

## **Комиссия Ланцет по вопросам глобального психического здоровья и устойчивого развития**

Викрам Патель, Шекхар Саксена, Крик Ланд, Грэм Торникрофт, Флоренс Бэнгана, Пол Болтон, Дэн Чисхолм, Памела Коллинз, Дженис Купер, Джулиан Итон, Хелен Херрман, Мохаммад Херзалла, Юэцинь Хуань, Марк Джорданс, Артур Клейнмэн, Мария Елена Медина-Мора, Эллен Морган, Унаиза Ниаз, Олаинка Омигбодун, Мартин Принс, Атиф Рахман, Бенедетто Сарачено, Бидиут Сарках, Мэри Де Сильва, Ильина Синг, Дэн Стейн, Шарлин Сункел, Юрген Унутцер

### **Основные положения**

Цели в области устойчивого развития (ЦУР) являются существенным продвижением вперед по сравнению с Целями развития тысячелетия (ЦРТ) и охватывают гораздо более широкую повестку дня, затрагивающую все страны и требующую скоординированных глобальных действий. Особенное внимание к психическому здоровью и употреблению психоактивных веществ (упоминаемых в качестве конкретных задач в рамках ЦУР в области здравоохранения) отражает это новое видение. В 2007 году в серии публикаций в журнале «The Lancet» были обобщены десятилетия междисциплинарных исследований и практики в различных контекстах и содержался призыв к глобальному сообществу о принятии мер по расширению услуг для людей, страдающих психическими расстройствами (включая расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, самоповреждением и деменцией), прежде всего в странах с низким и средним уровнем дохода, где осуществление прав человека на медицинскую помощь и достоинство нарушалось наиболее серьезным образом. Спустя 10 лет Комиссия Ланцет пересматривает глобальную повестку дня в области психического здоровья в контексте ЦУР.

Несмотря на значительные научные достижения, демонстрирующие возможности профилактики и лечения психических расстройств и укрепления психического здоровья, их внедрение на практике оказалось мучительно медленным. Глобальное бремя психических расстройств возросло во всех странах в контексте крупных демографических, экологических и социально-политических изменений. Во многих странах сохраняются нарушения и злоупотребления в области прав человека, причем большое число людей содержится в психиатрических учреждениях или тюрьмах, либо живет на улице, зачастую не имея правовой защиты. Качество услуг в области охраны психического здоровья обычно хуже, чем качество услуг в области охраны физического здоровья. Государственные инвестиции и помощь в целях развития в области охраны психического здоровья остаются крайне незначительными. Коллективная неспособность отреагировать на этот глобальный кризис в области здравоохранения приводит к колоссальной потере человеческого потенциала и страданиям, которых можно было бы избежать.

У нас есть историческая возможность переосмыслить глобальную повестку дня в области охраны психического здоровья в контексте широкой концептуализации психического здоровья и психических расстройств в рамках ЦУР. Эта возможность подкрепляется принятием комплексного Плана действий ВОЗ в области психического здоровья, ратификацией международных конвенций, защищающих права лиц с психосоциальными нарушениями, конвергенцией научных доказательств из различных научных дисциплин о природе и истоках проблем психического здоровья, повсеместной доступностью цифровых технологий и растущим консенсусом среди различных заинтересованных сторон относительно необходимости принятия мер и характера этих

мер. Комиссия пользуется возможностью, предоставляемой ЦУР для расширения глобальной повестки дня в области охраны психического здоровья, чтобы сместить акцент с устранения пробелов в оказании медицинской помощи людям, страдающим психическими расстройствами, на улучшение психического здоровья всех групп населения и уменьшение бремени психических расстройств в глобальном контексте. В основу такой пересмотренной повестки дня, по мнению Комиссии, должны быть положены **четыре основополагающих принципа**.

1) *Во-первых*, психическое здоровье является глобальным общественным благом и имеет значение для устойчивого развития во всех странах, независимо от их социально-экономического статуса, поскольку в контексте психического здоровья все страны могут рассматриваться как развивающиеся; (2) *Во-вторых*, проблемы психического здоровья существуют вдоль континуума: от легкого, ограниченного по времени дистресса до хронических, прогрессирующих и сильно инвалидизирующих состояний. Бинарный подход к диагностике психических расстройств, пусть и является полезным для клинической практики, однако не точно отражает разнообразие и сложность потребностей в области психического здоровья отдельных лиц или групп населения; (3) *В-третьих*, психическое здоровье каждого человека является уникальным продуктом социальных и средовых воздействий, в первую очередь, в начале жизни, взаимодействующим с генетическими, неврологическими и психологическими процессами и влияющим на биологические процессы в головном мозге; 4) *В-четвертых*, психическое здоровье является одним из основных прав человека для всех людей и требует правозащитного подхода в целях охраны благополучия людей с психическими расстройствами и тех, кто подвергается риску психических расстройств, а также для создания условий, способствующих укреплению психического здоровья для всех.

Осуществление этой переосмысленной повестки дня потребует **шести ключевых действий**. Комиссия всецело признает различие условий между странами, а также внутри стран, и предлагает поэтапное осуществление ее рекомендаций в зависимости от условий и наличия человеческих и финансовых ресурсов в той или иной стране. *Во-первых*, услуги в области охраны психического здоровья должны быть расширены как важнейший компонент всеобщего охвата медико-санитарными услугами и полностью интегрированы в глобальные меры по решению других приоритетных задач в области здравоохранения, включая борьбу с неинфекционными заболеваниями, охрану здоровья матери и ребенка и ВИЧ/СПИД. Кроме того, в рамках такой комплексной помощи следует уделять особое внимание физическому здоровью людей с тяжелыми психическими расстройствами. *Во-вторых*, необходимо устранить барьеры и угрозы в отношении психического здоровья; к ним относятся недостаточная осведомленность о значении психического здоровья для социально-экономического развития, недостаточное внимание к укреплению и охране психического здоровья в различных секторах, серьезные препятствия в отношении спроса на услуги в сфере охраны психического здоровья, вызванные стигматизацией и дискриминацией, а также возрастающие угрозы психическому здоровью в связи с глобальными проблемами, такими как изменение климата и усиление неравенства. *В-третьих*, психическое здоровье должно охраняться в рамках государственной политики и мер в области развития; эти межсекторальные действия должны предприниматься руководством стран в целях привлечения широкого круга заинтересованных сторон в области здравоохранения и за его пределами, включая сферы образования, занятости, социального обеспечения, расширения прав и

возможностей женщин, услуг для детей и подростков, уголовного правосудия и развития, а также гуманитарной помощи.

*Вставка 1: Цели устойчивого развития ООН, непосредственно касающиеся психического здоровья*

**ЦУР 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте**

**Задача 3.4:** страны должны «к 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия».

*Индикатор 3.4.2:* смертность от самоубийств

**Задача 3.5:** странам следует «улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем».

*Индикатор 3.5.1:* Охват лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ

*Индикатор 3.5.2:* Злоупотребление алкоголем (потребление на душу населения)

**Задача 3.8:** страны должны «обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех».

*Индикатор 3.8.1:* Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам, к которым относятся охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, лечение инфекционных заболеваний, лечение неинфекционных заболеваний и масштабы и доступность услуг для широких слоев населения и для находящихся в наиболее неблагоприятном положении групп населения)

*Индикатор 3.8.2:* число людей, охваченных медицинским страхованием или системой общественного здравоохранения на 1000 человек

Эти мероприятия должны быть направлены на социальные и средовые детерминанты, которые оказывают решающее влияние на психическое здоровье в наиболее чувствительных периодах развития, особенно в детском и подростковом возрасте, в целях укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств. *В-четвертых*, необходимо использовать новые возможности, в том числе те, которые появляются благодаря вовлечению прошедших соответствующую подготовку неспециалистов и цифровых технологий для осуществления ряда мероприятий в области психического здоровья, а также учитывать мнения людей, имеющих опыт психических расстройств. *В-пятых*, с учетом веских экономических и медицинских аргументов в пользу увеличения инвестиций в психическое здоровье, срочно необходимо осуществить значительные дополнительные инвестиции. Несмотря на важность дополнительных ресурсов, имеется непосредственная возможность для эффективного и действенного использования существующих ресурсов — например, путем перераспределения бюджетов в области охраны психического здоровья из крупных больниц в районные больницы и общинные службы психического здоровья, проведения ранних мер, нацеленных на зарождающиеся психические расстройства, и перераспределения бюджетов на другие приоритеты в области здравоохранения в целях содействия интеграции охраны психического здоровья в существующие платформы оказания помощи. *Наконец*, следует увеличить инвестиции в исследования и инновации и использовать новаторские подходы из различных дисциплин, таких как геномика, нейронауки, исследования в области услуг здравоохранения, клинические науки и социальные науки, как для проведения имплементационных исследований по расширению мероприятий в области психического здоровья, так и научных исследований с целью углубления понимания причин и

механизмов психических расстройств и разработки эффективных мероприятий по их профилактике и лечению.

Комиссия Ланцет предлагает широкий и комплексный набор показателей для мониторинга прогресса в области охраны психического здоровья в эпоху ЦУР, охватывающий социальные детерминанты психического здоровья, состояние психического здоровья различных групп населения, а также затраты и результаты функционирования служб и систем по охране психического здоровья. Для преобразования психического здоровья во всем мире мы призываем к созданию партнерства, целями которого были бы мобилизация и выделение средств, обеспечение возможности использования и мониторинга этих средств, а также оценка результатов действий, предложенных Комиссией. Такое партнерство должно включать в себя ООН и агентства по развитию, академические учреждения и неправительственные организации, частный сектор, организации, представляющие интересы людей с опытом психических заболеваний и членов их семей, а также лиц, формирующих политику и представляющих национальные и международные учреждения.





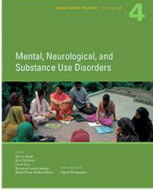

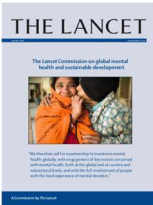
Комиссия переосмысливает психическое здоровье, объединяя знания, полученные в рамках различных научных-исследовательских программ и реального практического опыта, чтобы предложить новое, амбициозное и единое видение дальнейших действий. Наша концептуализация соответствует и придает дополнительный импульс центральному принципу ЦУР «никого не оставлять в стороне», а также понятиям человеческого потенциала и капитала. Мы верим в неотъемлемое право каждого человека на психическое здоровье, а также в то, что психическое здоровье может способствовать устойчивому социально-экономическому развитию, улучшению общего состояния здоровья и более справедливому миру. Неотложные действия по полному осуществлению наших рекомендаций ускорят достижение не только задач в области психического здоровья, но и многих других задач в рамках ЦУР.

### **Развитие до сегодняшнего дня**

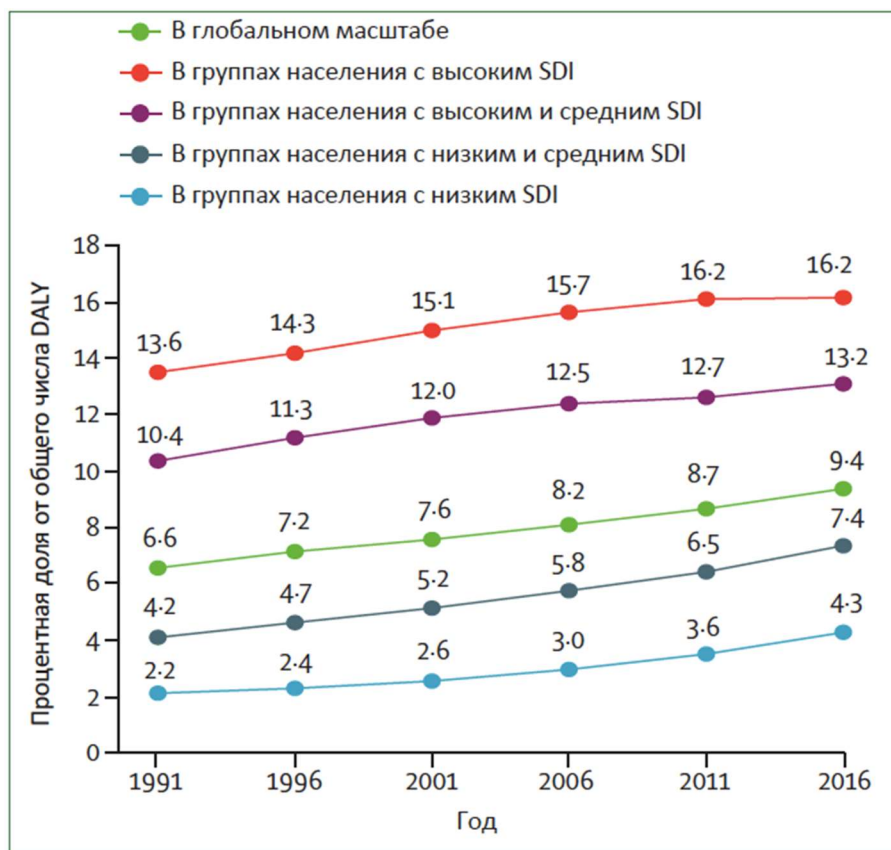
В 2015 году все страны объединились вокруг общей миссии по достижению Целей устойчивого развития (ЦУР). ЦУР представляют собой существенный прогресс по сравнению с Целями развития тысячелетия (ЦРТ) как в их стремлении охватить значительно более широкую повестку дня, так и в признании того, что они являются глобальными проблемами, затрагивающими все страны и требующими глобальных действий для их решения. Ярким примером такого преобразующего видения является признание того, что проблемы здравоохранения выходят за рамки Целей развития тысячелетия, касающихся ряда инфекционных заболеваний и охраны здоровья матери и ребенка (основных причин заболеваний в странах с низким уровнем дохода). Неинфекционные заболевания, психическое здоровье и злоупотребление психоактивными веществами также получили признание, и были определены связанные с ними задачи и показатели (Вставка 1). Благодаря этому наконец увенчались успехом десятилетия научной работы и мероприятий по продвижению психического здоровья и достижения его законного места в глобальной повестке дня в области развития.

**Рис. 1 Эволюция глобального психического здоровья**

	<p>1990 В Каракасской декларации по психическому здоровью и правам человека подчеркивалась необходимость развития психиатрической помощи в тесной связи с первичной медицинской помощью через службы в местном сообществе, а также необходимость создания юридической основы для реструктуризации служб и обеспечения надлежащих гарантий соблюдения прав человека и гражданских прав пациентов.</p>
	<p>1995 В Докладе о состоянии психического здоровья населения мира особо отмечалось значительное и растущее бремя психических расстройств в странах с низким уровнем дохода, подчеркивалась их тесная связь с такими социальными детерминантами, как нищета, перемещение лиц и насилие, а также говорилось о повсеместном отсутствии служб в сфере охраны психического здоровья и нарушениях прав человека.</p>
	<p>2001 В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире впервые был сделан акцент на психическом здоровье, представленном через призму общественного здравоохранения, а также предложено практическое руководство для политиков.</p>
	<p>2001 в Атласе ВОЗ по психическому здоровью впервые были представлены сопоставимые данные из большинства стран по некоторым основным показателям, касающимся служб и систем охраны психического здоровья. Последующие издания были опубликованы в 2005, 2011, 2014 и 2018 годах.</p>
	<p>2007 В первой серии публикаций в журнале «Ланцет» по глобальному психическому здоровью подчеркивались значительные пробелы в оказании медицинской помощи людям, страдающим психическими расстройствами в странах с низким и средним уровнем дохода, и содержался призыв к действиям по расширению услуг в сфере охраны психического здоровья на основе фактических данных о затратоэффективных вмешательствах и уважения прав человека.</p>
	<p>2007 Сформировано Движение за глобальное психическое здоровье, виртуальный альянс лиц с психическими расстройствами и специалистов в сфере глобального психического здоровья с целью коллективной поддержки вышеназванного призыва к действию.</p>
	<p>2007 Конвенция ООН по правам инвалидов (КПИ ООН) была принята, подписана и ратифицирована большинством стран мира, вступив в силу в 2008 году. Цель конвенции заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения их достоинства.</p>

