

IASC

Inter-Agency Standing Committee
IASC Reference Group for Mental Health and
Psychosocial Support in Emergency Settings

Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера:

Что должны знать гуманитарные организации здравоохранения?



Выражение благодарности:

Настоящий документ был подготовлен Целевой группой МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в консультации с Глобальным кластером здравоохранения МПК.

Выражаем признательность Департаменту ВОЗ по вопросам психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами (за счет средств от Правительства Италии) за выделение сотрудника для подготовки данной публикации.

Фото на обложке: © Международный комитет спасения (слева) и ЮНИСЕФ (в центре).

Предлагаемая ссылка:

Целевая группа МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях. (2010г). *Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера: Что должны знать гуманитарные организации здравоохранения? Женева.*

Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных ситуациях гуманитарного характера:

**Что должны знать гуманитарные
организации здравоохранения?**

IASC

Inter-Agency Standing Committee
IASC Reference Group for Mental Health and
Psychosocial Support in Emergency Settings

2010 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение	1
1.1 История вопроса	1
1.2 Влияние чрезвычайных ситуаций	2
1.3 Принципы	3
2. Матрица ПЗПСП: обзор минимальных ответных мер в чрезвычайных ситуациях	5
3. Координация и оценка	6
3.1 Координация	6
3.2 Оценка	7
4. Обязательные знания по ПЗПСП, относящиеся к сектору здравоохранения	10
4.1 Мобилизация и поддержка местного населения	10
4.2 Психологические аспекты в общей системе медико-санитарной помощи	11
4.3 Оказание помощи людям с тяжелыми психическими расстройствами в центрах первичной медико-санитарной помощи	12
4.4 Психотропные препараты	13
4.5 Системы медицинской информации в центрах оказания первичной медико-санитарной помощи	13
4.6 Люди в лечебных учреждениях	14
4.7 Алкоголь и другие вещества	14
4.8 Взаимосвязь с другими исцеляющими системами	14
5. Функциональные задачи: общие правила, что делать можно, и что делать нельзя	15
6. Деятельность служб спасения сектора здравоохранения после чрезвычайной ситуации	17
7. Кадровое обеспечение	19
7.1 Подбор кадров	19
7.2 Ориентация и обучение социальных работников в области ПЗПСП	20
7.3 Благополучие персонала и волонтеров	21
8. Основные инструменты и ресурсы	22
Приложение А: Релевантные лекарственные препараты в Примерном перечне ВОЗ основных лекарственных средств (2009 г.)	24
Приложение В: Определения случаев заболеваний в системе медицинской информации (СМИ) УВКБ (2009 г.)	25

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Настоящий документ предназначен для гуманитарных организаций здравоохранения, работающих на национальном и внутринациональном уровне в странах, переживающих чрезвычайные ситуации и кризисы. Данный документ применяется к партнерам Кластера здравоохранения, включая правительственные и неправительственные организации здравоохранения.

На основе *Руководящих принципов МПК по психическому здоровью и психосоциальной поддержке в условиях чрезвычайных ситуаций* (МПК, 2007 г.), настоящий документ содержит обзор важнейших знаний, которыми должны обладать гуманитарные организации здравоохранения в области психического здоровья и психосоциальной поддержки (ПЗПС) в условиях чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера. Руководителям следует удостовериться в том, что медицинский персонал обратит особое внимание на соответствующие разделы настоящего документа в зависимости от обстоятельств.

Термин «психосоциальный» означает взаимосвязь между психологическими и социальными процессами и тот факт, что эти процессы постоянно взаимодействуют и оказывают влияние друг на друга. В этом документе, составной термин «психическое здоровье и психосоциальная поддержка» (ПЗПС) используется для описания любого вида внутренней или внешней поддержки, нацеленной на защиту или улучшение психосоциального состояния и/или профилактику и лечение психических расстройств.

Меры социальной поддержки имеют решающее значение для защиты и поддержки психического здоровья и психосоциального состояния в условиях чрезвычайных ситуаций, и их следует организовывать в различных секторах (например, управление полевыми пунктами медицинской помощи, образование, продовольственная безопасность и организация питания, здравоохранение, защита, жилье, вода и санитария). Настоятельно рекомендуем гуманитарным организациям здравоохранения пропагандировать Руководящие принципы МПК и их основные идеи своим коллегам из других отраслей/кластеров/секторов с целью удостовериться в том, что будут приняты соответствующие меры для рассмотрения факторов социального риска, которые оказывают воздействие на психическое здоровье и психосоциальное состояние.

Важнейшие клинико-психологические и психиатрические меры должны быть доступны для решения конкретных и неотложных проблем. Эти последние меры следует реализовывать только под руководством профессиональных психиатров, работающих в секторе здравоохранения.

Включение вопросов психического здоровья и психосоциального состояния в общие ответные меры здравоохранения защитит достоинство пострадавших и повысит качество общих ответных мер здравоохранения.

1.2 ВЛИЯНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Чрезвычайные ситуации создают широкий круг проблем, переживаемых отдельными людьми, семьями, сообществом и обществом в целом. На каждом уровне чрезвычайные ситуации разрушают существующую систему защит, повышают риски возникновения различных проблем и имеют тенденцию усугублять ранее существовавшие проблемы. В то время как социальные и психосоциальные проблемы случаются в большинстве групп, важно отметить, что каждый человек по своему переживает одно и то же событие, и ресурсы и силы справиться с тем или иным событием у всех разные.

Психическое здоровье и психосоциальные проблемы в чрезвычайных ситуациях тесно взаимосвязаны, при этом по своей сути они могут иметь преимущественно социальную или психологическую направленность. К существенным проблемам преимущественно социального характера относятся следующие:

- Ранее существовавшие (до чрезвычайных обстоятельств) социальные проблемы (например, принадлежность к группе, в отношении которой проводится политика дискриминации, или маргинальной группе; политические притеснения);
- Социальные проблемы, вызванные чрезвычайной ситуацией (например, отделение от семьи; безопасность; социальная стигматизация; разрыв социальных сетей; разрушение источников существования, структур сообществ, ресурсов и доверия; работа в секс индустрии); и
- Социальные проблемы, вызванные гуманитарной помощью (например, перенаселенность и отсутствие приватности в лагерях беженцев; недооценка структур сообществ или традиционных механизмов оказания помощи; зависимость от гуманитарной помощи).

Соответственно, к проблемам преимущественно психологического характера относятся следующие:

- Ранее существовавшие проблемы (например, тяжелые психические расстройства; депрессия; алкогольная зависимость);
- Проблемы, вызванные чрезвычайной ситуацией (например, горе; расстройства не патологического характера; алкогольная и наркотическая зависимость; депрессия и тревожные расстройства, включая посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)); и
- Проблемы, связанные с гуманитарной помощью (например, беспокойства, связанные с отсутствием информации о распределении питания).

