другим обращенным к ВОЗ призывам действовать активно, энергично и быстро в чрезвычайных ситуациях или брать на себя ответственность по обеспечению оповещения и предупреждающих сигналов и за немедленное консультирование государств-членов в кризисных ситуациях. Кроме того, концепция фактических данных сама по себе все еще обсуждается в рамках всеобъемлющей и комплексной сферы психического здоровья: особая значимость и ценность рандомизированных контролируемых испытаний и количественных фактических данных ставится под вопрос и предлагается более широкая концептуализация, включая качественные факторы и индивидуальный опыт. В частности, потребительские и семейные организации заинтересованы в том, чтобы выдавать и представлять свои опытные данные в качестве фактических доказательств и подтверждений.

55. Работа проекта Регионального бюро сети фактических данных по вопросам здоровья опиралась на критерии фактических данных и доказательств, с обращением пристального внимания психическому здоровью. Как часть первоначальных совместных усилий был составлен экспертный доклад, в котором даются описание и оценка фактических данных и доказательств для подходов к психическому здоровью на коммунально-общинной основе. В документе всецело

---

<sup>7</sup> Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al., eds. *World report on violence and health*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.

поддерживается сбалансированный подход с обеспечением необходимой институциональной и специализированной помощи, опираясь на коммунальные службы психического здоровья и первичную медико-санитарную помощь, учитывая ресурсные возможности и положение в каждой стране.

### **Этические аспекты**

56. Опыт показывает, что политические решения, связанные со здоровьем, зачастую основываются скорее на ценностях, нежели на фактических данных и доказательствах. Даже с научной точки зрения, концепция фактических данных и доказательств дополняется концепциями ценностей, поскольку последние играют решающую роль и в процессах принятия решений людьми, причем как на частной основе, так и в политической сфере, влияя тем самым на структуры и организации. Таким образом, “медицина, основывающаяся на ценностях”, представляется во все большей мере необходимым дополнением к медицине, основывающейся на фактических данных. Это особенно важно в ситуациях, когда этические соображения играют все большую роль, основываясь на моральных, философских или религиозных ценностях.

57. Подлежащая обсуждению здесь тематика включает качество жизни и права человека применительно к психически уязвимым лицам, эвтаназии и помощи при суицидах. С этим связан вопрос оценки экономической эффективности/рентабельности служб психического здоровья, что слишком часто осуществляется без определения базовых уровней прав человека и индивидуальности и достоинства личности, которые должны обязательно уважаться.

58. Другие аспекты этических параметров психического здоровья касаются генетического консультирования, а также законодательства и регламентирования с целью содействия безопасности возможности избегать исков в обществе в ходе деятельности по повышению качества жизни психически больных людей.

### **Конференция ВОЗ на уровне министров 2005 г.: “Охрана психического здоровья – проблемы и пути их решения”**

59. Откликаясь на множество проблем, вызовов и трудностей, охарактеризованных выше, мероприятия, инициированные в год, объявленный ВОЗ Годом охраны психического здоровья, и издание “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.” помогли продвинуть и поднять выше психическое здоровье в шкале ценностей общества, пробудить у людей энтузиазм и усилить их приверженность и заинтересованность, а также содействовать установлению стратегических партнерств, что в последующем нашло свое отражение во многих конкретных видах деятельности и мероприятиях. Персонал служб психического здоровья, потребители, семьи и другие заинтересованные стороны получили необходимые полномочия, была повышена степень осознания во всех слоях общества, и были составлены руководящие принципы и рекомендации для действий.

60. В этих условиях планируется провести в 2005 г. Европейскую конференцию ВОЗ на уровне министров по психическому здоровью, концентрируя внимание на поднятых в данном документе вопросах. Конференция должна стать краеугольной вехой в развитии стратегии охраны психического здоровья в Европе.

61. Правительства или неправительственные партнеры должны организовать и провести у себя ряд предварительных мероприятий, которые должны быть сосредоточены на охране психического здоровья в обществах, подвергающихся стрессам; в условиях переходного периода; на психическом здоровье детей и подростков; самоубийствах; а также стигматизации и ее последствиях. В настоящее время готовятся тематические исследования, собираются и оцениваются фактические данные и



доказательства, а также готовятся базовые справочно-информационные материалы. Все эти меры должны внести необходимый вклад в проведение Конференции.

62. Для подготовки Конференции назначен руководящий комитет, состоящий из представителей правительств, ответственных за проведение основного мероприятия, и тех, кто будет организовывать и проводить у себя предварительные мероприятия в ходе подготовки к Конференции, а также партнеров в деле организации Конференции – таких, как Европейская комиссия и Совет Европы. Кроме того, создается организационный комитет в стране проведения Конференции.

63. К целям Конференции относятся нижеследующие:

- обзор состояния европейской стратегии в области психического здоровья, психических расстройств и охраны психического здоровья;
- изучение условий и возрастных групп, в которых должна вестись пропаганда и укрепление психического здоровья и интеграции (борьба с исключением, маргинализацией) и решаться проблемы психических расстройств, как, например, в школах и других учебных заведениях, местах работы и производства, службах здравоохранения;
- выявление препятствий, мешающих пропаганде и укреплению психического здоровья, а также профилактике и лечению психических недугов на коммунально-общинном и индивидуальном уровнях;
- предложение решений, основывающихся на фактических данных и доказательствах, которые можно было бы трансформировать в общие долговременные курсы политики/стратегии, устанавливая приоритетные задачи перед европейскими государствами-членами; и наконец,
- Установление приоритетов и разработка будущих стратегий для дальнейшей реализации или переориентации европейской стратегии в этой области.

64. В ходе Конференции на уровне министров будут рассмотрены ключевые вопросы охраны психического здоровья, предупреждения психических расстройств и пропаганды и укрепления психического здоровья. В программе будут использованы подходы и методы, ориентированные как на весь жизненный цикл, так и на охрану психического здоровья. Будут представлены опыт разработки политики охраны здоровья на уровне стран, надлежащие примеры усовершенствования служб и услуг и другие извлеченные уроки. Постоянными темами, которые будут проходить красной нитью через всю Конференцию, будут проблемы стигматизации и прав человека, связанные с психическими расстройствами и соответствующими службами и видами обслуживания.

65. На Конференции будут сделаны политические рекомендации в рамках приоритетной повестки дня с конкретизацией временных параметров и сроков и будет сделан призыв к продвижению инициатив, которые будут поддерживаться Региональным бюро на протяжении целого ряда лет.

66. Конференция на уровне министров явится серьезнейшим стимулом для поддержания и распространения по всему Региону тех уникальных заделов и импульсов, которые налаживались и наращивались в последние годы. Кроме того, ожидается, что двоякая направленность Конференции, заключающаяся в признании уже проделанной работы по психическому здоровью в политической, научно-технической и социально-культурной сферах и областях и в открытии новых направлений деятельности, будет самым подходящим образом содействовать целям и стратегиям, которые были установлены совместно, коллективно европейскими странами.