	<p>2008 Инициатива ВОЗ mhGAP, флагманская программа по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья, обязавшая ВОЗ предоставлять странам основанные на фактических данных рекомендации и помощь для расширения услуг для людей, страдающих психическими, неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. В течение последующих 10 лет с помощью этой программы была оказана помощь более 100 странам.</p>
	<p>2011 Инициатива «Крупные задачи в глобальном психическом здоровье» определила приоритетные вопросы имплементационных исследований в области глобального психического здоровья, открыв новые возможности для финансирования исследований в области глобального психического здоровья.</p>
	<p>2013 План действий ВОЗ в области охраны психического здоровья, принятый на самом высоком уровне политической приверженности всеми 194 министерствами здравоохранения в рамках Всемирной ассамблеи здравоохранения, содержит четкие цели, действия, показатели и задачи на 8 лет.</p>
	<p>2015 Ратификация ЦУР ООН означала признание охраны психического здоровья, профилактики психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также всеобщий охват услугами здравоохранения в качестве конкретных задач в рамках ЦУР в области здравоохранения.</p>
	<p>2016 Приоритеты по контролю за заболеваниями (3-е издание), рекомендации по экономически эффективным пакетам услуг в сфере профилактики, лечения и ухода для людей с психическими расстройствами, которые могут быть осуществлены посредством целого ряда платформ (от предоставления помощи по месту жительства в местном сообществе до специализированной помощи), формируя компонент психического и неврологического здоровья в пакете мер по обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами.</p>
	<p>2016 На саммите и в декларации Всемирного банка и ВОЗ «Выйти из тени» психическое здоровье было признано не только в качестве приоритета глобального здравоохранения, но и в качестве приоритета глобального развития.</p>
	<p>2018 Комиссия Ланцет по глобальному психическому здоровью и устойчивому развитию предложила переосмыслить психическое здоровье для одновременного устранения пробелов в профилактике и качестве медицинской помощи наряду с пробелами в лечении (касающимися как клинических, так и социальных вмешательств) с целью снижения глобального бремени психических расстройств.</p>

**Рис. 2 Растущее бремя психических расстройств и расстройств, связанных с потреблением психоактивных веществ, болезнью Альцгеймера и других видов деменции, самоубийствами (самоповреждением) в группах населения с разным социально-демографическим индексом (SDI). Это данные о глобальном бремени болезней. SDI (социально-демографический индекс) - суммарный показатель социально-демографического развития региона, основанный на среднем доходе на душу населения, уровне образования и общем коэффициенте рождаемости. DALY=скорректированная на инвалидность продолжительность жизни.**



Сектор глобального психического здоровья сыграл ключевую роль по включению сферы психического здоровья в ЦУР. Глобальное здоровье по-разному определяется как область, «уделяющая приоритетное внимание улучшению здоровья и достижению справедливости в отношении здоровья для всех людей во всем мире»<sup>1</sup>. В соответствии с этим основное внимание в области глобального психического здоровья также уделяется сокращению различий в отношении психического здоровья между странами и внутри стран<sup>2</sup>. Глобальное психическое здоровье является результатом проводимых на протяжении десятилетий междисциплинарных исследований и практики в различных транснациональных контекстах. Серия публикаций начала 1990-х годов (Рис. 1) привела к тому, что в 2007 году в журнале *The Lancet* прозвучал призыв к действию с целью расширения услуг для людей, страдающих психическими расстройствами, на основе затратоэффективных мер, с одной стороны, и уважения прав человека, с другой стороны, во всех странах, но прежде всего в странах с низким и средним уровнем дохода, где соблюдение этих прав было наиболее серьезным образом поставлено под угрозу<sup>3</sup>.

Цель Комиссии Ланцета заключается в переосмыслении глобального психического здоровья в рамках парадигмы устойчивого развития. Мы предлагаем существенно расширить глобальную повестку дня в области психического здоровья, опираясь на ее достижения, но также признавая ограниченность существующих на сегодняшний день принципов и стратегий. Комиссия пытается переосмыслить глобальную повестку дня в области психического здоровья в нескольких направлениях. *Во-первых*, наша сфера охвата является глобальной, и мы обращаем внимание на проблемы, актуальные для всех стран. Когда речь заходит о психическом здоровье, все страны можно рассматривать как развивающиеся, и существует огромное неравенство в распределении ресурсов в отношении психического здоровья и доступе к ним не только между странами, но и внутри стран. Вместо традиционной классификации стран в соответствии с их уровнем дохода в нашем анализе мы используем классификацию, основанную на имеющихся ресурсах. Мы выступаем за то, чтобы страны использовали доступные инструменты планирования с целью установления целевых показателей для вводимых ресурсов (например, бюджеты, персонал и койки), процессов (например, количество квалифицированных поставщиков услуг) и результатов (например, улучшение психического здоровья)<sup>4</sup>. *Во-вторых*, с нозологической точки зрения мы признаем, что бинарный подход к диагностике психических расстройств, пусть и являющийся полезным для медицинских работников, не отражает в достаточной мере многомерный характер психического здоровья или опыт людей с психическими заболеваниями. Поэтому мы предлагаем использование гибридной модели стадирования, демонстрируя, что такой подход не только удобен для поставщиков услуг (от медицинских работников общинных служб до специалистов в области психического здоровья), но и более точно отражает распределение симптомов психического здоровья, более созвучен жизненному опыту людей с психическими расстройствами и обеспечивает лучшую оптимизацию распределения ресурсов для вмешательств, нежели бинарный подход. *В-третьих*, с точки зрения причин психических расстройств мы ратуем за конвергентную модель психического здоровья, признавая сложное взаимодействие психосоциальных, средовых, биологических и генетических факторов на протяжении всей жизни, но прежде всего на наиболее чувствительных этапах развития – в детстве и подростковом возрасте. *В-четвертых*, мы призываем к актуализации психического здоровья как одного из основных прав человека для всех людей, уделяя особое внимание тем, кто подвергается наибольшему риску лишения своих прав, в том числе людям, живущим в учреждениях (включая тюрьмы), бездомным и тем (например, беженцам), кто страдает от серьезных неблагоприятных условий, таких как конфликты.

В контексте переосмысления психического здоровья Комиссия стремится подчеркнуть глобальную цель в области психического здоровья, заключающуюся в устранении пробелов в лечении или, точнее, в уходе<sup>5</sup> за людьми, страдающими психическими расстройствами. Мы также стремимся уменьшить бремя психических расстройств путем устранения пробелов в качестве (т. е. в качестве помощи, получаемой людьми с психическими расстройствами) и пробелов в профилактике (т. е. охвате мероприятий, направленных на факторы риска психических расстройств). Бремя психических расстройств может быть уменьшено только благодаря совместным действиям по профилактике психических расстройств и эффективной клинической и социальной помощи людям с психическими расстройствами. Мы также включили деменцию и суициды в сферу внимания Комиссии, поскольку психическое здоровье людей, страдающих деменцией и лиц, осуществляющих за ними уход, является приоритетом при оказании им помощи, а суициды часто являются следствием психических расстройств. Прежде чем изложить принципы переосмысления



сферы глобального психического здоровья и их последствий для политики и практики, мы кратко рассмотрим историю глобального психического здоровья, его значение и ограничения.

### **История глобального психического здоровья**

Первоначальный взгляд на глобальное психическое здоровье характеризовался двумя эпистемологиями: эмическим подходом социальных антропологов и культуральных психиатров, считавших, что психические расстройства сформированы социальными и культуральными обстоятельствами, и этическим подходом клиницистов и эпидемиологов, которые анализировали психические расстройства так, как если бы они биологически не отличались от других медицинских расстройств и поэтому могли рассматриваться как универсальные заболевания. С 1970-х годов новое поколение междисциплинарного сотрудничества (включая работу ученых, чьи знания охватывали оба подхода) привело к появлению «новой транскультуральной психиатрии»<sup>6</sup> <sup>7</sup>, в рамках которой признавалось значение и взаимодополняемость обоих подходов и поощрялось изучение психических расстройств в различных группах населения при сбалансированном признании их универсальных характеристик и решающего вклада контекстуальных и культуральных влияний. Все это привело к четырем трансформационным сдвигам, которые ознаменовали собой появление сферы глобального психического здоровья.

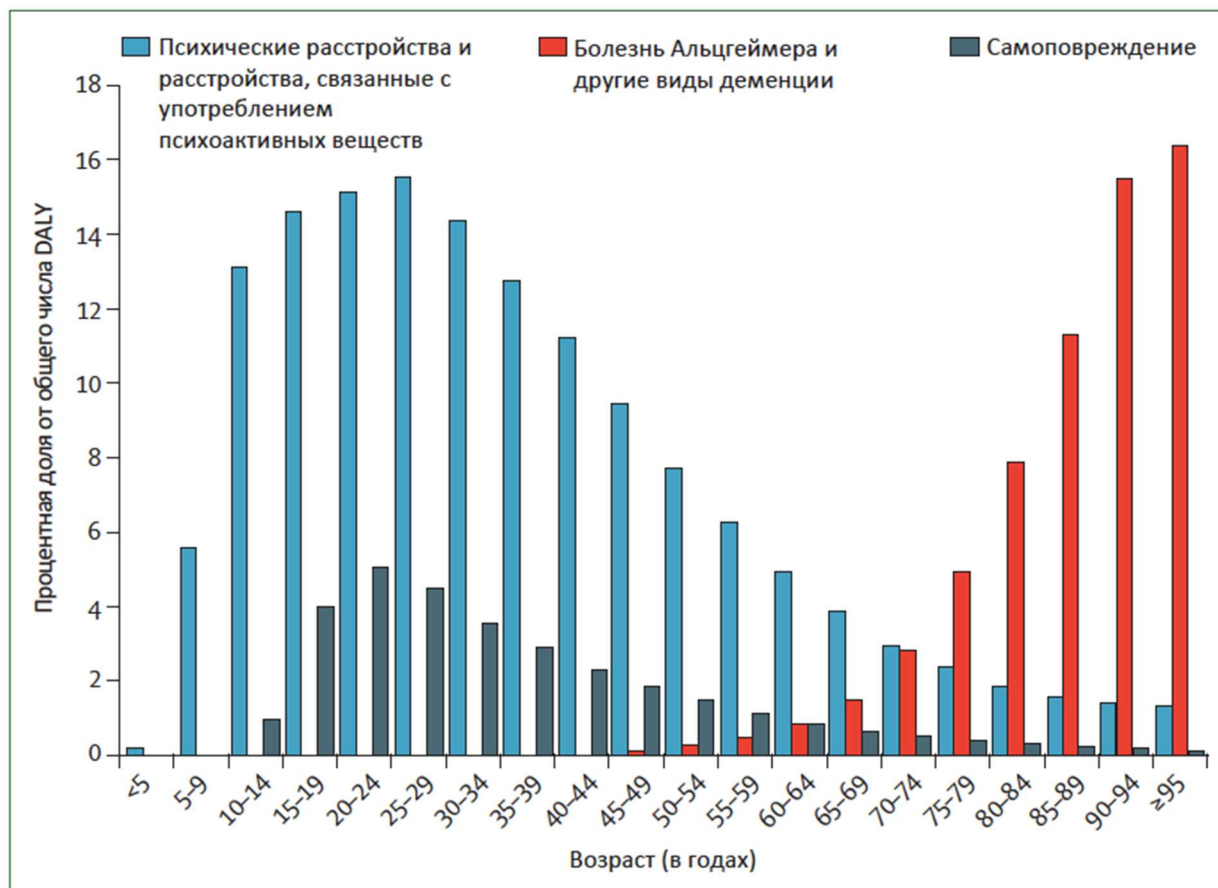
*Первый сдвиг* касался характера психических расстройств и, следовательно, содержания соответствующих вмешательств. Биомедицинский подход стал постепенно рассматриваться лишь как один из различных аспектов охраны психического здоровья. В своей исторической статье<sup>8</sup> Джордж Энгель ввел термин «биопсихосоциальный». Последующие работы раскрыли многогранный характер причин и лечения психических расстройств и привели к выводу о том, что психические расстройства следует рассматривать как состояния индивидов, всегда находящихся во взаимодействии с социальными и средовыми факторами. Концепция социальных страданий, охватывающая человеческие проблемы, которые являются результатом политической, экономической и институциональной власти, подчеркнула необходимость структурных и социальных вмешательств в рамках комплексных мер, нацеленных на проблемы психического здоровья<sup>9</sup>. Одновременно расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, были концептуализированы как сложные хронические заболевания с рецидивирующим характером, поставив под сомнение их интерпретацию в качестве примеров моральной несостоятельности или преступного поведения. Подходы к этим расстройствам поменялись: если раньше они были основаны на уголовном правосудии, то теперь стали основываться на общественном здравоохранении<sup>10</sup>.

*Второй сдвиг* был связан с оказанием психиатрической помощи и был представлен постепенным переходом от институционального ухода к общинному уходу – процессу, известному как деинституционализация. В результате пересмотра этических, социальных и административных аспектов психиатрической помощи, появления новых лекарств и роста правозащитного движения, во многих странах с высоким уровнем дохода с 1950-х годов число психиатрических коек сократилось. Некоторые клинические и реабилитационные мероприятия были перенесены за пределы больниц, психиатрические отделения были созданы в больницах общего профиля, а психическое здоровье было интегрировано в первичное звено медицинской помощи, полностью заменив психиатрические больницы в некоторых странах (например, в Италии<sup>11</sup>) или переместившись в общину (например, Aro Village System в Нигерии<sup>12</sup>).

Третье изменение касалось представления о том, кто предоставляет услуги в сфере охраны психического здоровья. Улучшение психического здоровья, а также профилактика, лечение и восстановление после психических расстройств больше не были прерогативой только одной группы экспертов (исторически – психиатров). В этой области активизировались самые разные люди – от специалистов в области психического здоровья до различных неспециализированных поставщиков услуг, таких как работники здравоохранения на уровне общин, учителя, сотрудники правоохранительных органов и (на примере четвертого сдвига) люди с опытом психических заболеваний, а также лица, осуществляющие уход. Иными словами, психическое здоровье стало считаться делом многих<sup>13</sup>.

Четвертый сдвиг иллюстрируется выражением «никаких решений, касающихся нас, без нашего участия». Это выражение – не просто лозунг, заимствованный из активизма инвалидов людьми с опытом психических расстройств, стремящихся к расширению своих прав и возможностей. Это фундаментальный, основанный на правах человека компонент охраны психического здоровья и исследований в сфере психического здоровья<sup>14</sup>, начиная от привлечения людей с психическими заболеваниями в сферу оказания услуг и заканчивая признанием восстановительного подхода (который ставит пожелания и выраженные потребности людей с психическими расстройствами во главу угла при оказании им помощи)<sup>15</sup>.

Рис. 3. Глобальное бремя психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, болезнью Альцгеймера и других видов деменции, самоубийствами (самоповреждением) в DALYs на протяжении всей жизни



## Научные основы глобального психического здоровья

Вышеназванные сдвиги были подкреплены фактическими данными в четырех областях, которые привели к появлению дисциплины глобального психического здоровья.

### Социальные детерминанты психических расстройств

Исследования социальных детерминант психических расстройств последовательно демонстрируют тесную связь между социальным неблагополучием и плохим состоянием психического здоровья. Нищета, проблемы, пережитые в детстве, и насилие были выявлены в качестве ключевых факторов риска возникновения и персистирования психических расстройств, которые, в свою очередь, были связаны с потерей дохода из-за низкого уровня образования и сокращения возможностей трудоустройства и производительности<sup>16</sup>. Эти сложные, разнонаправленные механизмы привели к порочному кругу взаимосвязанных неблагоприятных условий и психических расстройств, отводя решающую роль психическим расстройствам в передаче нищеты из поколения в поколение.

**Рис. 4** Примеры пыток и лишения свободы лиц с психическими расстройствами



**А)** Вид реабилитационного центра в Индонезии. В 2012 году, в виду нехватки жилых помещений, многие клиенты центра были заключены в закрытый павильон в виде клетки без санитарных удобств; мужчины и женщины были разделены лишь проволочной стеной. Фотография приписывается Андрею Стар Риз. **Б)** сельские жители на 8 дней приковали к дереву 32-летнего мужчину с психическим заболеванием, который, по-видимому, вел себя угрожающе (Балургат в Западной Бенгалии, Индия). Фотограф аккредитован в информационном агентстве *Press Trust of India*. **В)** отделение национальной психиатрической больницы в условиях ограниченных ресурсов, май 2018 года. Фотография приписывается Джузеппе Равиоле. **Г)** фотография женщины с умственной отсталостью в интернате в городе Гёд, Венгрия, апрель 2017 года (с разрешения фонда *Validity Foundation*).

### *Глобальное бремя психических расстройств*

В начале 1990-х годов произошел трансформационный методологический прорыв в измерении глобального бремени болезней в годах жизни с поправкой на инвалидность (индекс *Daly*), что позволило сравнить бремя психических расстройств с другими заболеваниями путем оценки их влияния как на годы жизни с инвалидностью, так и на преждевременную смертность. На момент представления первого доклада в 1996 году глобальное бремя психических расстройств (главным образом на протяжении лет жизни с инвалидностью и с преобладанием депрессивных расстройств и расстройств, связанных с употреблением алкоголя) было значительным и неуклонно возрастало в последующие два десятилетия, что отчасти объясняется демографическими и эпидемиологическими изменениями (рис. 2 и рис. 3)<sup>17</sup>. Это высокое бремя, вероятно, недооценено из-за высокой преждевременной смертности, связанной с психическими расстройствами, и того факта, что деменция и самоубийства не были включены в бремя психических расстройств<sup>18</sup>. К примеру, в то время как с психическими расстройствами связывают менее 1 миллиона смертей, модели естествознания демонстрируют, что в 2010 году погибло 13 миллионов людей с психическими расстройствами, и этих смертей можно было бы избежать<sup>19</sup>.