Таким образом, психическое здоровье и психосоциальные проблемы в чрезвычайных ситуациях охватывают гораздо более широкий спектр вопросов, чем просто ПТСР или депрессия, вызванная бедствием. Акцент на эти две проблемы представляется нецелесообразным, так как без

внимания остаются многие другие проблемы ПЗПСП в чрезвычайных ситуациях, а также игнорируется вопрос человеческого потенциала. Мужчины, женщины, мальчики и девочки имеют собственные ресурсы, поддерживающие психическое здоровье и психосоциальное состояние. Типичная ошибка в работе по ПЗПСП заключается в игнорировании этих ресурсов с концентрацией внимания исключительно на вопросах дефицита у пострадавшей группы – слабости, страдания и патологии. Важно понимать не только проблемы, но и характер местных ресурсов, будут ли они на пользу или во вред, и уровень доступа к ним пострадавших людей.

1.3 Принципы

Рисунок 1. Пирамида мер в области психического здоровья и психосоциальной помощи в чрезвычайных ситуациях (пояснение различных уровней дано на стр. 12-13 Руководящих принципов МПК)



В чрезвычайных ситуациях люди оказываются под различными видами воздействия и требуют различных видов помощи и поддержки. Один из основных принципов заключается в обеспечении доступности дополнительных видов помощи. Система ПЗПСП требует создания многоуровневой системы дополнительных видов помощи, которая отвечает требованиям различных групп (см. Рис. 1). Все уровни пирамиды являются важными, и в идеале должны реализовываться одновременно.

Другой основной принцип заключается в важности создания местного потенциала, содействия самопомощи и укрепления уже имеющихся ресурсов на ранних стадиях чрезвычайной ситуации. По мере возможности, гуманитарным организациям следует создавать как государственный потенциал, так и потенциал гражданского общества. На каждом уровне пирамиды мер основные задачи заключаются в идентификации, мобилизации и укреплении умений и навыков и возможностей отдельных людей, семей, сообществ и общества в целом.

Мероприятия и планы следует максимально интегрировать в более широкие системы (например, действующие механизмы амбулаторной помощи, формальные/неформальные школьные системы, общие службы здравоохранения, общие службы психологической помощи, социальные службы и т.д.). Распространение отдельных служб, например, службы, работающие только с жертвами изнасилований или только с определенными видами больных, представляется проблематичным, поскольку они могут фрагментировать системы поддержки и помощи. Мероприятия, интегрируемые в более широкие системы, охватывают большее число людей, являются более сбалансированными и менее стигматизирующими.

2. МАТРИЦА ПЗПСП: ОБЗОР МИНИМАЛЬНЫХ ОТВЕТНЫХ МЕР В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Следует реализовать ряд минимальных ответных мер. Эти ответные меры приведены в Таблице 1. Основные мероприятия при участии сектора здравоохранения выделены *синим курсивом*. Где целесообразно, сектор здравоохранения может также принимать участие в любых других мероприятиях, особенно в области мобилизации сил и оказания поддержки в амбулаторных условиях. Руководящие принципы МПК содержат рекомендации о том, как следует реализовывать все минимальные ответные меры.

Таблица 1: Руководящие принципы МПК по минимальным ответным мерам в разгар чрезвычайных ситуаций (Руководящие принципы МПК, стр. 20-29)

Область	А. Общие функции
1 Координация	1.1 <i>Обеспечение координации действий межсекторной поддержки в области психического здоровья и психосоциальной помощи</i>
2 Оценка, мониторинг и анализ	2.1 <i>Проведение оценки вопросов психического здоровья и психосоциального состояния</i> 2.2 <i>Инициирование систем совместных действий в части мониторинга и оценки</i>
3 Стандарты по защите и правам человека	3.1 <i>Применение механизма защиты прав человека в области психического здоровья и психосоциальной поддержки</i> 3.2 <i>Идентификация, мониторинг, предупреждение и реагирование на угрозы и неудачи с помощью мер социальной защиты</i> 3.3 <i>Идентификация, мониторинг, предупреждение и реагирование на угрозы и неудачи с помощью мер правовой защиты</i>
4 Кадровые ресурсы	4.1 <i>Подбор и прием на работу персонала и привлечение волонтеров, понимающих местную культуру</i> 4.2 <i>Ввод в действие кодекса поведения и принципов этики для сотрудников</i> 4.3 <i>Организация ориентации и обучения для медицинских работников в области психического здоровья и психосоциальной поддержки</i> 4.4 <i>Предотвращение и решение проблем в области психического здоровья и психосоциального состояния среди персонала и волонтеров</i>

Область	В. Основные вопросы психического здоровья и психосоциальной поддержки
5 Мобилизация сообществ и организация поддержки	5.1 <i>Обеспечить условия мобилизации сообщества, прав собственности и контроля ответных мер в чрезвычайных ситуациях во всех секторах</i> 5.2 <i>Обеспечить условия для организации самопомощи и социальной поддержки в местном сообществе</i> 5.3 <i>Обеспечить условия для соответствующих бытовых культурных, духовных и религиозных лечебных мер</i> 5.4 <i>Обеспечить поддержку маленьким детям (0–8 лет) и их опекунам</i>
6 Службы здравоохранения	6.1 <i>Включение конкретных психологических и социальных вопросов в общую систему здравоохранения</i> 6.2 <i>Обеспечение доступа к уходу за пациентами с тяжелыми психическими расстройствами</i> 6.3 <i>Защита и уход за людьми с тяжелыми психическими расстройствами и другими психическими и неврологическими заболеваниями, которые проживают в специальных учреждениях</i> 6.4 <i>Изучение и, по возможности, сотрудничество с местными, аборигенными и традиционными системами здравоохранения</i> 6.5 <i>Минимизация вреда, связанного с алкогольной и наркотической зависимостью</i>
7 Образование	7.1 <i>Расширение доступа к безопасному и дополнительному образованию</i>
8 Распространение информации	8.1 <i>Предоставление информации пострадавшему населению о чрезвычайной ситуации, мерах по оказанию помощи и их юридических правах</i> 8.2 <i>Предоставление доступа к информации о положительных методах преодоления трудностей</i>

Область	С. Социальные вопросы в секторах
9 Продовольственная безопасность и питание	9.1 <i>Включение конкретных социальных и психосоциальных вопросов (безопасная помощь для всех с сохранением достоинства личности с учетом культуры и роли в семье) в области обеспечения продовольствия и организации питания</i>
10 Предоставление крова и планирование застройки	10.1 <i>Включение конкретных социальных вопросов (безопасность, достоинство личности, помощь с учетом культурных и социальных аспектов) при планировании застройки и обеспечении крова при координации всех действий</i>
11 Вода и санитария	11.1 <i>Включение конкретных социальных вопросов (безопасный доступ для всех с сохранением достоинства личности и с учетом культурных аспектов) в области водоснабжения и санитарии</i>

3. КООРДИНАЦИЯ И ОЦЕНКА

3.1 Координация (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 1.1)

Необходимо обеспечить координацию действий по ПЗПСП внутри и между кластерами/секторами. Механизм координации ПЗПСП должен быть концептуально целесообразным. Это должен быть механизм для организаций из различных кластеров/секторов для проведения регулярных встреч с целью координации их планов и мер по ПЗПСП.

Действия по ПЗПСП необходимо обсуждать и интегрировать в планы работы соответствующего кластера/сектора, так как они являются ключевыми компонентами основных кластеров/секторов (например, здравоохранение, защита и образование). Ответственность за действия ПЗПСП лежит на соответствующих Кластерах. Важно включать проекты по ПЗПСП в соответствующие разделы (здравоохранение, безопасность и образование) документов в рамках чрезвычайных или совместных призывов. Такие документы не должны иметь отдельный раздел, посвященный ПЗПСП. ПЗПСП не следует создавать в форме самостоятельного Кластера.

