

Общинная психиатрическая помощь в Южной Азии

Данная статья является частью серии, описывающей развитие общинной психиатрической помощи в разных регионах мира (см. 1-6), выпущенной Рабочей Группой ВПА как ее План Работ на 2008-2011 гг. (7, 8). Рекомендации ВПА по предприняемым мерам, преградам и ошибкам, которых необходимо избежать, по Внедрению общинной психиатрической помощи, созданные рабочей группой, были опубликованы в этом журнале (9). В данной статье мы излагаем указанные вопросы в отношении Южной Азии.

В Южной Азии проживает порядка 23% мирового населения, 40% из которого находится за чертой бедности; около 150-200 миллионов местных жителей страдают психическими расстройствами. Веками общество обходилось с душевно больными различными способами: от мер физического стеснения с использованием цепей, до древних медицинских систем, таких как Аюрведа. Сумасшедшие дома, или психиатрические лечебницы, появились в Индии с приходом власти Британии и колонизации других южно-азиатских стран. Обеспечивая душевно больных лечением и принося им некоторое облегчение, они представляли собой средоточия пренебрежения, поношения и нарушения прав человека. В то время как часть подобных больниц в Азии изменились к лучшему, некоторые до сих пор сохраняют прежнюю репутацию и используют методы, связанные с ограничением свободы. В Индии 42 психиатрические больницы, находящиеся в городских зонах, обеспечивают лишь 20% населения, в то время как обширные сельские территории остаются не покрытыми.

На сегодняшний день политика региона включает развитие общинной психиатрической помощи, интегрирование психиатрических служб в систему первичной медицинской сети, обеспечение доступности лекарств, привлечение душевно больных и их семей, а также направленность на права человека и равнодоступность психиатрической помощи для разных групп населения. Из всех стран Южной Азии Бангладеш, Бутан, Пакистан, Индия и Шри-Ланка достигли определенного успеха в осуществлении этих составляющих. Политика Непала сконцентрирована на обеспечении минимально необходимым объемом медицинской помощи и базовыми лекарствами, защите прав человека и просвещении населения. На Мальдивах отсутствуют как политический курс, так и законодательная база или даже стратегический план. Ряд исследований в регионе подчеркнули наличие в местном сообществе большого количества не получающих лечение пациентов. Из-за различных объяснительных моделей, которых придерживаются пациенты и их семьи (9), заставляющих их искать помощи в религиозных центрах и у народных целителей, даже существующие на сегодняшний день психиатрические службы используются не полностью.

За последние 30-40 лет в регионе было предпринято несколько попыток внедрить общинные методы помощи. В Индии психиатрические отделения в общесамых стационарах были открыты в 1960-ые годы, а в 1982 последовала разработка национальной программы психического здоровья. Эта программа предусматривала процессы деинституционализации и интеграции психиатрической помощи в первичную медицинскую сеть.

Отчет по техническим вопросам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 1990 (10) также послужил толчком к развитию программ общинной помощи. Серия других проектов, таких как введение общинных, или сателлитных, клиник, программ помощи на дому, обучения школьных педагогов, добровольцев, а также

лидеров сельских общин принципам ранней диагностики психических расстройств, также стимулировала общинные программы.

Негосударственные организации (НГО) также сыграли свою роль в развитии общинных форм помощи. Психиатрические НГО в Индии, Непале, Шри-Ланке и на Мальдивах работают с многочисленными проблемами психического здоровья посредством общины. Среди обычной деятельности НГО защита общественных интересов, содействие психиатрическим службам, профилактика психических расстройств, реабилитация, а также обеспечение непосредственного обслуживания населения (11). Некоторые НГО имеют собственные программы общинной помощи и ориентированы на широкий спектр расстройств. На Мальдивах шесть НГО активно задействованы в околоспсихиатрической работе, включая реабилитацию, работу с населением, обучение жизненно важным навыкам, обеспечение психосоциальной поддержки, а также формирование психологической устойчивости в отношении социальных проблем. В Непале Центр психического здоровья и консультирования (национальная НГО) на разных уровнях работает над популяризационными, профилактическими, терапевтическими аспектами психического здоровья общества. Центр также содействует другим организациям в осуществлении их психосоциальных программ (12). К сожалению, НГО работают самостоятельно и не задействованы правительством в сфере сотрудничества частного и государственного секторов.

Для многих государств психическое здоровье не является приоритетной областью, а потому распределяемые в сфере денежные средства весьма скудны. Программы общинной помощи с трудом получают как национальное, так и межгосударственное финансирование. Однако ситуация меняется хотя бы в Индии. Согласно новому пятилетнему стратегическому плану индийского правительства было увеличено финансирование области психического здоровья. Хотя основной объем средств будет потрачен на улучшение состояния психиатрических больниц, часть будет направлена в разные штаты на областные программы в сфере психиатрии.

В ряде стран региона «утечка мозгов» способствовала значительному сокращению числа психиатров. Существует также нехватка других специалистов в области психического здоровья, таких как клинические психологи, социальные работники и, особенно, психиатрические медсестры. Это порождает необходимость привлекать к диагностике психических заболеваний, направлению к соответствующим специалистам, оказанию помощи и проведению простейших психосоциальных вмешательств сотрудников здравоохранения общинного уровня, учителей, лидеров местных сообществ и членов семей пациентов. Такая программа была успешно проведена в Шри-Ланке, где после цунами, когда стало очевидно, что все службы первичной медицинской сети перегружены и не могут взять на себя никакой дополнительной работы, была введена новая должность в области психиатрии – служащий общественной поддержки (13).