### *Недостаточные инвестиции в сферу охраны психического здоровья*

Ассигнования на охрану психического здоровья в национальных бюджетах здравоохранения и инвестиции в исследования в сфере психического здоровья были несоразмерны с бременем психических заболеваний во всех странах. Относительно небольшие инвестиции (менее 1% национального бюджета здравоохранения в странах с низким уровнем дохода)<sup>20</sup> были в основном потрачены на психиатрические больницы — крупные автономные учреждения, отделенные от общины, многие из которых были построены десятилетия назад. Таким образом, средства, выделенные на персонифицированный уход и для предоставления услуг в общинах, с акцентом на интеграцию в существующие медицинские и социальные платформы, были незначительными.

### *Почти полное отсутствие доступа к качественному медицинскому обслуживанию во всем мире*

Следствием такого низкого уровня инвестиций стало очень большое количество недостатков в лечении и уходе за людьми с психическими расстройствами. Мировые обследования в сфере психического здоровья, в которых приняли участие 84 850 взрослых респондентов в 17 странах, показали, что доля людей с тревожными, аффективными расстройствами или психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, которые пользовались услугами какой-либо службы охраны психического здоровья в предыдущие 12 месяцев, колебалась от 1,6% в Нигерии до 17,9% в США<sup>21</sup>. Кроме того, качество медицинской помощи, предоставляемой многим людям, в частности страдающим тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью, было низким во всех странах и часто сопровождалось нарушениями основных прав человека (например, принудительные ограничения, физическое и сексуальное насилие и пытки; рис. 4)<sup>22</sup>.

### **Возникновение глобального психического здоровья**

Богатое междисциплинарное наследие, описанное в предыдущих разделах, заложило основу для публикаций *Lancet Series* 2007 года по глобальному психическому здоровью. Авторы публикаций

пришли к выводу, что высокое бремя психических расстройств и неудовлетворенные потребности в медицинской помощи привели к глобальному кризису здравоохранения. После долгих размышлений о том, какой призыв к действию для глобального сообщества здравоохранения мог быть наиболее срочным, ясным и конкретным, авторы сосредоточились на потребностях людей, страдающих психическими расстройствами, призывая к действиям по сокращению пробелов в лечении путем расширения охвата услугами по охране психического здоровья во всех странах, но особенно в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД).

В годы после публикаций *Lancet Series* ошутимо возросло внимание к устранению пробелов в оказании медицинской помощи в СНСД, о чем свидетельствует двойное увеличение помощи в целях развития, выделяемой на охрану психического здоровья после 2007 года<sup>23</sup>. ВОЗ запустила свою флагманскую Программу действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья для расширения в СНСД услуг по лечению психических, неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ,<sup>24</sup> и разработала целый ряд основополагающих публикаций, содержащих рекомендации для медицинских работников в неспециализированных учреждениях о способах лечения этих расстройств, отслеживающих состояния систем психического здоровья на национальном уровне<sup>25</sup> и устанавливающих стандарты оказания медицинской помощи<sup>26</sup>. Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-20 годы<sup>27</sup>, согласованный всеми странами мира, содержит план по широкому кругу задач, связанных с психическим здоровьем. Сеть по контролю за заболеваниями (*Disease Control Priorities Network*) опубликовала свои рекомендации<sup>28</sup> для правительств и учреждений по вопросам развития о расширении мер в сфере охраны психического здоровья с помощью различных платформ от общинного до специализированного ухода, в конечном итоге формируя компонент психического и неврологического здоровья в пакете мер по обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Следует отметить, что в обоих документах дается широкий обзор сферы охраны психического здоровья, и особое внимание уделяется непрерывности процесса от укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств до лечения, долгосрочного ухода, восстановления и социальной интеграции людей с психическими расстройствами.

В то же время инициативы по проведению реформ в конкретных странах оказали влияние на интеграцию психического здоровья в систему общественного здравоохранения. В Бразилии, к примеру, правительство стремилось скорректировать десятилетний акцент на психиатрических учреждениях более сбалансированным предоставлением медицинских и психосоциальных услуг на базе местного сообщества<sup>29</sup>. В 2017 году Индия приняла эпохальный законопроект «О психиатрической помощи», дающий право людям с психическими расстройствами на доступ к комплексным медицинским и социальным услугам на базе местных сообществ<sup>30</sup>. В 2012 году Гана приняла пересмотренный закон о психическом здоровье после многолетней разъяснительной работы коалиции сообщества по вопросам психического здоровья, неправительственных организаций, министерства здравоохранения Ганы и ВОЗ. Примером приверженности Китая делу охраны психического здоровья является закон о психическом здоровье, вступивший в силу в 2013 году, и массовое расширение охвата медико-санитарной помощью в рамках программы 686<sup>31</sup>. Англия запустила национальную программу по улучшению доступа к научно-доказательной психологической терапии<sup>32</sup>, и страны, пострадавшие от конфликтов или стихийных бедствий, такие как Шри-Ланка и Руанда, использовали кризисные меры для удовлетворения потребностей в

области охраны психического здоровья травмированного и перемещенного населения в качестве основы для создания устойчивой системы охраны психического здоровья<sup>33</sup>. Общемировые стандартизованные по возрасту показатели суицидов снизились на 24% в период с 1990 по 2016 год (только в Китае наблюдалось снижение более чем на 50%), но точные причины этого снижения остаются неопределенными.

В 2011 году Инициатива «Крупные задачи в глобальном психическом здоровье» Национального института психического здоровья США (NIMH), определила приоритетные вопросы имплементационных исследований в целях ликвидации пробелов в оказании помощи лицам с психическими расстройствами (Вставка 2)<sup>34</sup>. За этой публикацией последовало множество исследовательских инициатив, включая инвестиции NIMH в размере почти 60 миллионов долларов США в период с 2011 по 2016 год для поддержки исследований и подготовки кадров в области глобального психического здоровья и 16 международных центров для исследований в сфере разделения функций при оказании медицинской помощи (*task-sharing*) и расширения количества услуг в сфере психического здоровья. Кроме того, инициатива *Grand Challenges Canada* инвестировала 42 миллиона канадских долларов в поддержку 85 проектов, направленных на решение некоторых из этих приоритетных задач в сфере имплементационных исследований в 31 СНСД. В 2017 году Глобальный альянс по борьбе с хроническими заболеваниями, являющийся консорциумом финансирующих учреждений, выбрал глобальное психическое здоровье для своего ежегодного конкурса, а исследовательские советы Великобритании объявили о приеме заявок на глобальные исследовательские программы в области психического здоровья, продвигая аналогичную программу в области имплементационных научных исследований.

**Вставка 2: Пять основных крупных задач в области глобального психического здоровья**

1. Интеграция основных пакетов услуг в области охраны психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь
2. Снижение стоимости и улучшение поставок эффективных психотропных препаратов для лечения психических, неврологических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ
3. Подготовка медицинских работников в странах с низким и средним уровнем дохода для оказания научно обоснованной помощи детям с психическими, неврологическими расстройствами и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ
4. Обеспечение адекватного ухода и реабилитации для людей с хроническими психическими заболеваниями в сообществе
5. Уделение большего внимания теме психического здоровья при подготовке всех медицинских работников для создания справедливого распределения поставщиков услуг в области психического здоровья

Гражданское общество начало взаимодействовать со специалистами в области психического здоровья в целях разработки общего видения, наиболее заметным примером которого является Движение за глобальное психическое здоровье, созданное в 2008 году в качестве виртуального глобального альянса. К марту 2018 года движение насчитывало 220 учреждений-членов, представляющих различные заинтересованные стороны от ученых до лиц, страдающих психическими расстройствами. С 2013 года движение возглавляют люди, страдающие психическими расстройствами (нынешний лидер является одним из авторов этой публикации). Во время пятого саммита движения в Йоханнесбурге (Южная Африка) в феврале 2018 года была запущена Глобальная сеть пользователей услуг в области психического здоровья. В ряде стран видные деятели раскрыли свои личные данные о жизни с психическими расстройствами, что свидетельствует о растущем признании этой формы человеческих страданий. Сфера глобального

психического здоровья стала уважаемой дисциплиной с академическими программами и центрами в университетах по всему миру, специализированными журналами и книгами по этой тематике, а также ежегодным расписанием научных мероприятий; неудивительно, что эта дисциплина считается дисциплиной, достигшей совершеннолетия.

### **Угрозы глобальному психическому здоровью**

Несмотря на вышеописанные ощутимые результаты, путь к достижению справедливости для людей с психическими расстройствами только начал, и потенциальные угрозы сохраняются. Во-первых, существует очень мало фактических данных, свидетельствующих о существенном сокращении пробелов в оказании медицинской помощи. Недавние национальные обследования, проведенные в Индии и Китае, где проживает одна треть мирового населения, свидетельствуют о том, что более 80% людей с любыми психическими расстройствами или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, не обращаются за медицинской помощью<sup>35</sup>.<sup>36</sup> Даже при обращении за медицинской помощью качество этой помощи оставляет желать лучшего – по данным обследований состояния психического здоровья в мире, каждое пятое лицо с депрессивным расстройством получило минимально адекватную медицинскую помощь в странах с высоким уровнем дохода, а в странах с низким уровнем дохода лишь каждое 27-е<sup>37</sup>. Ориентированные на восстановление общинные услуги в области охраны психического здоровья недоступны для подавляющего большинства населения мира, а стационарная помощь, в том числе неотложная, и долгосрочная социальная помощь, сконцентрирована по преимуществу в крупных учреждениях, интернатах или тюрьмах.

Десятки тысяч людей с психическими расстройствами насильственно содержатся в собственных домах или молитвенных лагерях и учреждениях традиционной медицины. Плохо спланированное проведение деинституционализации приводит к преждевременной смертности, а также аресту и заключению в тюрьму выписанных пациентов. В 2016 году в Южной Африке произошел трагический случай, когда Департамент развития здравоохранения провинции Гаутенг прекратил финансирование крупного учреждения на 2000 коек и санкционировал выписку и перевод уязвимых лиц с психосоциальной инвалидностью в нелицензированные общинные учреждения стационарного ухода, что привело к гибели более 140 человек<sup>38</sup>.

Во-вторых, финансовые ресурсы, выделяемые правительствами и в рамках оказания международной помощи в области развития на охрану психического здоровья во многих беднейших странах, по-прежнему крайне незначительны. Несмотря на абсолютное увеличение финансирования с 2007 года, помощь в целях развития в области психического здоровья никогда не превышала 1% от глобальной помощи в целях развития в области здравоохранения и составляла всего 0,85 долл. США на один DALY (год жизни с инвалидностью) по сравнению со 144 долл. США на ВИЧ/СПИД и 48 долл. США на туберкулез и малярию в 2013 году<sup>39</sup>. Ассигнования на психическое здоровье детей и подростков, возможно, наиболее важного этапа развития в контексте профилактики, составляют всего 0,1% от общей помощи в целях развития в области здравоохранения<sup>40</sup>. Экономические последствия этих низких инвестиций являются ошеломляющими, с учетом предполагаемых потерь для мировой экономики в 16 трлн долл. США в результате психических расстройств (в период 2010-30 гг.), частично вызванных ранним возрастом начала заболеваний и снижением производительности труда на протяжении всей жизни<sup>41</sup>.

В-третьих, фармакологические и другие клинические вмешательства в отношении психических расстройств, пусть и влияют на уменьшение индивидуальных страданий и инвалидности и являются сопоставимыми или превосходящими вмешательства в отношении других хронических состояний<sup>42</sup>, но могут иметь ограниченное воздействие на бремя психических расстройств на уровне населения. Анализ данных за период с 1990 по 2015 год из четырех стран с высоким уровнем дохода (Австралия, Канада, Англия и США) показал, что распространенность аффективных и тревожных расстройств и их симптомов не уменьшилась, несмотря на существенное увеличение объема лечения (в первую очередь антидепрессантами) и отсутствие увеличения факторов риска. Авторы призвали обратить внимание на недостатки в качестве лечения и профилактики, включая инвестиции в ранние вмешательства<sup>43</sup>. Это ограничение усугубляется тем, что популяризации психического здоровья препятствует зависимость от показателей вводимых ресурсов (например, финансовых и людских ресурсов) и, в более ограниченной степени, в силу нехватки данных, от показателей процесса, нежели от показателей результатов (например, улучшение психического здоровья).

В-четвертых, на плохое состояние психического здоровья оказывают влияние многочисленные переходные процессы, с которыми сталкивается мировое население, в первую очередь увеличение некоторых социальных детерминант (таких как пандемии, конфликты и перемещение лиц), увеличение глобального неравенства доходов, растущая экономическая и политическая неопределенность, быстрая урбанизация и экологические угрозы (такие как рост стихийных бедствий, связанных с изменением климата)<sup>44,45</sup>. В глобальном масштабе происходят крупные демографические и эпидемиологические изменения, характеризующиеся ростом численности молодого населения в СНСД и неуклонным старением мирового населения. Эти изменения привели к увеличению числа людей, подверженных риску возникновения психических расстройств, включая психозы, употребление психоактивных веществ и аффективные расстройства у молодежи и деменцию у пожилых людей. Несмотря на то что некоторые социальные изменения, вероятно, окажут благотворное воздействие на психическое здоровье—например, сокращение доли населения, живущего в условиях абсолютной нищеты,—увеличение других неблагоприятных социальных детерминант (таких как неравенство доходов в сочетании с демографическими изменениями), вероятно, приведет к общему увеличению числа людей, подверженных риску психических расстройств. Это увеличение уже очевидно на примере резко возросшего вклада психических расстройств в глобальное бремя болезней.

В-пятых, биомедицинская подоплека пробелов в оказании медицинской помощи вызывает критику со стороны некоторых ученых и активистов, отстаивающих культуральный взгляд на психиатрию и представляющих людей с опытом психических расстройств. Они опасаются, что биомедицинский акцент будет иметь приоритет над местными традициями исцеления и восстановления, медикализировать социальные страдания и продвинет западную модель охраны психического здоровья, в которой доминируют фармацевтические вмешательства<sup>46</sup>. Кроме того, возникла напряженность между приверженцами Конвенции ООН о правах инвалидов (КПИ), закрепляющей право на самостоятельность в принятии решений относительно лечения всех лиц с психическими и интеллектуальными расстройствами при любых обстоятельствах, и теми, кто считает, что законы о психическом здоровье обеспечивают соответствующие руководящие принципы, позволяющие применение субститутивной модели принятия решений в наилучших



интересах человека, когда психическое расстройство серьезным образом нарушает его способность самостоятельно принимать обоснованные решения<sup>47</sup>.

Наконец, распространению глобального психического здоровья угрожает разобщенность, обусловленная различными группами и научными взглядами. Каждая точка зрения отражает разные перспективы и направления для действий, включая «повестку счастья», предлагаемую некоторыми экономистами, специализированную помощь при психических расстройствах, за которую ратуют клинические практики, борьбу с дискриминацией, пропагандируемую активистами гражданского общества, и картирование человеческого мозга, продвигаемое нейробиологами. Примером может служить обеспокоенность специалистов в области психического здоровья тем, что они могут потерять профессиональную идентичность и влияние или что клинические стандарты могут быть скомпрометированы путем принятия моделей разделения функций при оказании помощи. Эти проблемы приводят к тому, что различные заинтересованные стороны, занимающиеся вопросами психического здоровья, направляют правительствам различные или даже противоречивые послания, что приводит к отсутствию согласованных планов по решению проблем психического здоровья. Помимо подобной фрагментарности в самой сфере психического здравоохранения, существует риск того, что глобальное психическое здоровье станет еще одним «бункером», не связанным с другими важными инициативами в области глобального здравоохранения, такими как «Каждая женщина, каждый ребенок», «Глобальные ускоренные действия по охране здоровья подростков» или «Всеобщий охват услугами здравоохранения». Примером такого отсутствия взаимосвязанности является неадекватное внимание, уделяемое психическому здоровью в процессе подготовки и практической деятельности специалистов в области общего здравоохранения или в осуществлении глобальной политики в области здравоохранения и финансирования, с одной стороны, и недостаточное внимание к глобальной повестке дня в области здравоохранения и развития в процессе подготовки и практической деятельности специалистов в области психического здоровья, с другой стороны.

### **Психическое здоровье в эпоху устойчивого развития**

Спустя десятилетие после выпуска серии публикаций *Lancet Series* в 2007 года, выдвинувших психическое здоровье в центр внимания глобального здравоохранения, настало время рассмотреть, в каком направлении сфера глобального психического здоровья должна развиваться в следующем десятилетии и после. Хотя существующая программа по улучшению выявления психических расстройств и доступа к медицинской помощи весьма далека от достижения и остается приоритетной, ее достижение вряд ли существенно изменит задачи в рамках ЦУР или приведет к сокращению глобального бремени психических расстройств, если не будет расширена повестка дня для ликвидации пробелов в профилактике и в качестве услуг в сфере охраны психического здоровья. Комиссия Ланцет предлагает пересмотреть сферу охвата глобального психического здоровья и расширить масштабы новаторских стратегий по сокращению глобального бремени психических расстройств (Вставка 3). В нашем заключительном разделе собраны фактические данные, показывающие, как страны, сообщества и граждане могут преодолевать всепроникающие структурные и мировоззренческие барьеры для достижения глобальных приоритетов в области психического здоровья. Мы опираемся на инициативу «Крупные задачи в глобальном психическом здоровье», чтобы предложить направления будущих исследований и представить ряд показателей, охватывающих детерминанты психического здоровья, и результаты

мероприятий в области охраны психического здоровья, которые могут быть использованы для мониторинга прогресса стран в достижении задач ЦУР и в качестве показателей психического здоровья.