Руководящие принципы МПК рекомендуют создать единую межсекторную координационную группу по ПЗПСП. Целесообразно создавать координационную группу по ПЗПСП там, где присутствует большое число организаций по ПЗПСП. Координационной группе необходимо иметь Круг полномочий. Межкластерная координационная группа, если она имеется, должна рассматривать ключевые межкластерные оперативные вопросы. Если присутствуют мало организаций по ПЗПСП, то, возможно, нецелесообразно создавать межсекторную координационную группу по ПЗПСП. В этом случае важно организовать проведение регулярных встреч участников по ПЗПСП из разных секторов или создать систему главных представителей по ПЗПСП от различных кластеров/секторов, которые проводили бы встречи на регулярной основе.

Следует особо отметить, что с политической и практической точек зрения часто оптимальный результат дает создание координационной группы по ПЗПСП под председательством двух представителей, один от сектора здравоохранения, другой – от охранной организации (или оба председателя от организации здравоохранения и центра бытового обслуживания в случае создания лагерей для беженцев). Ведущие организации должны хорошо разбираться в вопросах ПЗПСП и содержании координационных процессов (например, не допускать доминирования конкретного подхода или сектора).

Координационная группа по ПЗПСП должна сотрудничать со всеми соответствующими кластерами/секторами с целью обеспечения организации их деятельности, нацеленной на улучшение психического здоровья и психосоциального состояния.

3.2 Оценка (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 2.1)

Межучрежденческая быстрая оценка МПК: форма оценки на местах (IRA) – это стандартный межсекторальный инструмент, используемый Кластерами для оценки гуманитарной ситуации в первые недели после неожиданного возникновения чрезвычайной ситуации. Применительно к ПЗПСП в секторе здравоохранения, необходимо быстро получить ответ на вопрос, не были ли забыты люди, находящиеся в психиатрических лечебницах и иных подобных учреждениях (например, дома для престарелых, приюты) или оставлены без доступа к питьевой воде, продуктам питания, без медицинского ухода или защиты от насилия и издевательств. Поэтому очень важно, чтобы эксперты по оценке лично посетили эти учреждения при проведении первоначальной быстрой оценки (IRA).

Система отображения наличия ресурсов здравоохранения глобального кластера здравоохранения (HeRAMS) – это инструмент для обеспечения сбора и анализа данных в целях развития и поддержки добросовестной практики распределения ресурсов и служб здравоохранения. Система HeRAMS помогает составить контрольный перечень служб здравоохранения по уровню обслуживания и по подсекторам здравоохранения для принятия мер в экстренных ситуациях в учреждениях здравоохранения/мобильных медицинских центрах/на местах в каждом пункте оказания услуг. В контрольном перечне есть конкретные вопросы по психическому здоровью на уровне амбулаторной медицинской службы, первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи.

Далее, существует пилотная версия инструмента ПЗПСП для объединения четырех “4W” ‘Кто, что, где и когда делает’. Этот инструмент является полезным для сбора более детальной информации по всем мероприятиям по ПЗПСП, включая мероприятия, проводимые другими секторами. Данный инструмент – который можно получить по запросу у Координационной группы МПК по ПЗПСП – можно объединить с системой HeRAMS.

Большинство оценок ПЗПСП проводится через несколько недель или даже месяцев после возникновения непредвиденных чрезвычайных ситуаций. По возможности, вопросы следует включать в оценки, проводимые Кластерами. Как и в других областях оказания содействия, оценки ПЗПСП требуют координации. Сначала организации должны определить, какие оценки были проведены, и планировать дальнейшие оценки на местах по ПЗПСП только, если они необходимы. В большинстве чрезвычайных ситуаций различные группы (государственные ведомства, организации ООН, неправительственные организации и т.д.) в различных секторах будут собирать информацию по различным аспектам ПЗПСП в ряде географических регионов, и необходимо обеспечить координацию действий в плане того, кто какую информацию будет собирать и где. Лица, ответственные за координацию действий, должны обеспечить, насколько это возможно, чтобы вся информация, приведенная в Таблице 2, была доступна для пострадавшего района.

Таблица 2: Краткий обзор основной информации для проведения оценок

Вид информации	Включает
Релевантная демографическая и контекстуальная информация¹	<ul style="list-style-type: none"> • Численность групп населения • Уровень смертности и угрозы смертности • Доступ к основным естественным потребностям (например, питание, кров, вода и санитария, медико-санитарная помощь) и образованию • Нарушение прав человека и структуры защиты • Социальная, политическая, религиозная и экономическая структуры и динамика развития • Изменения системы жизнеобеспечения и повседневной жизни местного населения • Основная этнографическая информация в отношении культуральных ресурсов, норм, ролей и установок
Опыт действий в чрезвычайных ситуациях	<ul style="list-style-type: none"> • Опыт местного населения в части поведения в чрезвычайных ситуациях (понимание происходящих событий и их значимости, понимание причин и ожидаемых последствий)
Психическое здоровье и психосоциальные проблемы	<ul style="list-style-type: none"> • Признаки психологических расстройств и социальных нарушений, включая поведенческие и эмоциональные проблемы • Признаки ухудшения повседневного образа жизни • Сбой в механизмах социальной солидарности и поддержки • Информация о людях с тяжелыми психическими расстройствами
Имеющиеся источники психосоциального состояния и психического здоровья	<ul style="list-style-type: none"> • Способы помощи себе и другим • Способы, как население ранее справлялось с бедствиями • Виды социальной поддержки и источники солидарности местного населения
Организационные возможности и мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Структура, местоположение, кадры и ресурсы медицинской помощи в области психического здоровья в секторе здравоохранения (смотри <i>Атлас психического здоровья ВОЗ</i>) и воздействие чрезвычайной ситуации на эти службы • Структура, местоположение, кадры и ресурсы программ психосоциальной поддержки в структуре образования и социальных услуг и воздействие чрезвычайной ситуации на эти службы • Отображение психосоциального опыта местных организаций • Отображение потенциальных партнеров и объем и качество/содержание предыдущих учебных программ по ПЗПС • Отображение программ по ПЗПС в чрезвычайных ситуациях
Потребности и возможности программирования	<ul style="list-style-type: none"> • Рекомендации заинтересованных сторон • Масштаб реализации основных мероприятий, перечисленных в Руководящих принципах МПК • Функциональность справочных систем между и внутри сектора здравоохранения и других социальных, образовательных, местных и религиозных секторов

¹ Как правило, эти данные можно быстро получить из имеющихся докладов.

Общие принципы быстрой коллективной оценки применяются при сборе информации, суммированной в Таблице 2. Соответствующие качественные методы сбора данных включают обзор литературы, деятельность групп (например, обсуждения в фокус-группах), интервью с основными источниками информации, наблюдения и посещения объектов. Количественные методы, включая краткие вопросники и анализ данных, имеющихся в системах здравоохранения, могут также принести пользу.