Обучение и компетентность, важнейшие элементы данной головоломки, должны являться неотъемлемой частью любой общественно направленной деятельности. Это потребует использование простейших информационных технологий, периодических сессий повышения квалификации и оценочного компонента работы. В соответствии с практическими нуждами государства необходимо внедрение новых специальностей, профилирующихся на выздоровлении и реабили-

тации, а также обучение более широкого спектра работников, включая работников простой общинной помощи (14). В некоторых странах Южной Азии были введены обучающие программы для разных групп: непрофессиональных общественных работников, школьных учителей, сотрудников первичного звена здравоохранения.

Врачи первичной медицинской сети зачастую не готовы или не склонны лечить психически больных. В результате обучения их навыки укрепятся, что должно в достаточной мере мотивировать их к тому, чтобы брать на себя дополнительную ответственность по ведению пациентов с психическими расстройствами. Инновации, направленные на преодоление проблемы некомпетентности работников, включают использование телепсихиатрии, активно применяемой НГО «Фонд Исследований Шизофрении» в Тамил Наду, штате на юге Индии (15, 16).

Во многих странах необходимо перераспределение направленных на сферу психического здоровья финансовых средств, т.к. большая часть денег тратится на психиатрические стационары долгосрочного пребывания с минимальным оборотом койки. Требуется увеличить снабжение программ общинной помощи, а также направленной на совладание с проблемой помощи семьям пациентов.

Один из подводных камней общинной психиатрической помощи – недостаточная ее доступность. До тех пор, пока системы общинной помощи не будут усилены, многие пациенты останутся без лечения. Так как большинство населения в этих странах проживает в деревнях, предпочтение должно отдаваться сельской местности.

Общинная помощь требует правильного соотношения клинических навыков и практических знаний о работе как с общиной и внутри нее. Принципиально важно продолжить профессиональную подготовку и снабжение специалистов навыками научно-доказательной медицины. Во многих областях региона это означает усиление акцента на психиатрию на старших курсах институтов.

В отсутствие квалифицированных специалистов в области психиатрии во многих странах, как и в случае служащих общественной поддержки в Шри-Ланке, были подготовлены непрофессиональные общественные работники. Данные служащие обладают явно увеличенной общей доступностью и обеспечивают большее покрытие сообществ во всех четырех районах, особенно там, где ранее отсутствовала или была ограничена доступная местная психиатрическая помощь (либо вследствие затянутого военного конфликта, либо недостатка психиатрических учреждений) (17). Для обучения связывающих сообщества работников ряд организаций разработали набор инструментов и руководств на местных языках и наречиях, которые, однако, требуют более широкого распространения и внедрения в практику.

Во время и после катастроф необходимы специальные программы, ориентированные на социально и экономически ущемленные группы, такие как женщины и дети, и особенно, в сельской местности. Некоторые страны, например Индия, составили по этому вопросу клинические и практические руководства, которые следует широко распространить в целях обеспечения единообразия оказываемых форм помощи.

Просветительские работы необходимо вести посредством местных средств массовой информации, печатных, аудио (местных радиостанций) и видео (местные телеканалы), а также организации специальных уроков

в школах, колледжах и других образовательных учреждениях. Необходимы профилактическая и информационная составляющие, например, профилактика суицидов, копинг со стрессом на работе, а также службы доверия в школах и колледжах. Программы в области психиатрии должны быть объединены с другими медицинскими программами, направлены на женщин и детей или развитие сельских зон. И наконец, для того чтобы система оказалась культурально работоспособной, важно понимать представления населения о потребностях в области охраны психического здоровья.

Rangaswamy Thara, Ramachandran Padmavati
Schizophrenia Research Foundation, Chennai, India

Перевод: Боброва Н.А.
Редактура: Алфимов П.В.

Библиография:

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011; 10:217-25.
3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry* 2012; 11:47-51.
4. McGeorge P. Lessons learned in developing community mental health care in Australasia and the South Pacific. *World Psychiatry* 2012;11:129-32.
5. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.
6. Razzouk D, Gregorio G, Antunes R et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry* 2012;11: 191-5.
7. Maj M. The WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
8. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
9. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9:67-77.
10. World Health Organization. The introduction of a mental health component into primary health care. Geneva: World Health Organization, 1990.
11. Patel V, Thara R. Meeting the mental health challenges: role of NGO initiatives. New Delhi: SAGE, 2003.
12. Regmi SK, Pokhsarel A, Ojha SP et al. Nepal mental health country profile. *Int Rev Psychiatry* 2004;16:142-9.
13. Wickramage K, Suveendran T, Mahoney J et al. Mental health in Sri Lanka. Evaluation of the impact of community support officers (CSO) in mental health service provision at district level. Colombo: WHO Country Office, 2009.
14. Deva P. Mental health care in Asia. *World Psychiatry* 2007;1: 118-20.
15. Thara R, John S, Rao K. Telepsychiatry in Chennai, India: the SCARF experience. *Behav Sci Law* 2008;26:315-22.
16. Thara R, Sujit J. Mobile telepsychiatry in India. *World Psychiatry* 2013;12:84.
17. Thara R, Padmavati R. Community mental health care in India: role of a non-governmental organization. *East J Psychiatry* 2007; 10:74-6.

DOI 10.1002/wps.20042