Мировое сообщество имеет историческую возможность переосмыслить глобальную повестку дня в области охраны психического здоровья, используя более широкую концепцию психического здоровья и расстройств, и позиционировать эту повестку как неотъемлемый элемент ЦУР. Эти возможности подкрепляются принятием Комплексного плана действий ВОЗ в области психического здоровья, признанием психического здоровья в качестве глобальной проблемы развития на организованном Всемирным банком и ВОЗ саммите 2016 года, включением вопросов психического здоровья в повестку дня Независимой комиссии высокого уровня ВОЗ по неинфекционным заболеваниям<sup>48</sup>, потенциалом для широкого сближения различных дисциплин (как с точки зрения изучения причин психических расстройств, так и вмешательств в области психического здоровья) и растущим консенсусом и сближением партнеров и заинтересованных сторон. Комиссия Ланцет опирается на эти уникальные возможности, чтобы проложить путь для переосмысления психического здоровья посредством объединения знаний и доказательств из различных дисциплин, и предлагает новое, амбициозное и единое видение действий. Наша цель состоит в том, чтобы обеспечить реализацию видения психического здоровья как глобального общественного блага, являющегося центральным элементом концепции человеческого капитала<sup>49</sup>, не только для ускорения достижения конкретных задач ЦУР в области психического здоровья, но и многих других ЦУР.

### **Вставка 3: Новый взгляд на глобальное психическое здоровье и устойчивое развитие**

Повестка дня в области глобального психического здоровья должна быть расширена от устранения пробелов в лечении до сокращения глобального бремени психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, путем одновременного устранения пробелов в профилактике и качестве помощи, а также расширения сферы медицинской помощи путем включения социальной помощи.

Мы предлагаем три ключевых принципа для переосмысления психического здоровья:

- Стадированный подход к пониманию и реагированию на проблемы психического здоровья, в отличие от бинарного подхода современных классификаций
- Согласование разных точек зрения о влиянии социальных и биологических факторов на проблемы психического здоровья на жизненной траектории процессов нейроразвития
- Признание психического здоровья в качестве основополагающего права человека для всех людей, в частности, для людей, подверженных риску психических расстройств или уже живущих с психическими расстройствами.

Следует расширить четыре нововведения в мероприятиях в сфере глобального психического здоровья:

- Разделение функций в проведении психосоциальных мероприятий с неспециализированными работниками в системе охраны психического здоровья
- Координация первичной и специализированной помощи для достижения модели сбалансированного ухода
- Внедрение цифровых платформ для облегчения осуществления мероприятий по всему континuumу оказания медицинской помощи
- Осуществление мероприятий на базе местных сообществ для повышения спроса на медицинскую помощь.

## **Переосмысление психического здоровья**

В этом разделе мы представляем **три руководящих принципа**, которые лежат в основе мировоззрения Комиссии. *Первый принцип* заключается в расширении сферы психического здоровья от существующего акцента на клинически определенные психические расстройства к

более широкому, размерному подходу к психическому здоровью (Вставка 3). *Второй принцип* – это принцип конвергенции, который относится к согласованию фактических данных из различных областей, включая генетические, социальные, биологические детерминанты психического здоровья, а также детерминанты, связанные с развитием. *Третий принцип* рассматривает психическое здоровье как универсальное и основное право человека. С точки зрения социальной справедливости этот принцип особо выделяет права уязвимых групп населения (например, тех, кто спасается от конфликтов), подвергающихся повышенному риску развития психических расстройств, а также права людей, уже живущих с психическими расстройствами.

### **Дименсиональный подход к психическому здоровью**

Психическое здоровье и психические расстройства по-разному трактуются в рамках различных исторических и культурных традиций и академических дисциплин. Тенденции в области глобального здравоохранения и развития, в том числе обусловленные ЦУР, требуют осмысления концептуальной основы психического здоровья, благополучия, психических расстройств и психосоциальной инвалидности. В этом разделе мы описываем природу и измерения психического здоровья и психических расстройств, чтобы обеспечить основу для дебатов, исследований и действий. Мы расширяем видение глобального психического здоровья в трех направлениях: *во-первых*, балансируя акцент на лечении, реабилитации, уходе и восстановлении равным акцентом на содействии укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, особенно вмешательств в раннем возрасте; *во-вторых*, путем применения стандартизированного подхода к выявлению и диагностике психических расстройств, признавая потенциальные преимущества вмешательств на каждой стадии; и *в-третьих*, охватывая разнообразный глобальный опыт в сфере психического здоровья и расстройств, чтобы более адекватно адаптировать спектр вмешательств и содействовать взаимному обучению. Начнем с представления ключевых терминов для определения сферы психического здоровья (Вставка 4).

#### **Вставка 4: Определение ключевых терминов, связанных с психическим здоровьем**

##### **Счастье**

Субъективное чувство удовлетворенности жизнью, которое включает в себя как эмоциональное ощущение хорошего самочувствия или переживание удовольствия (гедонистическая традиция), так и восприятие осмысленной и хорошей жизни (эвдемоническая традиция); все чаще рассматривается как важный способ оценки успеха общества в удовлетворении человеческих потребностей<sup>50</sup>.

##### **Благополучие**

Субъективная оценка удовлетворенности жизнью<sup>51</sup>; более широкие определения также учитывают менее субъективные социальные и личные обстоятельства, которые могут считаться способствующими хорошей жизни.

##### **Качество жизни**

Восприятие человеком своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которой он живет, а также в системе его целей, ожиданий, стандартов и проблем<sup>52</sup>.

##### **Психическое здоровье**

Способность к мышлению, эмоциям и поведению, которая позволяет каждому человеку реализовывать свои способности на соответствующей стадии своего развития, противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и учиться и вносить вклад в свое сообщество<sup>53</sup>.

##### **Психические расстройства**

Нарушения мышления, эмоций, поведения, а также отношений с другими лицами, которые приводят к существенным страданиям и функциональным нарушениям в одной или нескольких основных сферах жизнедеятельности, как это определено в основных системах классификации, таких как Международная классификация болезней ВОЗ и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам.

### **Социальное страдание**

Ситуация, когда субъективные компоненты дистресса коренятся в социальных ситуациях и обусловлены культуральным контекстом<sup>54</sup>.

### **Психосоциальная инвалидность**

Инвалидность, связанная с нарушениями, вызванными психическими расстройствами, которые ограничивают возможность полноценного участия в социальной жизни и жизни сообщества. Эта инвалидность возникает в результате взаимодействия между нарушениями и тем, как социальные барьеры препятствуют полному участию в жизни сообщества<sup>55</sup>.

### **Восстановление**

С точки зрения человека с психическим заболеванием, восстановление означает обретение и сохранение надежды, понимание своих способностей и недостатков, вовлечение в активную жизнь, личную автономию, социальную идентичность, смысл и цель в жизни, а также позитивное самовосприятие. Важно отметить, что восстановление определяется самим человеком, а не другими людьми.

### **Психологическая устойчивость (резильентность)**

Способность людей адаптироваться к неблагоприятным условиям или стрессу, включая способность справляться с будущими негативными событиями<sup>56</sup>. Резильентность может также рассматриваться на уровне общин и фактически признается в качестве важного фактора, способствующего относительно низкой доле людей в чрезвычайных ситуациях, у которых развиваются долгосрочные психические расстройства.

\*Этот список не является исчерпывающим и сосредоточен на ключевых терминах, которые имеют отношение к личному или человеческому опыту психического здоровья и психических расстройств. Список не включает более широкие термины, такие как проблемы психического здоровья, вопросы психического здоровья и др.

## *Психическое здоровье и благополучие*

Психическое здоровье может быть определено как актив или ресурс, который обеспечивает положительные состояния благополучия и дает возможность людям полностью реализовать свой потенциал. В соответствии с определением здоровья ВОЗ, психическое здоровье – это не только отсутствие болезни. Какова же тогда связь между психическим здоровьем и психическим расстройством? Очевидно, что они существуют в континууме – улучшение психического здоровья предопределяет снижение психических расстройств на уровне населения с течением времени<sup>57 58</sup>. Однако эта связь не является линейной: человек может иметь симптомы психического расстройства и связанные с ним страдания и инвалидность, но одновременно может иметь определенную степень психического здоровья, соответствующую его ожиданиям удовлетворенности своей жизнью и реализации своего потенциала<sup>59</sup>.

Благополучие – это позитивная конструкция, объединяющая две взаимосвязанные идеи: субъективную удовлетворенность жизнью и позитивный аффект или настроение (гедонистическая традиция) и осмысленное функционирование и развитие (эвдемоническая традиция Аристотеля). Движение за благополучие и счастье как основной показатель человеческого и национального развития<sup>60</sup> утверждает актуальность обеих идей, хотя и с различными акцентами. Некоторые параметры, например те, которые измеряют национальное благосостояние<sup>61</sup>, пытаются охватить детерминанты благополучия на уровне населения (такие как психическое и физическое здоровье и долголетие), но также отражают чувство экономической и социальной безопасности, производительности и социальных отношений. Родственное понятие – субъективное качество жизни, которое отражает восприятие людьми своей жизни по отношению к их целям и ожиданиям. С измерением благополучия на межкультуральном уровне связано несколько постоянных проблем, не в последнюю очередь, обусловленных различными социальными и культурными нормами, касающимися того, как люди воспринимают счастье и удовлетворенность жизнью.

В этом контексте важное значение для психического здоровья имеет мнение Амартии Сена о том, что развитие может быть достигнуто только тогда, когда у людей есть реальные свободы в их социальном контексте<sup>62</sup>. Согласно этой точке зрения, наличие практического доступа к тому, что человек высоко ценит, приводит к повышению уровня благополучия (хорошей жизни). Но воздействие серьезных социальных или экономических трудностей подрывает фундаментальный потенциал психического здоровья, обеспечивающий возможности реальной свободы. Кроме того, благополучие людей с психическими расстройствами ограничено системой, которая имеет тенденцию подвергать этих людей дискриминации. Социальные контексты лежат в основе многих страданий людей, включая структурное неравенство, которое может оказывать негативное влияние на психическое здоровье и благополучие<sup>63</sup>. Эти «социальные страдания» являются важным противовесом тенденции к сосредоточению внимания исключительно на внутренних причинах и обеспечивает ценный взгляд на ограниченность роли лечебных медицинских услуг в общем благополучии населения.

Аксиома общественного здравоохранения заключается в том, что больше всего преимуществ население получает от проведения политики поощрения факторов, укрепляющих здоровье, избегая факторов, подрывающих здоровье, а не только от лечения уже имеющихся заболеваний<sup>64</sup>. Сфере глобального психического здоровья рекомендуется оказывать поддержку секторам, занимающимся развитием человеческого потенциала, с целью внедрения основанных на фактических данных мероприятий, которые могут предотвратить психические расстройства и улучшить психическое здоровье и благополучие населения. Поэтому необходима расширенная повестка дня в области психического здоровья, охватывающая широкий спектр вопросов, начиная от поощрения укрепления психического здоровья и его профилактики (которые в значительной степени дублируют друг друга, особенно в плане первичной профилактики) и заканчивая лечением и реабилитацией, с нанесением на карту дименсий состояний психического здоровья (от хорошего до плохого и от факторов риска до наличия психических расстройств и инвалидности). Эта расширенная повестка дня позволит повысить четкость разработки эффективных мер политики в области охраны психического здоровья и руководства инвестициями и исследованиями. Повестка включает в себя улучшение психического здоровья, снижение заболеваемости и отсрочку возникновения психических расстройств, сокращение эпизодов болезни и обеспечение максимального участия и качества жизни в течение болезни.

#### *Модель стадирования психических расстройств*

Важность дименсионального подхода к психическому здоровью логически приводит к анализу того, как мы описываем и классифицируем психические расстройства. Системы классификации, такие как Международная классификация болезней (МКБ) и Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM), конкретизируют синдромы (наборы симптомов, признаков и наблюдений), классифицируя их в качестве отдельных расстройств аналогично физическим заболеваниям. Категориальная терминология относительно проста для понимания и применения политиками и клиницистами. Различные методы были использованы для добавления нюансов к бинарным категориям (наличие или отсутствие) в этих системах; например, многоосевой подход DSM-IV был заменен гибридным дименсионально-категориальным подходом в некоторых частях DSM-5. Предлагаемые ВОЗ диагностические рекомендации по психическим и поведенческим расстройствам в 11-ом пересмотренном варианте МКБ и связанным с ними проблемам со здоровьем рекомендуют степени тяжести и

другие классификаторы, сохраняя при этом свою клиническую полезность в качестве категориальной диагностической классификационной системы<sup>65</sup>.

Несмотря на эти относительные улучшения в нозологии, следует признать ограничения диагностики. Диагноз может привести к ненужному наклеиванию ярлыков, умалению роли клиента, продвижению редукционистской точки зрения и чрезмерному упрощению и недооценке сложностей личных обстоятельств<sup>66</sup>. Учитывая различие опыта психического здоровья и психических расстройств у разных людей и у одного человека в разные промежутки времени, и в разных культурах, можно предположить, что диагноз может быть упрощенным и не всегда полезным. На самом деле, эти предположительно дискретные расстройства часто перекрывают друг друга, поэтому диапазон тяжести психологического дистресса и инвалидности может быть лучше охвачен сочетанием непрерывных и категориальных подходов в зависимости от контекста и индивидуальных потребностей. Геномные исследования показали, что многие варианты риска являются общими для таких разных клинических фенотипов, как расстройство аутистического спектра, шизофрения, биполярное расстройство, депрессия и алкоголизм<sup>67</sup>. Последствия для пересмотра диагнозов остаются неясными; некоторые геномные исследования привели к разграничению возможных механизмов (например, потенциальная роль системы комплемента в шизофрении), но индивидуальные, малые генетические эффекты не всегда позволяют понять сложные механизмы исключительно через геномный анализ<sup>68</sup>. Аналогичным образом, мишени, выявленные в ходе полногеномных исследований ассоциаций, потенциально способны привести к новым методам фармакотерапии, но эта работа сопряжена с существенными проблемами. Тем не менее, полученные результаты в большей мере согласуются с дименсиональными подходами к спектрам симптомов, чем с отдельными категориями психических расстройств<sup>69</sup>.

Эти представления о биологической основе некоторых состояний служат укреплению теорий, основанных на взаимодействии множества биологических и средовых факторов, влияющих на развитие человека на протяжении всей жизни. Исследовательские критерии доменов (*Research Domain Criteria, RDoC*)<sup>70</sup> направлены на выявление лежащих в основе механизмов («глубоких» фенотипов), которые влияют на когнитивное, аффективное и поведенческое функционирование, с использованием фактических данных из различных дисциплин. Глубокое фенотипирование предполагает сбор наблюдаемых физических и поведенческих характеристик индивида вплоть до молекулярного уровня. При наличии тщательно сконструированного клинического профиля полученный многоуровневый набор биомаркеров может обеспечить более точное понимание причин заболевания и в конечном итоге дать более точный способ описания и классификации состояний психического здоровья, чем современные системы диагностики и классификации. В будущем глубокое фенотипирование может позволить обеспечить прецизионную помощь— например, лечение может быть нацелено на механизмы, лежащие в основе заболеваний, как в случае с депрессией, связанной с иммунной дисфункцией<sup>71</sup>.

Важно отметить, что Комиссия не выступает за отмену классификационных систем, которые имеют клиническую пользу. Как же в таком случае сочетать необходимость признания разнообразия и континуумов с требованием клиницистов и исследователей улучшить категориальную классификацию?

Один из подходов заключается в оценке функциональных нарушений; психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, обычно понимаются как

эмоциональные, когнитивные или поведенческие нарушения, которые достигли порога, вызывающего существенные функциональные нарушения, так что люди испытывают трудности при выполнении желаемых социальных ролей в своем сообществе. Этот акцент на функциональные нарушения является важным критерием для определения точки, в которой человек может считаться имеющим расстройство или диагноз. Таким образом, параметр функциональных нарушений в различных культурных и социально-экономических условиях остается приоритетным для глобальных исследований в области психического здоровья<sup>72</sup>.