Несмотря на их популярность, исследования по оценке темпов распространения психических расстройств, вызванных чрезвычайной ситуацией, являются сложными, ресурсоемкими и, часто, противоречивыми. Как показывает опыт, такие исследования требуют наличия большого опыта в проведении исследований по психическим расстройствам надежным и достаточно быстрым образом для оказания весомого и значимого влияния на программы в разгар чрезвычайной ситуации. Хотя хорошо проведенные исследования психических расстройств могут быть частью более сложных ответных мер, такие исследования, согласно Руководящим принципам МПК, выходят за рамки минимальных ответных мер, которые определяются как важнейшие, приоритетные ответные меры, которые должны быть, как можно быстрее, реализованы в условиях чрезвычайной ситуации. Для более подробного обсуждения вопроса по исследованиям и сложностям разграничения расстройств и стрессов, смотрите стр. 45 Руководящих принципов МПК.

4. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ ПО ПЗПС, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СЕКТОРУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.1 Мобилизация и поддержка местного населения (Руководящие принципы МПК, Планы мероприятий 5.1–5.4)

Все секторы, включая сектор здравоохранения, несут солидарную ответственность за обеспечение мобилизации и поддержки местного населения. «Мобилизация местного населения» в данном документе и в Руководящих принципах МПК относится к усилиям по вовлечению групп местного населения (группы людей, семьи, родственники, коллеги, соседи и другие лица, имеющие общие интересы) во все дискуссии, решения и действия, которые оказывают влияние на этих людей и их будущее. Местные сообщества, как правило, включают многочисленные подгруппы, имеющие различные потребности и часто конкурирующие за влияние и власть. Процесс подлинного вовлечения коренного местного населения требует понимания местной структуры власти и схем конфликтов, сотрудничества с различными подгруппами и не предоставления привилегий отдельным группам (смотри План мероприятий 5.1 Руководящих принципов МПК).

Содействие организации самопомощи и социальной поддержки местного населения предполагает выявление естественных способов психосоциальной поддержки и источников выживания и стойкости за счет применения оценки ситуации в сельской местности с помощью личного участия или других методов требующих личного включения.. Оно также включает, если это уместно, оказание поддержки существующим местным инициативам, особенно, в части поддержки семьи и сообщества для всех пострадавших членов сообщества, включая людей с самым высоким риском проблем ПЗПС. В дополнение к поддержке собственных спонтанных инициатив местного населения, следует рассмотреть дополнительные целесообразные инициативы для всех пострадавших членов сообщества и особенно для людей, подверженных самому большому риску (смотри Руководящие принципы МПК, Планы мероприятий 5.2, 5.3 и 5.4 на предмет детальных рекомендаций и многочисленных примеров, включая лечение и оказание поддержки детям младшего возраста в местном населении). В целом, подход самопомощи имеет решающее значение, так как для людей, переживших чрезвычайную ситуацию, контроль над некоторыми аспектами своей жизни может помочь сохранить психическое и психосоциальное здоровье.

4.2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 6.1)

Предлагая услуги общесоматической службы необходимо рассмотреть следующие мероприятия:

- В общении с пациентами давать четкую и точную информацию о состоянии их здоровья и о соответствующих службах внутри и вне сектора здравоохранения. Курсы повышения квалификации по технике общения включают базовые знания о том, как в мягкой форме сообщить плохие новости, и как обращаться с сильно расстроенными, обеспокоенными, суицидальными, психотическими или ушедшими в себя пациентами; и как разделить с пациентом очень личные и эмоциональные переживания;
- Содействие в области решения проблем и создания условий для здоровья посредством оказания помощи людям в решении их проблем, совместным поиском путей преодоления трудностей, определения вариантов и оценки стоимости и последствий возможного выбора;
- Направление к службам поиска, социальной поддержки и юридической помощи;
- Направление голодающих детей на стимулирующие программы лечения, чтобы снизить вероятность развития инвалидности и содействовать нормальному развитию детей;
- Ведение соматических жалоб, не находящих медицинского объяснения в основном, используя нефармакологические методы (смотри стр. 85-101 «Там, где нет психиатра», смотри перечень ресурсов);
- Первая психологическая помощь (ППП), которая включает базовую, ненавязчивую прагматичную психологическую помощь с акцентом на способность выслушать пациента, не заставляя его говорить; оценку потребностей и удовлетворение первичных потребностей; поощрение без навязывания общества значимых лиц окружения и защита от дальнейшей психотравматизации. Таким образом, ППП включает неклиническую, гуманную поддержку страдающего человека, который нуждается в ней сразу после исключительно стрессовой ситуации. Основное существенное отличие от психологической консультации заключается в том, что совсем не обязательно обсуждать событие, вызвавшее стресс. **Психологический «разбор полета» является популярной, но противоречивой методикой (которая, в лучшем случае, может оказаться неэффективной), и ее не следует применять.** Все социальные работники, и особенно работники здравоохранения, должны уметь оказывать базовую ППП;
- В меньшинстве случаев, когда острое тяжелое расстройство, вызванное чрезвычайной ситуацией, ограничивает основные функциональные возможности или является непереносимым, может потребоваться клиническое вмешательство (для руководства смотри «Там, где нет психиатра»);
- Что касается клинического лечения острых расстройств, **в большинстве чрезвычайных ситуаций слишком часто выписывают бензодиазепины.** Однако, эти препараты следует выписывать на очень короткий период времени и для преодоления конкретных клинических

симптомов (например, сильная бессонница). Необходима осторожность, так как применение бензодиазепинов может быстро приводить к зависимости;

- В меньшинстве случаев могут развиваться хронические аффективные или тревожные расстройства (включая острые случаи посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР)). Если расстройство является тяжелым, то лечение должен проводить опытный врач в рамках минимальных ответных мер на чрезвычайную ситуацию (описано в Плане мероприятий МПК 6.2). Если расстройство не очень тяжелое (например, человек может функционировать и терпеть страдания), тогда он должен получить соответствующий уход в рамках более общей медико-санитарной помощи. Если целесообразно, то поддержку должны оказывать обученные работники амбулаторных служб под руководством врачей (например, социальные работники, консультанты), работающие в системе здравоохранения.

4.3 ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЦЕНТРАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 6.2)

Тяжелые психические расстройства часто предшествуют чрезвычайной ситуации, но могут быть и вызваны чрезвычайной ситуацией. Люди с такими расстройствами чрезвычайно ранимы и часто оказываются покинутыми в чрезвычайных ситуациях. План мероприятий 6.2 содержит описание ряда аспектов организации помощи людям с тяжелыми психическими расстройствами (например, вопросы оценки, вопросы обучения и надзора, реклама услуг, информирование населения о наличии услуг). Возможные модели обслуживания при организации ухода за людьми с психическими проблемами в центрах первичной медико-санитарной помощи включают следующее:

- Специалисты по вопросам психического здоровья должны входить в состав государственных/негосударственных групп по оказанию первичной медико-санитарной помощи;
- Обучение и надзор за местным персоналом ПМСП с целью интеграции психического здравоохранения в повседневную практику и выделения для него назначенного времени;
- Обучение и супервизия одного из членов местной группы ПМСП (доктор или медицинская сестра), который будет заниматься полный рабочий день вопросами психической помощи наряду с другими услугами ПМСП.

4.4 ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Достаточные поставки основных психотропных препаратов должны быть налажены в центрах первичной медико-санитарной помощи и других службах здравоохранения (*Руководящие принципы МПК, План мероприятий 6.2*). Гуманитарные организации здравоохранения должны знать, что:

- Рекомендуется применение широкого спектра дженериков, так как в большинстве стран они стоят в несколько раз дешевле, чем патентованные психотропные препараты, при равной эффективности действия. Хотя новые лечебные препараты имеют более благоприятную картину по побочным эффектам, общая картина их применения ненамного лучше.
- Минимальное обеспечение включает один нейрелептик, одно противопаркинсоническое средство (для лечение потенциальных экстрапирамидальных побочных эффектов), одно противосудорожное/ противэпилептическое средство, одно антидепрессивное и одно антиисолиитическое средство (для применения в случае сильного злоупотребления психоактивными веществами и судорожного синдрома), все в форме таблеток, из Примерного перечня ВОЗ основных лекарственных средств (смотри Приложение А). Все эти препараты входят в состав межведомственного набора лекарственных препаратов 2010 г. на случай чрезвычайных ситуаций.

4.5 СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ (СМИ) В ЦЕНТРАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 6.2)

Центры первичной медико-санитарной помощи в чрезвычайных ситуациях предоставляют важную возможность оказания поддержки людям с проблемами в области психического здоровья. Персонал этих центров необходимо научить правильно документировать проблемы, связанные с психическим здоровьем, используя простые категории. Необходим простой инструктаж для среднего сотрудника такого центра по использованию следующих семи категорий (смотри Приложение В – определения случаев заболеваний УВКБ):

- Судорожный синдром/ эпилепсия
- Расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ
- Задержка психического развития/ умственная отсталость
- Психические расстройства
- Сильные эмоциональные расстройства
- Другие жалобы психологического характера
- Соматические жалобы, необъяснимые с медицинской точки зрения.

4.6 Люди в лечебных учреждениях (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 6.3)

Люди в лечебных и других учреждениях часто оказываются забытыми или покинутыми в различных чрезвычайных ситуациях, что приводит к тому, что они становятся жертвами насилий, игнорирования и нарушения прав человека. В ходе кризиса руководители организаций здравоохранения должны проверять состояние людей в лечебных учреждениях и удовлетворять их насущные потребности, обеспечив им уход и безопасность.

4.7 Алкоголь и другие вещества (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 6.5)

Возможно, потребуются совместные действия сектора здравоохранения и других секторов для минимизации вреда, связанного со злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами в чрезвычайных ситуациях, когда применение этих веществ вызывает серьезные проблемы в области безопасности, а также медицинские и социально-экономические проблемы с серьезными последствиями. В Руководящих принципах МПК изложены первоначальные меры в условиях чрезвычайных ситуаций по минимизации вреда, связанного со злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами. К ним относятся оценка ситуации (смотри УВКБ/ВОЗ, 2008 г.), профилактика пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости, амбулаторные вмешательства по снижению вреда и терапия синдрома отмены.

4.8 Взаимосвязь с другими исцеляющими системами (Руководящие принципы МПК, План мероприятий 6.4)

Часто важно изучать и, по возможности, сотрудничать с местными, национальными и традиционными целительными системами. Независимо от того, являются или нет клинически эффективными местные традиционные подходы к лечению (возможны различные варианты), диалог с традиционными целителями может дать ряд положительных результатов, включая лучшее понимание духовного, психологического и социального миров пострадавших людей и, среди прочего, содействовать совершенствованию систем дальнейшего направления больных. Иногда традиционные целители не идут на сотрудничество. При этом медицинские работники могут пренебрегать или быть враждебно настроены к традиционным методам лечения, или не знать о них. Хотя в некоторых ситуациях оптимальный вариант заключается в сохранении некоторой дистанции, основные мероприятия, перечисленные в Плане мероприятий 6.4, могут содействовать налаживанию конструктивного диалога между различными системами оказания медицинской помощи.

5. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ: ОБЩИЕ ПРАВИЛА, ЧТО ДЕЛАТЬ МОЖНО, И ЧТО ДЕЛАТЬ НЕЛЬЗЯ

Как показывает опыт работы во многих различных чрезвычайных ситуациях, существуют общие правила желательных и нежелательных действий (смотри Таблицу 3). Руководитель программы здравоохранения должен знать эти правила, что делать можно и что нельзя, и применять их на практике в качестве контрольного перечня в процессе разработки, реализации и мониторинга программы.

Таблица 3: Предписания и запреты

Предписания	Запреты
Создать один общий координационный механизм или группу по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки.	Не создавать отдельные группы по ПЗПСП, которые не общаются и не сотрудничают друг с другом.
Содействовать координированным ответным мерам, принимая участие в координационных совещаниях и повышая ценность посредством вклада в работу других.	Не работать в изоляции или без оценки того, как ваша собственная работа соотносится с работой других.
Сбор и анализ информации с целью определить, нужны ли ответные меры, и, если да, то какие.	Не проводить дублирующих оценок и не принимать предварительные данные без должного анализа.
Увязывать инструменты оценки с местным контекстом.	Не применять инструменты оценки, не проверенные в местных условиях, на которые повлияла чрезвычайная ситуация.
Признать, что чрезвычайные ситуации по-разному воздействуют на людей. Люди с более устойчивой психикой лучше переносят последствия чрезвычайных ситуаций, тогда как другие могут пострадать сильнее и нуждаться в специализированной помощи и поддержке.	Не предполагать, что каждый человек в чрезвычайной ситуации травмирован, или что людям с более устойчивой психикой обязательно нужна помощь.
Задавать вопросы на родном языке в спокойной сочувствующей манере с уважением права на неразглашение информации.	Не проводить дублирующих оценок и не задавать мучительно тяжелых вопросов без оказания помощи в дальнейшем.
Учитывать гендерные различия.	Не предполагать, что чрезвычайные ситуации одинаково влияют на мужчин и женщин (или мальчиков и девочек), или что программы помощи для мужчин будут одинаково полезны или доступны для женщин.
Проверять рекомендации при приеме на работу сотрудников или волонтеров и создать кадровый потенциал из числа представителей местного населения и/или пострадавших членов сообщества.	Не применять практику приема на работу персонала, которая может существенно ослабить действующие местные структуры.
После проведения обучения по вопросам ПЗПСП, обеспечить последующий надзор и мониторинг с целью удостовериться в том, что рекомендуемые меры были реализованы правильно.	Не проводить разовых, отдельных курсов обучения или краткосрочных курсов обучения без последующего контроля, особенно, при подготовке людей к реализации сложных психологических задач.