Однако функциональные нарушения не могут быть единственным критерием, определяющим выявление и вмешательство, в силу важности вмешательства уже на ранних стадиях до возникновения существенной инвалидности. Как правило, до постановки диагноза психического расстройства протекает длительный продромальный период, в течение которого функционирование человека постепенно снижается и возможности для раннего вмешательства сокращаются<sup>73</sup>. На ранних стадиях психического расстройства симптомы часто преходящи, смешаны и реагируют на обстоятельства. Только когда заболевание прогрессирует или персистирует, признаки и симптомы позволяют поставить диагноз, и вмешательства на этих продромальных стадиях могут привести к лучшим результатам (Рис. 5)<sup>74</sup>. Когда развиваются более тяжелые психические расстройства, они, как правило, четко разделяются на синдромы, которые находятся в центре внимания большинства клинических и эпидемиологических исследований, и четко реагируют на специфические клинические вмешательства. В случаях неспецифического психологического дистресса диагноз может быть невозможен или бесполезен, но признание необходимости ухода может привести к соответствующей поддержке и участию, содействию самопомощи или просто к усилению наблюдения.

Модель стадирования предлагает компромисс между дименсиональным и диагностическим подходами, поскольку признает возможности для вмешательства на всех стадиях: от стадии душевного благополучия до различных стадий развития расстройства<sup>75</sup>. Стадирование подразумевает возможность модификации соответствующего лечения и ухода на индивидуальном уровне, а также устранение соответствующих факторов риска или улучшения среды, способствующей психическому здоровью на уровне населения или группы. Меры по профилактике заболеваний на уровне населения требуют меньшей прецизионности, чем меры на индивидуальном уровне, и приносят пользу людям с клинически значимыми симптомами или без них. Лица, у которых развиваются более выраженные и тяжелые симптомы, могут получить доступ к надлежащему уходу посредством более специализированных вмешательств. Лица с отдельными симптомами, но не достаточными, чтобы поставить диагноз, могут оказаться между двумя этими стадиями; такие состояния можно отнести к субсиндромальным или подпороговым. Несмотря на то что отсутствуют достаточно адекватные методы для точного прогнозирования того, у кого разовьются синдромы и кто будет реагировать на вмешательства, имеются многообещающие данные—например, о калькуляторах расчета риска психоза<sup>76</sup>. Модель стадирования особенно актуальна на решающем этапе развития в подростковом и юношеском возрасте<sup>77</sup>. Сочетание эпидемиологии возникновения большинства психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, решающего перехода от детства к взрослой жизни и потенциальных краткосрочных и долгосрочных преимуществ от мероприятий на данной стадии означает, что приоритетное внимание следует уделять психическому здоровью подростков и молодежи.

Модель стадирования особенно полезна в рамках первичной медицинской помощи, где пациенты, как правило, представлены менее серьезными и более смешанными симптомами по сравнению с клиентами психиатрических учреждений. На этапе первичной медицинской помощи медицинские работники должны иметь алгоритмы управления симптомами и выявления пациентов, подвергающихся высокому риску развития тяжелых заболеваний и требующих направления к специалисту. Распространенные симптомы психологического дистресса, такие как тревога или плохое настроение, больше связаны с общей картиной психической инвалидности на уровне населения, чем диагностически определенные психические расстройства<sup>78</sup>. Поставщики услуг первой линии помощи должны знать, как подойти к решению этих проблем, а не чувствовать себя беспомощными из-за отсутствия четкого диагноза, который они привыкли считать первым важным шагом к лечению. Примером может служить Инструмент поддержки клинических решений (*Practical Approach to Care Kit*), интегрирующий выявление и управление признаками и симптомами психических расстройств в общие клинические рекомендации для медсестер и врачей<sup>79</sup>. В этом контексте особенно актуальны могут быть трансдиагностические психологические вмешательства<sup>80</sup>, и могут быть задействованы другие сферы, такие как образование, социальная поддержка, жилищное обеспечение или борьба с бедностью.

В конечном счете, люди имеют право определять успешность собственных результатов лечения через призму восприятия собственной жизни. Эта предпосылка является целью дименсионального подхода к психическому здоровью и гибридной модели стадирования для выявления и лечения проблем психического здоровья. Такой подход позволяет клиницистам сотрудничать, используя мультименсиональную модель, работая с полным спектром фенотипов и лежащих в основе расстройств биологических и социальных механизмов, а также используя накопленные знания об эффективных вмешательствах для диагностируемых расстройств.

#### *Универсальный человеческий и уникальный контекстуальный опыт*

Глобальное психическое здоровье сталкивается с проблемами использования преимущественно биомедицинских моделей, разработанных в регионах с высоким уровнем дохода, для определения здоровья, болезней и лечения в разных культурах с различными взглядами на психическое здоровье и психические расстройства. Необходимость поощрения и предоставления основанных на научных доказательствах методов лечения людям, которые могут извлечь из них пользу, должна быть сбалансирована принятием и учетом широкого спектра опыта и поведения, присущих глобальному человеческому многообразию. Описания болезни часто тесно связаны с адаптацией к социальным невзгодам или травмам и имеют особое значение в местном культурном контексте<sup>81</sup>. Кроме того, были описаны многие универсальные способы переживания болезни в разных культурах<sup>82</sup>; эмоциональная боль имеет такое же фундаментальное значение в переживаниях человека, как и физическая боль. Например, систематические наблюдения показали наличие общих черт в переживании депрессии в различных контекстах<sup>83</sup>.

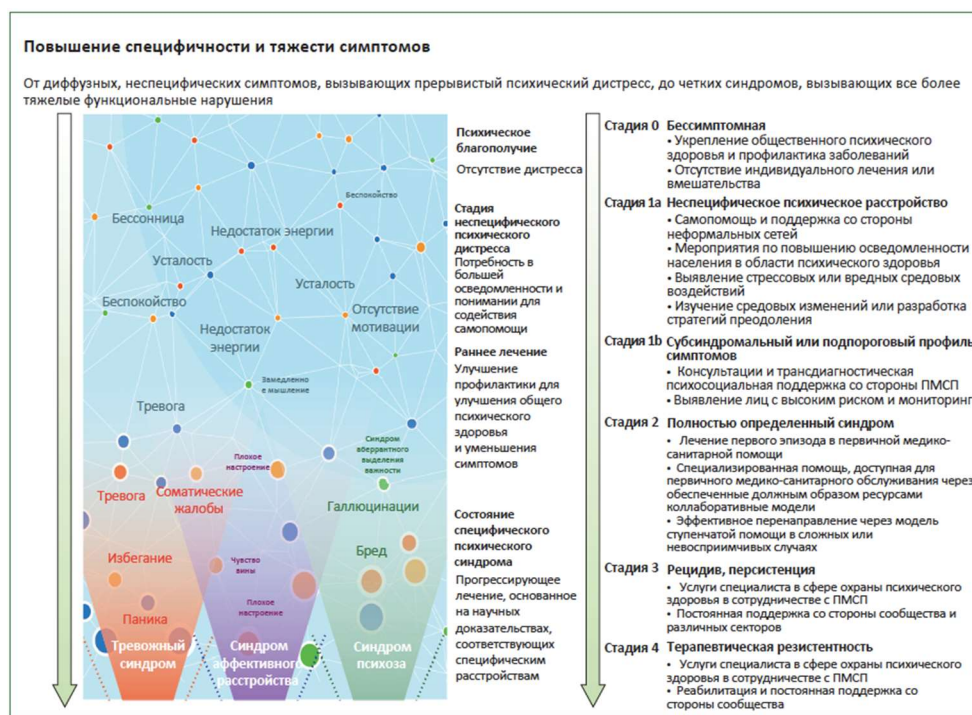
Универсальный характер психологического дистресса был также продемонстрирован в отношении эффективности так называемых трансдиагностических подходов к проведению психологической терапии в различных контекстах<sup>84</sup>. Специалисты в области глобального психического здоровья показали возможность интегрирования местных объяснительных моделей переживаний болезни и дополняющих их западных биомедицинских и местных традиционных подходов к лечению<sup>85</sup>.



Даже при более глубоком научном понимании причин, связанных с развитием, а также биологических и генетических причин психических расстройств, в первую очередь следует рассматривать самого человека в его или ее социальном контексте, дабы сосредоточить внимание на его понимании проблем, а также его предпочтениях и приоритетах. Движение за восстановление открыло эффективный путь по учету различных взглядов, связанных с определением болезни и выбором вариантов лечения. Этот подход подчеркивает центральную роль пациента в определении собственных проблем и наиболее успешного результата лечения<sup>86</sup>. Такое совместное принятие решений позволяет пациенту быть активно действующим лицом, движущей силой своего лечения, способствует более справедливому балансу сил и доверительным отношениям, а также расширяет права и возможности пациента. Медицинское или психиатрическое лечение становится одним из целого ряда возможных решений, которые могут также включать использование общественных и личных ресурсов.

Такой подход также соответствует социальной модели инвалидности, которая утверждает, что степень психической инвалидности человека в значительной степени определяется социальной средой, а не просто самими нарушениями. Признание влияния стигмы и дискриминации на жизнь людей является примером преимуществ такого подхода<sup>87</sup>. Тенденция к ограничению выбора для людей, считающихся неспособными принимать решения, лишает их возможности быть активно действующими лицами, что является важной составляющей душевного благополучия. На уровне услуг в сфере охраны психического здоровья улучшение опыта людей идет рука об руку с улучшением качества и удовлетворенности услугами и приводит к лучшим результатам<sup>88</sup>. Подобный взгляд также хорошо согласуется с правозащитным подходом, в настоящее время определяющим политику как в правительственном секторе, так и в секторе гражданского общества.

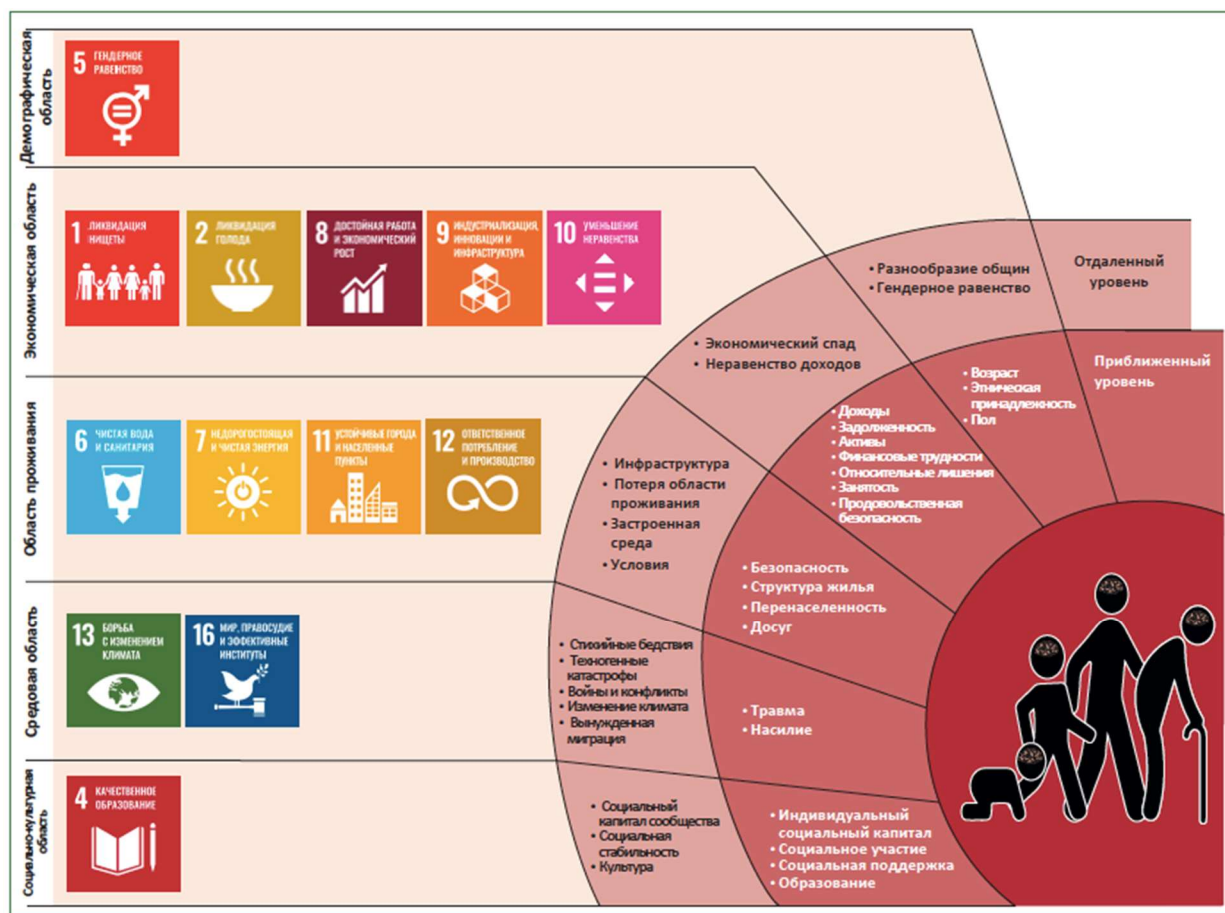
**Рис. 5: Подход стадирования к классификации и лечению психических расстройств**



## Конвергенция в понимании детерминант психического здоровья

Несмотря на значительный прогресс в знаниях и понимании различных детерминант психического здоровья, происходит также сближение между областями исследования, в частности в рамках парадигмы жизненного пути. В данном контексте сближение (конвергенция) подразумевает нередукционистский подход, использующий знания из различных дисциплинарных традиций, чтобы показать детерминанты психического здоровья. Конвергентный подход должен обусловить разработку стабильной, проверяемой многофакторной теории, а также контекстно-специфических и чувствительных рамок по руководству вмешательствами. В основе этого конвергентного понимания психического здоровья лежит уникальное взаимодействие на индивидуальном уровне между различными детерминантами на протяжении всей жизни, от зачатия до смерти. Мы кратко рассмотрим основные выводы по различным детерминантам психического здоровья, опишем, как они взаимодействуют, и обсудим их последствия для понимания причин проблем психического здоровья, а также определения механизмов и времени проведения вмешательств.

Рис. 6 Социальные детерминанты глобального психического здоровья и ЦУР



### Социальные детерминанты психического здоровья

Социальные детерминанты включают ряд социальных и экономических факторов, влияющих на психическое здоровье населения, такие как структурные социальные и экономические механизмы (например, нищета и неравенство доходов), которые обеспечивают преимущества или проблемы

от зачатия до старости, дифференцированное воздействие неблагоприятных жизненных событий (например, гуманитарные чрезвычайные ситуации и межличностное насилие) и конкретные условия уязвимости и психологической устойчивости, создаваемые этими механизмами и воздействиями<sup>89</sup>. Многие ЦУР непосредственно затрагивают эти социальные детерминанты, и прогресс в их достижении может способствовать укреплению психического здоровья и уменьшению глобального бремени психических расстройств и неравенства в распределении психических расстройств среди населения. Социальные детерминанты психического здоровья охватывают пять ключевых областей (демографическую, экономическую, жилую, средовую и социальную или культурную<sup>90</sup>), которые действуют на близком и отдаленном уровнях влияния (рис.6). К отдаленным уровням влияния относятся структуры общества, а к близким – то, как эти структуры переживаются отдельными людьми и семьями.

*Демографическая область* включает пол, возраст и этническую принадлежность. Женщины подвергаются повышенному риску распространенных проблем нарушения психического здоровья, таких как депрессия и тревога, а мужчины – повышенному риску расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ<sup>91</sup>. ЦУР 5 (гендерное равенство) особенно актуальна для этой области. Несколько исследований показали, что гендерная несправедливость взаимодействует с другими неблагоприятными факторами, такими как бедность, гендерное насилие, сексуальные домогательства и отсутствие продовольственной безопасности, что приводит к увеличению распространенности общих психических расстройств у женщин<sup>92</sup>. Факторы риска и структура заболеваемости психическими расстройствами существенно различаются на протяжении всей жизни, и большинство психических расстройств имеет свое происхождение в детском и подростковом возрасте. Напротив, начало деменции приходится на пожилой возраст. Этнические меньшинства, особенно в контексте расовой дискриминации или миграции, уязвимы к целому ряду расстройств, включая психозы, депрессии и тревожные расстройства<sup>93</sup>.

*Экономическая область* включает доходы, продовольственную безопасность, занятость, неравенство доходов и финансовую нагрузку; к соответствующим ЦУР относятся 1 (ликвидация нищеты), 2 (ликвидация голода), 8 (достойная работа и экономический рост), 9 (индустриализация, инновации и инфраструктура) и 10 (уменьшение неравенства). Ухудшение экономического положения само по себе связано с целым рядом неблагоприятных последствий для психического здоровья, включая распространенные психические расстройства, психозы и самоубийства. Экономические трудности воздействуют на человека в течение всей жизни: бедность отрицательно влияет на развитие нервной системы и психическое здоровье детей<sup>94</sup>, дети, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении, подвергаются повышенному риску психических заболеваний в зрелом возрасте<sup>95</sup>, и существует связь между низким социально-экономическим статусом при рождении и риском психоза в зрелом возрасте<sup>96</sup>. Социальная причинность и социальный дрейф или отбор являются широко признанными механизмами поддержания циклической связи между нищетой и психическими расстройствами<sup>97</sup>. Неравенство доходов разрушает социальный капитал (включая социальное доверие) и усиливает социальные сравнения и тревогу по поводу статуса; метаанализ показал последовательную связь между депрессией и неравенством доходов. Эта связь вызывает особую озабоченность в свете растущего неравенства в распределении ресурсов внутри и между странами. Особенно опасной структурной детерминантой психического здоровья является влияние коммерческих интересов на многие социальные детерминанты (например, при обострении неравенства или конфликта).