Таблица 3: Предписания и запреты

Содействовать разработке программ, реализация и поддержка которых будет осуществляться местным населением.	Не применять модель благотворительности, при которой местное население рассматривается только как получатели благ и услуг.
Создавать местный потенциал, содействовать развитию самопомощи и укреплению ресурсов, уже имеющихся в пострадавших группах населения.	Не оказывать поддержку, которая недооценивает или игнорирует местные обязательства и возможности.
Изучить и, если целесообразно, применять местные культурные традиции при оказании помощи местному населению.	Не считать, что все местные культурные традиции являются полезными, или что местное население предпочитает конкретные виды практики.
Если целесообразно, применять методы, находящиеся за пределами данной культуры.	Не считать, что все зарубежные методы непременно лучше и не навязывать их местному населению, используя методы, которые могут маргинализировать местные методы поддержки.
Создавать государственный потенциал и интегрировать лечение психического здоровья для тех, кто выжил в чрезвычайной ситуации, в общие службы здравоохранения, и, если возможно, в местные службы охраны психического здоровья.	Не создавать параллельные службы по охране психического здоровья для конкретных групп населения.
Организовать доступ к комплексу мер помощи и поддержки, включая первую психологическую помощь для людей с острыми расстройствами после сильнейших стрессовых ситуаций.	Не проводить разовые психологические консультации для местного населения в качестве первых мер после того, как они пережили чрезвычайную ситуацию или стихийное бедствие.
Проводить обучение и осуществлять контроль над работниками служб первичной медико-санитарной помощи или общего здравоохранения в области добросовестной рецептурной практики и базовой психологической помощи.	Не выписывать психотропные препараты и не оказывать психологическую помощь без организации обучения и надзора.
Применять дженерики, включенные в список важнейших лекарственных средств страны.	Не вводить новые патентованные лекарства в районах, где не практикуется их широкое применение.
Создать эффективные системы поддержки и помощи для сильно пострадавших людей.	Не проводить обследования людей с психическими расстройствами, не имея надлежащим образом оборудованного места и доступных служб для ухода за этими людьми.
Принимать решения об уходе и лечении людей, которым предостоят госпитализация, с учетом местных условий.	Не госпитализировать людей (если только госпитализация не является единственным средством обеспечения базового ухода и безопасности).
Привлекать ведомственных специалистов по внешним связям для содействия двустороннему общению с пострадавшим населением и с внешним миром.	Не использовать ведомственных специалистов по внешним связям только для контактов с внешним миром.
Использовать каналы СМИ для передачи достоверной информации, что снижает стресс и позволяет людям получить доступ к гуманитарным службам.	Не передавать в СМИ сенсационную информацию, которая может усугубить страдания людей или подвергнуть их риску.
Искать пути интеграции психосоциальных аспектов во все сектора гуманитарной помощи.	Не концентрироваться исключительно на оказании медицинской помощи при отсутствии многосекторных ответных мер.

6. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБ СПАСЕНИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОСЛЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Четырехуровневая пирамида (смотри Рисунок 1) и многосекторная структура, описанные в настоящем документе, также служат основой для восстановительной работы по ПЗПП после чрезвычайной ситуации. Восстановительные меры для различных секторов описаны в комплексной матрице, представленной на стр. 22-29 Руководящих принципов МПК. Ниже дано описание конкретных мер, предпринимаемых сектором здравоохранения.

- Для сектора здравоохранения основные восстановительные меры после чрезвычайной ситуации включают следующее:
- Начать пересмотр национальной политики и законодательства по вопросам психического здоровья, в зависимости от обстоятельств;
- Обеспечить доступность к охране психического здоровья для широкого круга психических расстройств, связанных с чрезвычайной ситуацией и существовавших до нее, через общие службы здравоохранения и местные службы охраны психического здоровья;
- Работать с целью обеспечения устойчивого развития всех вновь созданных служб охраны психического здоровья;
- Для пациентов в психиатрических больницах, содействовать развитию внебольничной помощи и обеспечению альтернативных жилищных условий.

Важно отметить, что гуманитарные чрезвычайные ситуации являются не только трагедией, но и прекрасной возможностью создать систему охраны психического здоровья для помощи людям. Независимо от того, как специалисты интерпретируют доступные эпидемиологические данные, показатели большого числа психических заболеваний (аффективные и тревожные расстройства, включая ПТСР и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ) растут в результате чрезвычайных ситуаций, и поэтому есть веские причины для создания долгосрочных, базовых, устойчивых местных систем охраны психического здоровья в районах, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. Все сообщества в мире должны иметь такие службы, особенно если они оказались зоной стихийного бедствия. Доклады из Албании, Китая, Индонезии, Иордании, Ирака, Косово, Македонии, оккупированной палестинской территории, Перу, Шри-Ланка и Тимора-Лешти демонстрируют, как чрезвычайная ситуация может привести к созданию жизнеспособных служб охраны психического здоровья на долгосрочную перспективу.

Хотя основное обслуживание должно обеспечиваться в амбулаторных условиях, но при этом одним из важнейших постулатов наиболее жизнеспособной районной системы охраны психического здоровья является укомплектованное персоналом стационарное отделение по

лечению острых психических расстройств. Данное подразделение часто составляет основу мероприятий с целью (а) организовать программу амбулаторной помощи в масштабах всего района и (б) содействия и надзора за столь необходимой деятельностью по охране психического здоровья в клиниках по оказанию первичной медико-санитарной помощи. Следовательно, в районах, где нет психиатрических стационарных отделений, в планы по строительству новых больниц общего профиля в рамках программ инвестирования в восстановление служб здравоохранения следует включить пункт о создании укомплектованного персоналом стационарного подразделения по лечению острых психических расстройств. Однако планы по реконструкции после чрезвычайной ситуации иногда включают пункты о строительстве новых высокоспециализированных психиатрических больниц. К сожалению, такие планы часто являются непродуманными. Децентрализация ресурсов в сфере психического здоровья – персонала, бюджетов и больничных коек – от высокоспециализированных учреждений до специализированной и первичной медицинской помощи является основной стратегией при организации и повышении эффективности лечения людей с психическими расстройствами по месту жительства. Кадры являются основным компонентом устойчивого развития системы охраны психического здоровья. Все долгосрочные инвестиции в обучение персонала (врачи, медсестры и другие социальные работники) должны включать в свои программы психическое здоровье.

7. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

7.1 Подбор кадров

Гуманитарные организации здравоохранения вправе принимать на работу менеджеров программ психического здоровья для руководства ответными мерами организации в области психического здоровья. Рекомендуемое резюме такого специалиста:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Ученая степень в области общественного здравоохранения/медицины/сестринского дела или поведенческие/социальные науки- Практический опыт в области управления программами и психического здоровья и психосоциальной поддержки (ПЗПСП) в рамках оказания гуманитарной помощи- Практический опыт работы в секторе здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода- Соответствующие языковые знания | <ul style="list-style-type: none">- Хорошее знание ПЗПСП в качестве неотложных мер в чрезвычайных ситуациях (как описано в Руководящих принципах МПК)- Хорошее знание различных культурных установок, практик и систем социальной поддержки- Хорошее знание ООН и неправительственных гуманитарных организаций- Понимание необходимости межведомственного и межсекторного сотрудничества- Понимание особенностей других культур |
|--|---|

План мероприятий 4.1 Руководящих принципов МПК содержит подробные рекомендации по подбору и найму персонала и волонтеров. Менеджеры программ здравоохранения должны искать специалистов по ПЗПСП с хорошими знаниями, пониманием местной культуры и надлежащим типом поведения. Клинические и любые другие задачи по оказанию прямой психосоциальной поддержки должны в основном выполняться местными сотрудниками. Менеджер программы здравоохранения должен использовать имеющиеся критерии для тщательного анализа предложений о помощи от иностранных специалистов в области психического здоровья, которые могут неожиданно предложить свои услуги (смотри Руководящие принципы МПК, стр. 72-73).

7.2 ОРИЕНТАЦИЯ И ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ В ОБЛАСТИ ПЗПС

Неверно ориентированные и неправильно обученные сотрудники без должного отношения и мотивации могут причинить вред населению, которому стараются помочь. План мероприятий 4.3 разграничивает краткие ориентационные семинары и обучение. Ориентационные семинары (семинары, рассчитанные на полдня или целый день) должны давать немедленные базовые, важнейшие, функциональные знания и навыки, относящиеся к теме психосоциальных потребностей, проблем и доступных ресурсов для всех работающих на всех уровнях системы ответных мер. Участниками таких семинаров могут быть все социальные работники всех секторов (особенно из социальных служб, систем здравоохранения, образования, обеспечения безопасности и немедленных ответных мер в чрезвычайных ситуациях). Учебные занятия – включая получение более обширных знаний, навыков и умений – рекомендованы для специалистов, работающих в конкретных и специализированных областях ПЗПС (смотри два верхних уровня пирамиды на Рисунке 1). Сроки проведения семинаров и занятий не должны совпадать со временем осуществления ответных мер в чрезвычайных ситуациях.

Рекомендуется применение кратких последовательных модулей для получения знаний по нарастающей, так как (а) это снимет необходимость освобождать персонал от их обязанностей на длительный срок и (б) позволит персоналу применять полученные знания на практике в период между учебными сессиями. Каждый краткий модуль длится несколько часов или дней (в зависимости от ситуации), и за ним следуют практические занятия на местах под контролем и при поддержке, прежде чем будет введен следующий новый модуль через несколько дней или недель. **За учебными занятиями всегда должны следовать супервизия и/или иная поддержка на местах.** Это, например, может быть обучение/супервизия без отрыва от производства или регулярная супервизия, включая ролевые игры на основе недавних, сложных клинических случаев. Обучение продвинутым навыкам в области психического здоровья без организации последующего контроля является нецелесообразным. План мероприятий 4.3 содержит основные рекомендации по ориентации и организации обучения (например, выбор инструкторов, методологии обучения, содержание сессий и задачи по организации обучения для инструкторов).

7.3 Благополучие персонала и волонтеров

Персонал и волонтеры, работающие в районах стихийных бедствий, как правило, работают по много часов в условиях стресса и в сложных условиях ограничения в системе обеспечения безопасности. Многие работники испытывают недостаток руководства и организационной поддержки, и называют это основным стресс-фактором. Более того, тот факт, что ежедневно приходится наблюдать ужас, опасность и человеческое горе, оказывает сильное эмоциональное воздействие и оказывает потенциальное влияние на психическое здоровье и состояние персонала. План мероприятий 4.4 (пункты 2–4) содержат описание основных мероприятий по созданию здоровой рабочей обстановки и преодолению потенциальных ежедневных стресс-факторов.

Психологические консультации более не рекомендуются. Персонал, переживших или бывший свидетелями чрезвычайной ситуации (чрезвычайных происшествий, потенциально травматических событий) нуждается в наличии доступа к базовой психологической помощи (психологическая первая помощь или ППП - смотри Раздел 4.2 выше). Если расстройство у пострадавших является настолько тяжелым, что нарушены основные функции организма (или что они находятся в группе риска причинения вреда себе и другим), они должны немедленно оставить работу и получить неотложную помощь у специалиста по психическому здоровью, обученному научно-обоснованному лечению острых посттравматических стрессов. Может потребоваться медицинская эвакуация в сопровождении.

Важно удостовериться в том, что специалист по психическому здоровью проконсультирует всех сотрудников, переживших чрезвычайную ситуацию, через 1-3 месяца после события. Специалист по психическому здоровью должен оценить физическое и эмоциональное пострадавшего и рекомендовать курс лечения сотрудникам со значительными проблемами, если не было улучшения в состоянии здоровья в течение определенного срока времени (смотри План мероприятий 4.4, пункты 6 и 7).

8. ОСНОВНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И РЕСУРСЫ

- Bolton P. (2001). *Cross-Cultural Assessment of Trauma-Related Mental Illness* (Phase II). CERTI, Johns Hopkins University, World Vision.
<http://www.certi.org/publications/policy/ugandafinahreport.htm>
- Forum for Research and Development (2006). *Management of Patients with Medically Unexplained Symptoms: Guidelines Poster*. Colombo: Forum for Research and Development. <http://www.irdsrilanka.org/joomla/>
- IASC (2005). Action Sheet 8.3: Provide community-based psychological and social support. In: *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: IASC, pp.69-71. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (также на арабском, французском и испанском языках).
- IASC (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products> (также на арабском, французском и испанском языках; печатная копия руководящих принципов включает компактный диск «только для чтения» с указанием исходных документов).
- IASC (2008). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Checklist for Field Use*. Geneva: IASC.
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>
- IASC Global Health Cluster (2009). *Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster*. Geneva: WHO
- ПАНО/WHO (2004). Sociocultural aspects. In: *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*, pp.85-106. Washington: Washington DC: ПАНО.
<http://www.paho.org/English/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf> (также на испанском языке).
- Patel V. (2003). *Where There is No Psychiatrist. A Mental Health Care Manual*. The Royal College of Psychiatrists.
<http://www.rcpsych.ac.uk/publications/gaskellbooks/gaskell/1901242757.aspx>.
- Sphere Project (2004). Standard on mental and social aspects of health. In: *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, pp.291-293. Geneva: Sphere Project. <http://www.sphereproject.org/handbook/index.htm> (available in multiple languages).
- UNHCR/WHO (2008). *Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. Geneva: UNHCR/WHO.
- ВОЗ (2003 г.). *Психическое здоровье в чрезвычайных ситуациях: Психические и социальные аспекты здоровья людей в ситуациях, сопряженных с воздействием чрезвычайного стресса*. Женева: ВОЗ.

- http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf (также на арабском, индонезийском, китайском, французском, русском и испанском языках).
- WHO (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. Draft Version 1.1 for Field Testing*. Geneva: WHO.
http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf (также на испанском языке).
 - WHO (2006). *Mental Health and Psychosocial Well-being among Children in Severe Food Shortage Situations*. Geneva: WHO.
http://www.who.int/nmh/publications/msd_MHChildFSS9.pdf (также на французском и испанском языке).
 - WHO (2009). *Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care*. Geneva: WHO.
 - WHO/UNHCR/UNFPA (2004). *Clinical Management of Survivors of Rape: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (revised edition). Geneva: WHO/UNHCR. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/ (также на арабском и французском языках).

Приложение А

Релевантные лекарственные препараты в Примерном перечне ВОЗ основных лекарственных средств (2009 г.)