Экономические интересы алкогольной промышленности часто препятствуют проведению ориентированной на общественное здоровье алкогольной политики, особенно в рамках СНСД<sup>98</sup>. Катастрофическим примером коммерческих планов промышленности является продолжающийся опиоидный кризис в США (Вставка 5).

**Вставка 5: Кризис, связанный с употреблением опиоидов в США**

Только в 2016 году в США от передозировки наркотиков умерло более 64 000 человек<sup>99</sup>, что представляет собой увеличение на 540% за предыдущие 3 года. Этой тенденции предшествовало значительное увеличение назначения опиоидов медицинскими работниками; по некоторым данным, продажи опиоидов по рецепту выросли в четыре раза с 1990 по 2010 год, а Центры США по контролю и профилактике заболеваний подсчитали, что более 300 000 американцев умерло от передозировки выписанных по рецепту опиоидов с 2000 года<sup>100</sup>. На рост этой эпидемии повлияло несколько факторов; главным среди них является растущая тенденция агрессивного маркетинга опиоидных соединений, таких как оксикодон, врачам, медсестрам и фармацевтам крупными фармацевтическими компаниями, в частности Purdue Pharma<sup>101</sup>. С 1996 по 2001 год Purdue Pharma провела более 40 национальных симпозиумов по управлению болью, чтобы продать оксикодон медицинским работникам. В 2007 году компания была оштрафована на сумму более 600 миллионов долларов США за введение общественности в заблуждение, хотя ее прибыль значительно превысила эту сумму.

Проблема усугубляется политикой, которая криминализирует употребление опиоидов; криминализация побуждает потребителей опиоидов использовать черный рынок, на котором героин, разбавленный дешевым фентанилом или карфентанилом, может быть разрушительным и даже смертельным для потребителей опиоидов. В ряде стран с высоким уровнем дохода были введены правила, ограничивающие назначение опиоидов и сбыт этих сильнодействующих наркотических средств. В ответ на опиоидный кризис Департамент здравоохранения и социальных служб США разработал стратегию из пяти пунктов, включая улучшение доступа к услугам по лечению и восстановлению и поощрение использования лекарств, которые могут обратить вспять передозировки<sup>102</sup>. В августе 2017 года администрация Трампа объявила эпидемию национальной чрезвычайной ситуацией, хотя на момент написания этой статьи администрация еще не представила соответствующий план действий. Кроме того, возникла обеспокоенность в связи с новыми глобальными маркетинговыми инициативами производителей оксикодона, нацеленными на страны с низким и средним уровнем дохода, такие как Китай, Бразилия и другие государства Латинской Америки, а также страны Ближнего Востока и Африки<sup>103</sup>.

*Область проживания* включает в себя антропогенную среду, водоснабжение и санитарную, жилье и общинную инфраструктуру; к соответствующим ЦУР относятся ЦУР 6 (чистая вода и санитария), 7 (доступная и чистая энергия), 11 (устойчивые города и сообщества) и 12 (рациональное потребление и производство). Характеристики среды проживания влияют на психическое здоровье населения независимо от индивидуальных маркеров социально-экономического неблагополучия. В условиях стремительной урбанизации во всем мире нищета в городах, подверженность насилию и наркотикам, а также унижительный опыт жизни в переполненных городских трущобах создают серьезные проблемы для психического здоровья. Напротив, хорошо спланированная урбанизация может иметь определенные преимущества, такие как улучшение доступа к рынкам труда, возможности для лучшего образования и избавление от ограничений традиционных обычаев и ожиданий.

*Средовая область* включает в себя воздействие насилия, стихийных бедствий (включая последствия изменения климата), войны и миграции; к соответствующим ЦУР относятся 13 (срочные меры по борьбе с изменением климата) и 16 (мир, справедливость и сильные институты). Исследования выявили многочисленные неблагоприятные последствия для психического здоровья от воздействия негативных средовых событий, таких как стихийные бедствия<sup>104</sup>, будь то из-за гражданского конфликта или изменения климата. Политический контекст—например, авторитарная политическая система—особенно важен в этом отношении.

Кроме того, новые данные свидетельствуют о передаче травматического опыта из поколения в поколение—например, среди женщин, подвергшихся военной травме и хроническому стрессу в Демократической Республике Конго<sup>105</sup>. Укрепляя социальные институты, которые сокращают насилие и способствуют миру, ЦУР обладают потенциалом для предотвращения психических расстройств и укрепления психического здоровья и благополучия.

*Социально-культурная область* включает в себя социальный капитал, социальную стабильность, культуру, социальную поддержку и образование. Эти факторы влияют на психическое здоровье через непосредственные социальные механизмы, такие как сообщества и семьи, и ЦУР 4 (качественное образование) особенно актуальна в этой области. Улучшение доступа к качественному образованию имеет жизненно важное значение, поскольку образование развивает когнитивный резерв и защищает от общих психических расстройств и деменции<sup>106</sup>. Напротив, невозможность получить образование и психические расстройства в подростковом возрасте взаимодействуют в порочном круге<sup>107</sup>. Образование также может оказывать влияние на другие ЦУР, воздействующие на психическое здоровье, например путем улучшения занятости и сокращения неравенства в доходах и гендерного неравенства. Индивидуальный когнитивный и средовой социальный капитал также были связаны со снижением распространенности общих психических расстройств<sup>108</sup>. Культурный контекст может защищать психическое здоровье через общие смыслы и идентичность, а утрата культурной идентичности (например, в контексте вынужденной миграции или коренных общин) связана с негативными последствиями для психического здоровья<sup>109</sup>. Воздействие социальных факторов на психическое здоровье обычно ощущается через важные социальные сети родственников. Следовательно, семьи могут либо способствовать укреплению психического здоровья и психологической устойчивости индивидов, либо повышать риск психических расстройств. Жестокое обращение с детьми и насилие в семье могут иметь существенные непосредственные и долгосрочные последствия для психического здоровья, а высокая распространенность жестокого обращения с детьми имеет серьезные негативные последствия для общественного психического здоровья<sup>110</sup>.

Области социальных детерминант часто группируются и взаимодействуют, и этому уделяется большое внимание в формирующейся области синдемии<sup>111</sup>. Таким образом, сочетание двух или более социальных детерминант психического здоровья, вероятно, будет ассоциироваться с крайне уязвимыми группами населения (отмеченными социальными страданиями<sup>112</sup>), что приведет к высокому уровню распространения заболеваний, прогрессированию и негативным последствиям для здоровья. К примеру, молодые женщины, ставшие жертвами перемещения после войны или стихийных бедствий и живущие в условиях нищеты с угрозами сексуального насилия и инфекций, передаваемых половым путем, вероятно, будут подвержены депрессии, тревожным расстройствам и самоубийствам. Точно так же уязвимы и безработные городские молодые люди, которые сталкиваются с насилием и злоупотреблением психоактивными веществами. Такие группы населения должны быть целевыми для вмешательств в области психического здоровья, интегрированных в программы развития или оказания помощи.

#### *Биологические детерминанты психического здоровья*

Ранние исследования генетики психических расстройств показали наличие и силу генетических факторов, но не раскрыли глубинную биологическую основу психических расстройств. Более дешевые и быстрые технологии секвенирования позволили консорциумам по сбору геномных

данных исследовать генетику психических расстройств в глобальном масштабе<sup>113</sup>. Были выявлены значительные совпадения в генетическом наследии (люди тесно связаны между собой, появившись из Африки лишь относительно недавно), но также и значительные вариации между людьми. Эти вариации включают в себя как распространенные, так и редкие варианты генов, которые взаимодействуют между собой (эпистаз) и способствуют проявлению различных фенотипов (плейотропия). Психические расстройства имеют разную степень наследуемости и являются полигенными, с вкладом редких вариантов с большим эффектом (особенно при таких состояниях, как расстройство аутистического спектра и интеллектуальная недостаточность) и множества вариантов с малым эффектом (особенно при таких состояниях, как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения). Кроме того, в генетической архитектуре существуют разной степени наложения между различными психическими и физическими состояниями; например, множественные варианты с малым эффектом увеличивают риск развития шизофрении и биполярного расстройства, но шизофрения и ревматоидный артрит отрицательно коррелируют с полигенным риском<sup>114, 115</sup>.

Средовые стрессоры могут влиять на психическое здоровье, воздействуя на экспрессию генов (например, путем включения или выключения генов). Раннее и длительное воздействие стрессоров может привести к расстройствам психического здоровья<sup>116</sup>. Экспрессия генов изменяется в течение жизни под воздействием ряда механизмов. Эпигенетические исследования выявили несколько важных механизмов, включая метилирование и образование гистонов, которые, по-видимому, имеют отношение к патогенезу психических расстройств. Например, метилирование может лежать в основе специфических дендритных паттернов, наблюдаемых в верхней височной извилине людей с шизофренией<sup>117</sup>. Некоторые эпигенетические изменения, связанные со средовыми стрессорами, наследуются в нескольких поколениях, что означает, что потомки подвергаются повышенному риску развития фенотипа, ассоциированного с определенной мутацией. Эпигенетические процессы потенциально обратимы, и на них можно воздействовать с помощью прецизионных интервенций, как это продемонстрировано на моделях с животными<sup>118, 119</sup>. Выявление кластеров дизрегулированных генов и усовершенствованные технологии нейровизуализации могут дать важную информацию для понимания психических расстройств, включая наблюдение за эпигенетическими изменениями в мозге человека и разработку новых стратегий вмешательств.

Влияние различных форм стресса на психическое здоровье хорошо изучено. Например, такие стрессоры, как бедность, педагогическая запущенность, сексуальное и физическое насилие, могут повышать концентрацию воспалительных цитокинов и негативно влиять на психологическое функционирование<sup>120</sup>. Иммунная система является биологической областью, представляющей растущий интерес в сфере психического здоровья, и по данным ряда исследований, у части людей с психическими расстройствами (такими как депрессия и психоз) присутствуют изменения в биомаркерах воспаления<sup>121</sup>. Такие результаты вызвали интерес к применению противовоспалительных препаратов в лечении психических расстройств и к возможностям использования иммунной системы в целях укрепления психического здоровья. Текущие исследования направлены на определение того, где и как нейровоспалительные механизмы пересекаются с процессами нейрогенеза и апоптоза, нейротрансмиссивными и нейроэндокринными (например, гипоталамо-гипофизарной осью) системами и микробиомом кишечника в плане влияния на психическое здоровье.

### **Вставка 6: Конвергенция в понимании психического здоровья на протяжении всей жизни**

Конвергентная модель психического здоровья предлагает единую перспективу для объединения результатов, полученных в области науки о развитии, нейронауки, науки о вмешательствах и эпидемиологии, как показано в следующих трех случаях жизненного пути:

- В ранние детские годы неблагоприятные семейные обстоятельства приводят к тому, что дети испытывают стресс в раннем возрасте, что может привести к проблемам с психическим здоровьем в дальнейшей жизни<sup>122</sup>. Исследования МРТ показывают, что объем серого вещества в развивающемся мозге зависит от семейного дохода и социально-экономического статуса в раннем детстве, и эти эффекты заметны в областях мозга, ответственных за различные когнитивные функции, такие как гиппокамп (память), миндалина (социально-эмоциональная обработка), префронтальная кора (исполнительная функция) и кора левого полушария (язык)<sup>123</sup>. Родительские вмешательства, нацеленные на ранние жизненные стрессоры или когнитивную стимуляцию, могут улучшить когнитивные результаты у детей и снизить частоту проблем с психическим здоровьем в более позднем возрасте. Исследования, сравнивающие животных, выращенных в неблагоприятных условиях, с животными, выращенными в улучшенных условиях, выявили потенциальные механизмы, на которые нацелены эти вмешательства<sup>124</sup>. Таким образом, конвергентная модель помогает объяснить основные наблюдения связи низкого социально-экономического статуса с плохим психическим здоровьем в детском возрасте и благоприятный эффект стимулирующих вмешательств в раннем детстве.
- Когнитивная психология и нейронаучные исследования изменили понимание потенциальных причин возникновения психических расстройств в подростковом возрасте. Один из уникальных переходов, который происходит в подростковом возрасте, заключается в том, что мнение сверстников начинает преобладать над мнением членов семьи и родителей. Эта восприимчивость к влиянию сверстников приводит к тому, что подростки становятся чувствительными к социальным стимулам и имеют повышенную склонность к рискованному поведению<sup>125</sup>. Запоздалое созревание префронтальной коры мозга, участвующей в управлении импульсами и системе вознаграждения, может быть ответственно за поведение, связанное с импульсивностью и рискованными решениями<sup>126</sup>. Тестостерон влияет на рискованное поведение, что может объяснить половой диморфизм, наблюдаемый в этом поведении<sup>127</sup>. Вмешательства, направленные на укрепление социальных и эмоциональных навыков, часто фокусирующиеся на управлении эмоциями под названием «обучение жизненным навыкам»<sup>128</sup>, «майндфулнес» или «йога», могут иметь профилактический эффект. Медитативный подход «майндфулнес» связан со структурными изменениями в таких частях социальной сети мозга, как передняя поясная кора, медиальная префронтальная кора и миндалина<sup>129</sup>. Конвергентные модели помогают изучить механизмы возникновения психических расстройств в подростковом возрасте и то, как профилактические мероприятия подрывают эти механизмы.
- Психическое здоровье у пожилых людей также следует понимать с точки зрения жизненного пути. Люди, получившие более систематическое образование в раннем возрасте, имеют более низкий риск развития деменции, чем люди с низким образованием<sup>130</sup>; формальное образование может быть посредником для развития интеллекта и мозга. Результаты нескольких исследований<sup>131</sup> предполагают обратную связь между окружностью черепа и риском развития деменции в позднем возрасте. Было предложено несколько механизмов: с точки зрения количественных показателей, более крупный и лучше развитый мозг с большим количеством нейронов и более богатыми связями может подвергнуться большей нейродегенерации до появления повреждения (резерв мозга), нежели менее развитый мозг; с точки зрения качественных показателей, более образованные люди могут иметь больше возможностей для выполнения сложной и эффективной когнитивной обработки для компенсации ущерба (когнитивный резерв), чем люди, получившие более низкое образование; наконец, люди с лучшим образованием могут получить доступ к медицинским услугам и следовать образу жизни, который оптимизирует здоровье мозга на протяжении всей жизни. Была показана функциональная связь «воздействие-эффект» между кумулятивным бременем депрессии на протяжении всей жизни и риском когнитивных нарушений и деменции<sup>132</sup>. Предполагаемые причинные механизмы включают токсическое действие хронически повышенной продукции глюкокортикоидов надпочечниками на клетки гиппокампа; биологические связи между депрессией и тромботическими, атеросклеротическими и воспалительными сердечно-сосудистыми заболеваниями; и влияние депрессии на поведение, связанное с риском сердечно-сосудистых заболеваний, обращение за помощью и приверженность лечению<sup>133</sup>. Подчеркивается важность когнитивного старения и депрессии, которые часто сопровождают физическую слабость; депрессия может также иметь причинную роль в возникновении физической слабости<sup>134</sup>. Общие биологические механизмы могут лежать в основе этих ассоциаций, включая траекторию

клеточного старения в течение всей жизни (как указано эпигенетическими и геномными маркерами)<sup>135</sup> и иммунную активацию<sup>136</sup>. Дальнейшее выяснение работы этих механизмов и их детерминант станет ключевым шагом на пути к оптимизации работы мозга и психического здоровья в любом возрасте.