Психотерапевтические препараты

<input type="checkbox"/> хлорпромазин	инъекция: 25 мг (гидрохлорид)/мл в ампулах по 2 мл; жидкость для перорального применения: 25 мг (гидрохлорид) / 5 мл; таблетки: 100 мг (гидрохлорид).
<input type="checkbox"/> флуфеназин	инъекция: 25 мг (деканоат или энантат) в ампулах по 1 мл.
<input type="checkbox"/> <i>галоперидол</i>	инъекция: 5 мг в ампулах по 1 мл; таблетки: 2 мг; 5 мг
<input type="checkbox"/> <i>амитриптилин</i>	таблетки: 25 мг (гидрохлорид).
флуоксетин	твердая лекарственная форма: 20 мг (представлена как гидрохлорид).
карбамазепин	таблетки (с насечками): 100 мг; 200 мг
карбонат лития	твердая лекарственная форма: 300 мг.
вальпроевая кислота	таблетки (с энтеросолюбильным покрытием): 200 мг; 500 мг (вальпроат соды)
<input type="checkbox"/> <i>диазепам</i>	таблетки (с насечками): 2 мг; 5 мг
кломипрамин	капсулы: 10 мг; 25 мг (гидрохлорид).

Противопаркинсонические препараты (для лечения потенциальных экстрапирамидальных побочных эффектов от приема антипсихотических препаратов)

<i>бипериден</i>	инъекция: 5 мг (лактат) в ампулах по 1 мл; таблетки: 2 мг (гидрохлорид).
------------------	--

Противосудорожные/противоэпилептические средства

карбамазепин	Жидкость для перорального применения: 100 мг/5 мл; таблетки (жевательные): 100 мг; 200 мг; таблетки (с насечками): 100 мг; 200 мг.
<i>диазепам</i>	Гель или ректальный раствор: 5 мг/мл в тубиках по 0,5, 2 мл и 4 мл
<input type="checkbox"/> лоразепам	Парентеральная формула: 2 мг/мл в ампулах по 1 мл; 4 мг/мл в ампулах по 1 мл.
<i>фенобарбитал</i>	инъекция: 200 мг/мл (фенобарбитал натрия); жидкость для перорального применения: 15 мг/5 мл (в качестве фенобарбитала или фенобарбитала натрия); таблетки: 15 мг-100 мг (фенобарбитал).
фенотин	капсулы: 25 мг; 50 мг; 100 мг (хлорид натрия); инъекция: 50 мг/мл во флаконах по 5 мл (хлорид натрия); жидкость для перорального применения: 25-30 мг/5 мл; таблетки: 25 мг; 50 мг; 100 мг (хлорид натрия); таблетки (жевательные): 50 мг.
вальпроевая кислота	Жидкость для перорального применения: 200 мг/5 мл; таблетки (дробимые): 100 мг; таблетки (с энтеросолюбильным покрытием): 200 мг; 500 мг (вальпроат соды).

= аналогичная клиническая картина в рамках фармакологического класса.

Препараты, выделенные *голубым курсивом* были включены в редакции 2010 г. Межведомственный набор лекарственных средств для оказания первой помощи.

Приложение В

Определения случаев заболеваний в Системе медицинской информации (СМИ) УВКБ (2009 г.)

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1 Эпилепсия/конвульсии

Человек, страдающий эпилепсией, имеет, как минимум, два приступа конвульсий, не вызванных какой-либо явной причиной, например, высокой температурой, инфекцией, травмой или отказом от употребления алкоголя. Эти приступы характеризуются потерей сознания с конвульсивными сокращениями конечностей, и иногда приводят к физическим травмам, недержанию кала или мочи и прикусыванию языка.

2 Расстройства, связанные со злоупотреблением алкоголя и других психоактивных веществ

Человек с такими расстройствами ежедневно употребляет алкоголь (или иные аддитивные вещества) и не может контролировать процесс потребления. Это часто приводит к ухудшению личных взаимоотношений, результатов работы и физического здоровья. Человек продолжает употреблять алкоголь (или другие аддитивные вещества) несмотря на наличие проблем.

Критерий исключения: Эта категория не применяется к людям, употребляющим алкоголь в больших количествах (или иные средства), если они могут контролировать процесс употребления.

3 Задержка психического развития/ умственная отсталость

Человек с очень низкими умственными способностями создает проблемы в повседневной жизни. Будучи ребенком, такой человек очень медленно учится говорить. Будучи взрослым, он может выполнять только простейшие задания на работе. Очень редко такие люди могут жить самостоятельно или заботиться о себе и/или детях без помощи других. В тяжелых случаях такие люди испытывают проблемы с речью, пониманием других и нуждаются в постоянном уходе и помощи.

4 Психическое расстройство

Человек может слышать и видеть то, чего нет в действительности, или искренне верить в то, чего не существует на самом деле. Они могут говорить сами с собой, их речь бессмысленна или бессвязна, и их внешний вид является необычным. Они могут не заботиться о себе. Или они могут переживать периоды абсолютного счастья, быть раздраженными, сверх энергичными, чересчур разговорчивыми или беспокойными. Для обычных людей из их окружения поведение такого человека представляется «безумным/ чрезвычайно эксцентричным».

5 Сильное эмоциональное расстройство

Ежедневный образ жизни такого человека явно нарушен в течение более двух недель по причине (а) чрезмерной печали/апатии и/или (b) гипертрофированного/неконтролируемого беспокойства/страха. Часто нарушены личные взаимоотношения, аппетит, сон и концентрация. Человек может быть не в состоянии начать или поддержать разговор. Человек может жаловаться на чрезмерную усталость и быть социально замкнутым, часто проводит в постели большую часть дня. Его часто посещают суицидальные мысли.

Критерий включения: Данная категория применяется только в случае, если имеет место явное нарушение ежедневного образа жизни.

ДРУГИЕ ЖАЛОБЫ КЛИНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

6 Другие жалобы психологического характера

Данная категория охватывает жалобы, связанные с эмоциями (например, депрессивное настроение, беспокойство), мыслями (например, навязчивые мысли, слабая концентрация) или поведением (например, бездеятельность, агрессия). Человек может быть в состоянии принимать участие во всех или почти во всех повседневных обычных видах деятельности. Жалоба может быть связана с нетяжелым эмоциональным расстройством или обычным стрессом (без нарушений).

Критерий включения: Данную категорию следует применять только в случаях, (а) если человек просит помощи и (b) если человек не подпадает ни под одну из перечисленных выше пяти категорий.

7 Соматические жалобы, необъяснимые с медицинской точки зрения

Данная категория охватывает все соматические/физические жалобы, не имеющие явной органической причины. **Критерий включения:** Данная категория применяется только (а) после проведения необходимых физических обследований, (b) если человек не подпадает ни под одну из перечисленных выше шести категорий и (c) если человек просит помощи.

Настоящий документ предназначен для гуманитарных организаций здравоохранения, работающих на национальном и внутринациональном уровне в странах, переживающих чрезвычайные ситуации гуманитарного характера. Он применяется к партнерам Кластера здравоохранения, включая правительственные и неправительственные организации медико-санитарного обслуживания.

На основе **Руководящих принципов МПК по психическому здоровью и психосоциальной поддержке в условиях чрезвычайных ситуаций** (МПК, 2007 г.), настоящий документ содержит обзор важнейших знаний, которыми должны обладать гуманитарные организации здравоохранения в области психического здоровья и психосоциальной поддержки (ПЗПСП) в условиях чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера. Руководителям следует удостовериться в том, что медицинский персонал обратит особое внимание на соответствующие разделы настоящего документа в зависимости от обстоятельств.

Настоящий документ был подготовлен Целевой группой МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в консультации с Глобальным кластером здравоохранения МПК.