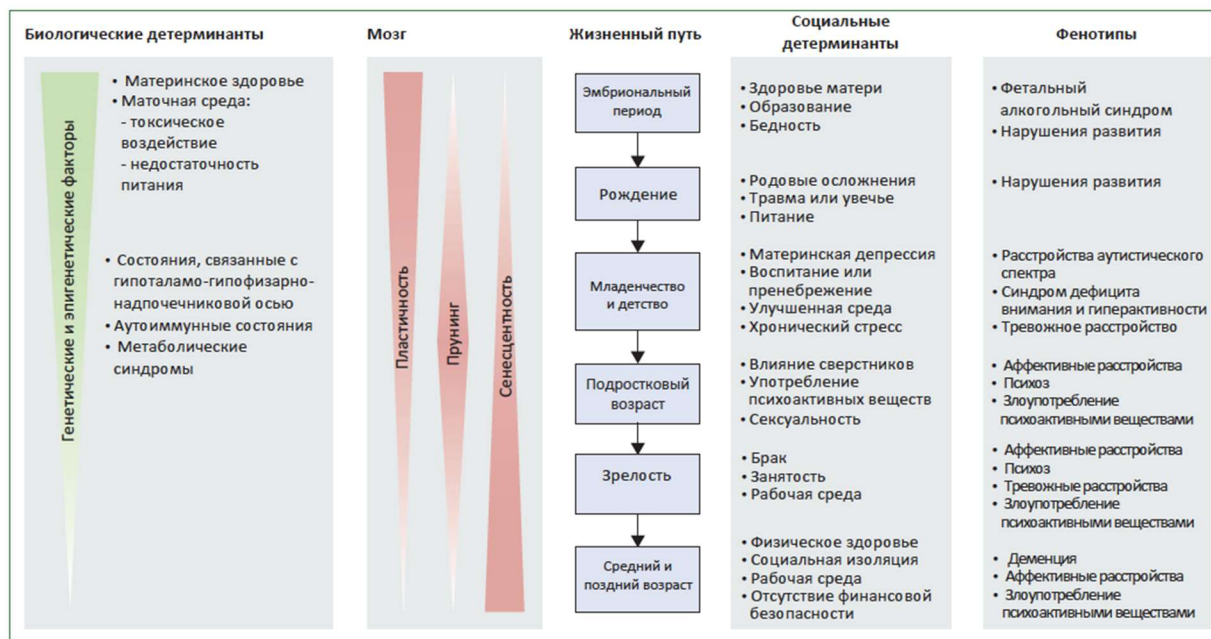
На развитие областей мозга, вовлеченных в психическое здоровье, еще до зачатия влияют наследственные эффекты некоторых эпигеномных процессов. Многие нарушения развития — например, связанные с умственной отсталостью, — являются результатом нарушения развития мозга плода из-за целого ряда факторов, от злоупотребления алкоголем матерью до внутриутробных инфекций (включая вирус Зика). Раннее развитие (0-2 года) является критическим периодом для воздействия факторов риска и развития психологической устойчивости (Вставка 6). Однако человеческий мозг — это динамичный орган, подверженный постоянным изменениям в результате генетических, средовых, социальных и физиологических воздействий на протяжении всей жизни (рис. 7). Ключевой характеристикой развития подросткового возраста является дифференцированное созревание лимбической и префронтальной областей мозга, которые объясняют, почему импульсивность и принятие рискованных решений, присущие многим психическим заболеваниям и расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, имеют большое значение в этой возрастной группе (Вставка 6). Несмотря на то что нейропластичность с течением времени уменьшается, в более зрелом возрасте также наблюдается появление новых нейронов и связей, что может быть ассоциировано с введением новых стимулов и упражнений (Вставка 6)<sup>137</sup>. Смерть нейронов ускоряется с возрастом и связана со снижением когнитивных способностей и возникновением деменции в пожилом возрасте.

Информация на уровне мозга дает дополнительное понимание биологических механизмов, которые способствуют психическому здоровью и возникновению психического расстройства в течение жизни. Исследования функциональной и структурной нейровизуализации и электроэнцефалографии при различных расстройствах показывают структурные и функциональные различия в конкретных областях мозга — например, в объеме серого вещества или в реактивности в интересующей области<sup>138</sup>. Эти данные на уровне мозга могут быть рассмотрены наряду с нейropsychологическими данными для итеративного выявления связей между когнитивными дисфункциями, общими для расстройств (например, рабочая память и эпизодическое обучение при шизофрении), и областями мозга теоретического интереса, в данном случае префронтальной коры, височной доли и лимбической системы.



Рис. 7 Биологические и социальные детерминанты нейроразвития в течение всей жизни

Примеры биологических и социальных детерминант, которые могут влиять на психическое здоровье на протяжении всей жизни. Эти детерминанты могут действовать в различных точках жизни и могут взаимодействовать, производя конкретные фенотипы



### Конвергентный подход к психическому здоровью

Конвергентный подход пытается объяснить взаимодействие между различными наблюдениями о причинах психического здоровья и психических расстройств. Этот подход рассматривает сильную связь психических расстройств с социальным неблагополучием и неблагоприятными факторами, с которыми человек сталкивается в детстве, а также тот факт, что большинство психических расстройств возникают в подростковом и юношеском возрасте (Вставка 6). Этот подход предполагает, что социальные и экономические факторы представляют собой риск для психического здоровья или обеспечивают психологическую устойчивость через их влияние на развитие и функционирование мозга, опосредованное геномными и нейронными механизмами, на протяжении всей жизни. Однако эффект социальных и экономических факторов, таких как бедность, травмы, жестокое обращение, нейротоксины, жизненный стресс, образование или воспитание детей, будет варьироваться на разных этапах жизненного пути и будет наиболее значительным на этапах развития в раннем возрасте и подростковом возрасте. Кроме того, эти факторы оказывают влияние не только в направлении сверху вниз; люди могут формировать свое окружение и опыт таким образом, который влияет на их психическое здоровье, а различия в социальном опыте могут быть частично обусловлены генетическими факторами, которые влияют на индивидуальные различия в когнитивных, социальных и поведенческих способностях<sup>139</sup>.

Таким образом, конвергентный подход направлен на полный учет фактических данных, полученных из различных дисциплин, которые предоставляют информацию о причинах проблем психического здоровья. Эта задача потребует такого же внимания к социально-экономическим фенотипам (или экзофенотипам)<sup>140</sup>, как и к клиническим фенотипам. Конкретизация таких

понятий, как детская депривация или стресс, в операционные переменные, вероятно, потребует эмпирических исследований, изучающих и объясняющих механизмы, посредством которых социальные и экономические факторы влияют на психическое здоровье. Реальная перспектива конвергентного подхода заключается в том, что он использует и динамически интегрирует одновременно несколько уровней объяснения для построения сложных моделей, направляющих профилактику и вмешательства на протяжении всей жизни человека; этот подход также отвечает на критику биологического редукционизма<sup>141</sup>. Существует много примеров, показывающих, как конвергентный подход может применяться на протяжении всей жизни, в раннем детстве, подростковом и пожилом возрасте (Вставка 6).

### **Правозащитные рамки**

Важность правозащитного подхода к здравоохранению получила импульс после Нюрнбергского процесса, высветившего зверства, которые возможны в отсутствие правозащитных рамок. Нюрнбергский процесс важен и потому, что он привел к судебному преследованию врачей, ответственных за «Программу умерщвления «Т-4», с помощью которой нацисты уничтожали пациентов с психическими расстройствами, в том числе детей (газовые камеры поначалу предназначались для уничтожения психически больных пациентов и только потом стали использоваться против евреев). В отношении психического здоровья права человека должны рассматриваться с двух точек зрения: во-первых, психическое здоровье как право человека само по себе, как неотъемлемый компонент здоровья; и во-вторых, уязвимые группы людей (в том числе живущие с психическими расстройствами) подвергаются повышенному риску игнорирования или злоупотребления их правами.

#### *Психическое здоровье как универсальное право человека*

Право на здоровье является одним из основных прав человека и существенно важным в нашем понимании жизни с достоинством. Это право является всеобъемлющим и применимо ко всем аспектам повседневной жизни. Хотя исторически право на психическое здоровье не является четко концептуализированным, некоторые политические инструменты начинают менять это положение вещей, включая Резолюцию 6/29 Совета ООН по правам человека в 2007 году, в которой говорится, что каждый человек должен иметь право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья; План действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-20 годы, в котором права человека являются одним из сквозных принципов; 27 доклад Специального докладчика ООН по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья за 2017 год<sup>142</sup>; и Конвенция о правах инвалидов (КПИ) ООН. Кроме того, существуют прочные связи между психическим здоровьем и осуществлением социальных, экономических и культурных прав. Убеждение в том, что психическое здоровье является одним из основных прав человека, подразумевает необходимость бросить вызов обстоятельствам, подрывающим психическое здоровье, включая неравенство в доходах, условиях жизни, безопасности и продовольственной безопасности, которые вот-вот признают чуть ли не неизбежными или нормальными. Иными словами, люди имеют право пользоваться общими благами, которые позволяют достигать психического здоровья, включая доступ к качественной медицинской помощи.

С точки зрения справедливости признание психического здоровья в качестве одного из основных прав человека также привлекает внимание к потребностям конкретных уязвимых групп

населения, которые подвергаются повышенному риску возникновения проблем с психическим здоровьем, включая людей, затронутых насилием, конфликтами и вынужденной миграцией; детей и молодых людей, находящихся в уязвимом положении; людей, живущих в нищете; лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров; коренных народов; заключенных; и инвалидов. Уязвимые группы, как правило, испытывают отчуждение, предрассудки, изоляцию и отказ или отсутствие доступа к основным правам и услугам. Права уязвимых групп населения закреплены в множестве международных документов по правам человека.

В экстремальных условиях, таких как война, стихийные бедствия и серьезные ограничения ресурсов, факторы уязвимости, как правило, соединяются вместе, составляя комплекс проблем в уже маргинализированных группах населения. Недостаток возможностей у детей и молодежи влиять на решения, связанные с их собственной жизнью, делает их особенно уязвимыми, и инициативы по расширению прав и возможностей детей, признающие их право на самоопределение, могут изменить этот статус-кво. Конвенция ООН о правах ребенка, ратифицированная всеми странами мира (кроме США), включает в себя несколько статей, непосредственно касающихся права детей на психическое здоровье. Дети-инвалиды часто сталкиваются с маргинализацией и дискриминацией, последствия которых для ребенка еще более усугубляются нищетой, социальной изоляцией, чрезвычайными гуманитарными ситуациями, отсутствием услуг и поддержки, а также враждебной и недоступной средой<sup>143</sup>. Аналогичным образом положение женщин-инвалидов обычно усугубляется игнорированием их многочисленных прав<sup>144</sup>. Эти факторы уязвимости также усиливаются среди пожилых людей с другими факторами риска.

Население, затронутое гуманитарными кризисами, представляет собой большую уязвимую группу, права человека и психическое здоровье которой часто нарушаются. В докладе<sup>145</sup> из Сирии приводится яркий пример, документально подтверждающий влияние длительного воздействия бомбардировок, конфликтов и недоедания на психическое здоровье детей. По оценкам, во всем мире более 200 миллионов человек являются перемещенными лицами, и аналогичные примеры связанных с этим нарушений права на психическое здоровье можно наблюдать во многих других странах, таких как Йемен, Демократическая Республика Конго и Мьянма.

#### *Люди с психическими расстройствами и психосоциальной инвалидностью*

КПИ<sup>146</sup> была принята в 2007 году и быстро подписана и ратифицирована большинством стран мира, вступив в силу в 2008 году. Цель конвенции заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения их достоинства. Люди с психическими и интеллектуальными нарушениями участвовали в переговорах и активно содействовали воплощению конвенции в жизнь. Ратификация КПИ странами подчеркивает их обязательства в области прав человека, включая поддержку социальной интеграции инвалидов и устранение “отношенческих и средовых барьеров, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими”. Конвенция вызвала дискуссии относительно пересмотра законов, касающихся психического здоровья, с тем чтобы привести их в соответствие с КПИ. В отсутствие конкретного закона о психическом здоровье или инвалидности в той или иной стране можно ссылаться на КПИ, и носители прав имеют доступ к этому механизму в любой стране, в которой ратифицирована конвенция.

Несмотря на разработку этих международно-правовых документов, люди с психосоциальными и интеллектуальными расстройствами относятся к числу наиболее уязвимых групп в глобальном масштабе, сталкиваются со многими формами маргинализации и часто остаются позади, когда речь заходит о соблюдении их прав человека и равного доступа к услугам и жизненным возможностям<sup>147</sup>. Во всем мире людей с психическими расстройствами часто скрывают, пытаются бросить или оставляют умирать. Во многих странах широко распространено отсутствие доступа к медицинским услугам, жилью и занятости, а иногда и крайнее нарушение основных прав<sup>148</sup>. В 2012 году организация *Human Rights Watch* сообщила о насильственном содержании людей с психическими расстройствами в молитвенных лагерях, а также об условиях содержания в цепях и отказе в предоставлении психиатрической помощи и медикаментов в качестве наиболее насущных проблем<sup>149</sup>. Эти нарушения происходят на протяжении всей жизни, причем особенно подвержены риску уязвимые группы, включая детей и подростков с нарушениями нервно-психического развития (такими как интеллектуальные нарушения) и пожилых с деменцией<sup>150</sup>.

Такие нарушения прав человека чаще всего происходят на стыке нищеты, социальной маргинализации и отсутствия доступа к услугам в сфере охраны психического здоровья. Поэтому в Кейптаунской декларации панафриканской сети лиц с психосоциальной инвалидностью подчеркивается роль нищеты и достоинства в их стратегиях расширения прав и возможностей. За некоторыми исключениями, программы, направленные на социальную интеграцию инвалидов, сокращение масштабов нищеты и другие приоритеты в области развития, часто исключают психосоциальную и интеллектуальную инвалидность<sup>151</sup>. В нарушение статьи 25 КПИ ООН, которая гласит, что услуги здравоохранения должны быть «как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах», во многих СНСД услуги в области психического здоровья сконцентрированы в психиатрических больницах, являющихся относительно недоступными. Набор инструментов ВОЗ по повышению качества помощи «*QualityRights*», основанный на КПИ, использует паритет с общими медицинскими услугами в качестве эталона качества медицинской помощи, которую люди вправе получить.

В дополнение к конкретным нарушениям прав человека людям с тяжелыми психосоциальными нарушениями и с психическими расстройствами часто отказывают в основных правах человека, включая право на свободу, возможности для образования и занятости, гражданство и медицинское обслуживание того же качества, что и людям с физическими проблемами здоровья. Отсутствие медицинской помощи является одной из основных причин преждевременной смертности среди людей с психическими расстройствами<sup>152</sup>. Помимо нехватки ресурсов для оказания услуг основными препятствиями на пути социальной интеграции людей с психическими расстройствами являются стигматизация и дискриминация. В отношении любой другой группы такое общественное признание зачастую вопиющих злоупотреблений и пренебрежения, как в рамках системы здравоохранения, так и за ее пределами, было бы неприемлемым.

В последнее время внимание сосредоточено на статье 12 КПИ (Равенство перед законом) и статье 14 (Свобода и личная неприкосновенность), с общими замечаниями КПИ, запрещающими принятие решений профессионалами и законными представителями от имени людей, временно неспособных представлять себя в своих наилучших интересах (т. е. субститутивное принятие решений или опекунов). В КПИ утверждается, что все люди обладают присущей им правоспособностью и всегда должны быть в центре принятия решений о своем собственном благополучии. В ситуациях, когда люди нуждаются в поддержке (поддержке при принятии

решений), государства должны в первую очередь руководствоваться волей и предпочтениями соответствующего лица. Некоторые обозреватели называют опекунство гражданской смертью, являющейся предметом широко распространенного злоупотребления<sup>153</sup>, и призывают государства разработать механизмы поддержки принятия решений, совместимые с их условиями, с тем чтобы люди могли осуществлять свое право принимать решения и делать выбор в отношении своей жизни<sup>154</sup>. Критики этой точки зрения полагают, что абсолютная приверженность воле и предпочтениям лица с инвалидностью может непреднамеренно подорвать право на здоровье, свободу и справедливость, тем самым приведя к обратному эффекту, включая рост стигмы и дискриминации. Кроме того, некоторые критики утверждают, что общие положения КПИ предполагают контекст индивидуалистической культуры, который часто не соответствует более коллективистским культурам в СНСД, где семье отводится гораздо большая роль в принятии решений, чем в странах с высоким доходом. Подобные дебаты о том, как люди с психосоциальными нарушениями должны осуществлять автономию и свободу действий в вопросах, касающихся их самих, указывают на необходимость дальнейшей работы для обеспечения справедливости и полного, эффективного и равного участия. Необходимо улучшить диалог между сторонниками КПИ и людьми, работающими на местах, чтобы сформулировать системы анализа, руководствуясь научно-доказательными принципами правомочности. Эти системы могли бы включать мониторинг злоупотреблений в сфере опеки, специализированное и информированное юридическое представительство или адвоката, альтернативные программы опекунства и эффективное применение законодательства в области прав человека.

Лица с психосоциальными нарушениями, которые вовлечены в систему уголовного правосудия, вызывают аналогичную озабоченность. Одной из ключевых проблем является обеспечение баланса между индивидуальными правами и общественной безопасностью ввиду неопределенности средств выявления и управления рисками. Каков бы ни был наиболее подходящий подход к относительно редким случаям, когда права человека и права сообщества сталкиваются, существует консенсус в отношении того, что КПИ является мощным инструментом, требующим от правительств признания равных прав. Весь круг заинтересованных сторон должен сосредоточиться на практических шагах, необходимых для реализации принципов КПИ везде, где люди с психическими расстройствами получают помощь<sup>155</sup>. Согласование законодательства и практики в других областях, например, указанных в статье 19 КПИ (Самостоятельный образ жизни и вовлеченность в местное сообщество) или статье 30 (Участие в культурной жизни, проведении досуга и отдыха и занятии спортом), должно поставить под сомнение предположения о том, что наличие психического расстройства снижает ценность человека перед законом, и может улучшить качество жизни людей с психосоциальными и интеллектуальными нарушениями. Роль гражданского общества и голоса людей с опытом психических расстройств имеют решающее значение для достижения этих основных прав.

### **Меры по охране психического здоровья**

В этом разделе мы рассматриваем меры, которые считаем необходимыми для предотвращения психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также для обеспечения медицинской помощи в целях содействия восстановлению. Мы представляем эти меры в соответствии с этапами жизненного пути, особенно подчеркивая аспекты, которые считаем инновационными, имеющими потенциал для расширения и которые могут быть реализованы либо через обычную медицинскую помощь, либо на других платформах<sup>156</sup>. Мы

используем практические примеры для демонстрации осуществления этих мероприятий в реальном мире. Наша цель состоит не в том, чтобы суммировать все основанные на фактических данных вмешательства (для этого см. другие источники<sup>157</sup>), а в том, чтобы продемонстрировать, как может выглядеть переосмысленная система охраны психического здоровья в будущем.

Сначала мы рассмотрим четыре новаторские стратегии для устранения барьеров по спросу и предложению на пути к достижению целей в области психического здоровья: улучшение доступа к психосоциальным вмешательствам, использование цифровых технологий, сбалансированный подход к оказанию услуг в области психического здоровья и меры по увеличению спроса на услуги в области психического здоровья. Затем перейдем к применению этих инноваций на ключевых этапах жизненного пути. Наконец, мы сосредоточим свое внимание на мероприятиях для особо уязвимых групп в свете принципа ЦУР «никого не оставлять в стороне». Несмотря на многие трудности, о которых говорилось выше, наше видение в отношении осуществления мероприятий в области психического здоровья, является позитивным. Действительно, услуги в области охраны психического здоровья во многих странах применяют новаторские элементы современного здравоохранения быстрее и шире, чем услуги по лечению людей с физическими заболеваниями (Вставка 7).

### **Инновационные стратегии**

#### *Повышение доступности психосоциальных вмешательств*

#### **Вставка 7: Новаторские аспекты охраны психического здоровья во всей сфере здравоохранения**

- Перемещение медицинской помощи из больниц в местные сообщества<sup>158</sup>
- Вовлечение пациентов и их родственников в планирование и предоставление услуг<sup>159</sup>
- Обеспечение социальных вмешательств наряду с психологическими и фармакологическими методами лечения, приспособленными к потребностям конкретного человека (персонализированный уход), с помощью многопрофильных команд
- Акцент на коморбидность и мультиморбидность в отношении психических и физических долгосрочных заболеваний<sup>160</sup>

Основной целью психосоциальных вмешательств, включая разговорную терапию и социальные вмешательства, является содействие приобретению навыков по устранению факторов риска, медиаторов или последствий психических заболеваний и созданию социальных условий для восстановления пациента. Эти мероприятия подкрепляются убедительными доказательствами их эффективности в широком спектре условий и для достижения целого ряда целей, от профилактики до лечения острых фаз заболевания и до реабилитации и восстановления<sup>161</sup>.

Степень воздействия психологического лечения обычно варьируется от умеренной до значительной, а побочные эффекты относительно редки. Доказательная база психологической терапии, по крайней мере, так же сильна, как и для других методов лечения. Кроме того, при непосредственном сравнении эффективности фармакологических и психологических методов лечения (в частности, при аффективных, тревожных и связанных с травмой расстройствах) не было получено убедительных доказательств превосходства ни того, ни другого метода с точки зрения достижения ремиссии; кроме того, психологическая терапия, по-видимому, имеет более длительный эффект, чем фармакологическая терапия<sup>162</sup>. Большинство вмешательств основано на надежных когнитивных, поведенческих и межличностных теориях, и существует растущая доказательная нейронаучная база, указывающая на механизмы их действия. Кроме того, растет

число свидетельств эффективности социальных мероприятий, включая конкретные программы, такие как индивидуальное трудоустройство и поддержка занятости, с тем чтобы помочь людям с тяжелыми психическими заболеваниями найти и сохранить работу<sup>163</sup>.

При наличии выбора большинство людей, живущих с психическими расстройствами, предпочитают психосоциальную терапию фармакологическим методам лечения. Таким образом, необходимо обеспечить продуманный баланс между фармакологическим и психологическим лечением, при этом пациентам следует по возможности предлагать выбор. Кроме того, фармакологические и психологические вмешательства часто могут использоваться одновременно для усиления эффективности каждого из них. Несмотря на эти фактические данные, доступ к этим методам лечения очень низок в большинстве групп населения, прежде всего потому, что в большинстве стран наблюдается существенный недостаток квалифицированных специалистов по психосоциальной терапии и отсутствует осведомленность о наличии подобных методов. Кроме того, люди обеспокоены приемлемостью и осуществимостью этих методов лечения в реальных условиях, в которых они должны применяться в широком масштабе, поскольку большинство из них были разработаны в рамках ограниченных выборок клинических исследований в условиях предоставления специализированной помощи в странах с высоким уровнем дохода.

За последнее десятилетие накоплен большой объем фактических данных, свидетельствующих о нескольких последовательных стратегиях преодоления этих барьеров. Концепция разделения функций (*task-sharing*) подразумевает передачу некоторых обязанностей по охране психического здоровья от более специализированного персонала к менее специализированному. Несколько систематических обзоров показали эффективность применения психосоциальной терапии в условиях СНСД для лечения распространенных психических расстройств (включая расстройства, связанные с травмой) у взрослых, психических расстройств у детей<sup>164</sup>, шизофрении<sup>165</sup> и ряда психических расстройств в странах с высоким уровнем дохода<sup>166</sup>. Имеются также научные доказательства полезности мероприятий, направленных на профилактику психических расстройств и нацеленных на развитие детей в раннем возрасте, а также мероприятий по развитию социальной и эмоциональной компетентности у молодых людей<sup>167</sup>. По крайней мере в одной стране с высоким уровнем дохода (Великобритании) стремительное расширение круга поставщиков услуг со специальной подготовкой по этим методам лечения в некоторой степени позволило устранить пробелы в лечении распространенных психических расстройств.

Наличие существенной доказательной базы указывает на фундаментальное переосмысление психосоциальной терапии в четырех направлениях. Во-первых, содержание терапии нуждается в существенной модификации в плане включения местных метафор и верований, а также объединения компонентов формирования психологических навыков с компонентами социальной работы. Задачи также должны быть адаптированы на предмет обеспечения приемлемости терапии для людей с ограниченной грамотностью. Во-вторых, лицо, предоставляющее услуги, обычно является общинным медицинским работником или непрофессиональным консультантом из той же общины, прошедшим базовую подготовку для достижения компетентности в предоставлении терапии, и соблюдающим структурированный протокол по контролю за обеспечением качества. В-третьих, психосоциальная терапия, как правило, предоставляется в общине или в рамках первичной медико-санитарной помощи. В-четвертых, терапия проводится в течение относительно короткого периода (например, между шестью и десятью сессиями для распространенных психических расстройств у взрослых) с целью повышения приемлемости и осуществимости. В идеале

неспециализированные поставщики услуг здравоохранения должны работать в рамках коллаборативной модели оказания помощи с доступом к специалисту, который может быть расположен удаленно, участвует в обучении, контролирует качество и предоставляет рекомендации или варианты направлений в сложных клинических случаях.

Несколько инновационных стратегий могут способствовать распространению психосоциальной терапии. Одним из основных препятствий на пути внедрения модели разделения функций при оказании помощи является зависимость от традиционных методов очной подготовки и использования экспертов для осуществления супервизии. Эти барьеры устраняются при помощи онлайн-обучения и участия пользователей в контроле за качеством терапии со структурированными шкалами и обратной связью. Во-вторых, эффективные пакеты терапии обычно включают несколько похожих элементов, охватывающих поведенческую, межличностную, когнитивную и эмоциональную сферы. Например, анализ<sup>168</sup> 832 терапий, протестированных в 437 рандомизированных клинических испытаниях для детей и подростков с психическими расстройствами, выявил экономичный набор из 18 элементов из этих терапий, которые отображались на потребностях 63% детей с психическими расстройствами в условиях клиники в местном сообществе. Эти наблюдения привели к разработке трансдиагностических психологических методов лечения, которые направлены на выявление множественных расстройств либо через общий подход, либо через соответствие конкретных элементов лечения конкретным синдромам (например, поведенческая активация при депрессии)<sup>169</sup>. Объем фактических данных в поддержку этих подходов растет, в частности, для молодых людей<sup>170</sup> и для непрофессиональных консультантов, проводящих мероприятия в условиях местных сообществ СНСД. Третий подход к расширению масштабов психосоциальной терапии заключается в ее непосредственном распространении среди пациентов, в частности, для вторичной профилактики психических расстройств (т. е. вмешательства на ранних или субсиндромальных стадиях расстройства). Это нововведение потенциально является самым радикальным, поскольку полностью устраняет профессионалов здравоохранения. Помимо растущей индустрии мобильных приложений и веб-сайтов, предлагающих самостоятельную психологическую терапию, фактические данные также поддерживают использование печатных руководств, особенно для населения с ограниченным охватом интернета или языковыми барьерами.

Увеличение масштабов применения психосоциальной терапии для эффективного расширения охвата населения будет основано на *ступенчатом подходе* к уходу, в котором *первая ступень* включает самостоятельное вмешательство в отношении легких и умеренных состояний. *Второй ступенью* для людей с более тяжелыми состояниями может стать психосоциальная терапия, проводимая в обычных медицинских учреждениях или на дому общинными медицинскими работниками или неспециалистами-консультантами. *Следующая ступень*, которая может быть немедленно доступна для людей с очень тяжелыми состояниями, такими как острые психозы или серьезные попытки самоубийства, может принять форму консультации специалиста или врача, а варианты вмешательства могут включать медикаментозное лечение, более сложные формы психотерапии или другие физические методы лечения. Этот ступенчатый подход основан на модели стадирования психических расстройств, описанной ранее.

*Цифровые технологии в сфере охраны психического здоровья*



Быстрый рост мобильных телекоммуникаций и доступа к интернету открывает новые возможности для охвата все большего числа людей, живущих с психическими расстройствами, а также для устранения пробелов в лечении психических заболеваний. Обзор<sup>171</sup> 49 исследований вмешательств, использующих цифровые технологии, из более чем 20 СНСД, а также литература по их использованию в условиях стран с высоким уровнем дохода, выявил *пять различных направлений этих технологий*.

*Во-первых*, цифровые технологии могут внести вклад в просвещение общественности и распространение информации о психических расстройствах с помощью кампаний по борьбе со стигмой<sup>172</sup>, по профилактике употребления психоактивных веществ или повышению осведомленности с помощью текстовых сообщений службы коротких сообщений (SMS) или социальных сетей. Интернет-сообщества представляют собой возможность содействовать душевному благополучию и позволяют людям с психическими заболеваниями чувствовать себя менее одинокими и находить поддержку у других людей с похожим опытом. Родственники также могут получить доступ к важным ресурсам, таким как социальная поддержка, рекомендуемые стратегии преодоления и программы самопомощи, осуществляемые онлайн или через платформы мобильных телефонов, например, в отношении расстройств развития<sup>173</sup>, аффективных и тревожных расстройств (Альянс по поддержке людей с депрессией и биполярным расстройством) и в отношении деменции (iSupport BO3).

*Во-вторых*, цифровые инструменты могут облегчить скрининг и диагностику психических расстройств. Инструменты скрининга, поставляемые на мобильные устройства с помощью текстовых сообщений SMS или приложений для смартфонов, используются для того, чтобы позволить работникам здравоохранения на уровне общин выявлять распространенные психические расстройства. С ростом популярности онлайн-платформ и быстрым развитием методов анализа больших данных могут появиться новые возможности для изучения моделей онлайн-взаимодействия, чтобы обеспечить раннее выявление людей, подверженных риску депрессии, психоза, суицида или употребления психоактивных веществ.

*В-третьих*, технологии могут поддерживать лечение и уход за людьми с психическими расстройствами. Технологические приложения включают в себя мобильные и онлайн-программы для самостоятельного управления заболеванием и профилактики рецидивов, SMS-сообщения с целью поощрения приверженности лечению и приему медикаментов, а также приложения для смартфонов для отслеживания и мониторинга симптомов (например, moodgym, Living Life и 7 cups). Также могут быть доступны возможности для отслеживания ситуаций высокого риска с помощью носимых датчиков или данных о местоположении, времени или деятельности на основе смартфонов, а также для отправки предупреждений в режиме реального времени пациентам или лицам, осуществляющим за ними уход. Кроме того, социальные медиа предлагают сети для пользователей услуг в сфере психического здоровья в сочетании с индивидуально подобранными терапевтическими вмешательствами<sup>174</sup>. Телепсихиатрические приложения, такие как онлайн-видеоконференции, могут позволить пациентам связаться с поставщиками услуг в сфере охраны психического здоровья для клинических консультаций по диагностике, последующей помощи или долгосрочной поддержке. Веб-сайты и мобильные приложения могут также использоваться для предоставления научно обоснованных методов лечения (например, для снижения потребления алкоголя или когнитивно-поведенческой терапии), что позволяет охватить людей с ограниченным доступом к специализированному уходу или тех, кто неохотно обращается за помощью из-за

стигматизации, больших расстояний или расходов из собственного кармана. Наиболее инновационные цифровые методы лечения используют цифровую платформу способами, которые являются уникальными для этой среды, — например, использование игровых интерфейсов для оценки глубоких фенотипов психического здоровья и разработки индивидуальных вмешательств для содействия адаптивным и для улучшения дезадаптивных когнитивных процессов. Несмотря на то что эти методы все еще находятся на экспериментальной стадии разработки и оценки, они служат еще одним примером конвергенции клинических дисциплин, когнитивных нейронаук и цифровых технологий с целью создания радикально нового видения терапии при психических расстройствах.

*В-четвертых*, цифровые технологии могут способствовать эффективной подготовке неспециалистов в области здравоохранения с помощью цифровых платформ обучения и мониторинга, предоставляя важнейшие инструменты поддержки принятия решений или доступ к консультациям и поддержке специалистов. Таким образом, цифровые приложения могут расширить возможности и доступ к специалистам в области психического здоровья (число которых является ограниченным) за счет облегчения внешнего мониторинга и наставничества местных медицинских и непрофессиональных поставщиков услуг в сфере охраны психического здоровья. Такая поддержка может способствовать наращиванию потенциала поставщиков услуг и сокращению выгорания и текучести кадров среди медицинских работников первичного звена.

*Наконец*, технология может также поддерживать усилия в области здравоохранения на системном уровне, направленные на улучшение психического здоровья. Например, цифровые информационные системы по психическому здоровью могут помочь отслеживать пациентов и результаты психического здоровья определенных групп населения и могут гарантировать, что пациенты не будут обойдены вниманием<sup>175</sup>. Такие инструменты, как мобильные или веб-реестры, могут облегчить координацию ухода и оперативно направлять целевые уведомления бригаде по оказанию первичной медико-санитарной помощи или родственникам, осуществляющим уход. Такие технологии могут также предоставить возможности для выявления кризисных ситуаций и содействия быстрому реагированию. Цифровые технологии могут поддерживать системы здравоохранения посредством анализа большого количества данных для облегчения системного мониторинга, планирования и повышения качества, а также нацеливания конкретных мероприятий на пациентов (подход, согласованный с принципами персонализированной (прецизионной) медицины). Другим примером является использование геоинформатики для картографирования общин или районов с повышенным риском для психического здоровья и проблем употребления психоактивных веществ, таких как районы с высоким уровнем преступности или насилия. Эти подходы могли бы улучшить адресность социальных детерминант психического здоровья на уровне населения, а также обосновывать и оценивать профилактические усилия.

Следует также учитывать потенциальные риски и вред, связанные с использованием цифровых технологий. Технологические подходы могут способствовать расширению охвата услугами в области психического здоровья, но могут привести к утрате ключевых компонентов человеческого потенциала и, возможно, к снижению эффективности услуг в сфере охраны психического здоровья. Использование социальных медиа связано с потенциальными рисками для психического здоровья (такими как кибербуллинг), а добавление онлайн-игровых расстройств в последнюю версию МКБ в качестве состояния для дальнейшего изучения является показателем последствий для психического здоровья чрезмерного использования этих медиа. Информация, доступная через

мобильные или онлайн-платформы, должна быть безопасной, надежной и заслуживающей доверия, однако обеспечение этих характеристик является сложной задачей. Цифровые технологии создают серьезные этические риски, связанные с неприкосновенностью частной жизни, конфиденциальностью, возможностью незаконного вторжения в частную жизнь и принуждения, а также обстоятельствами, в которых правительства или органы власти могут еще больше дискриминировать людей с психическими расстройствами посредством отслеживания и мониторинга (например, для доступа к медицинскому страхованию и страхованию жизни). Технологические вмешательства могут также иметь непреднамеренные последствия в виде расширения неравенства в области охраны психического здоровья между людьми, имеющими доступ к мобильным устройствам или интернету, и теми, у кого такого доступа нет. Для обеспечения безопасного и эффективного применения цифровых технологий в здравоохранении необходима четко разработанная политика; в большинстве стран их применение не регулируется, а исследования их воздействия на психическое здоровье находятся в зачаточном состоянии.

#### *Модель сбалансированного ухода для людей с психическими расстройствами*

Модель сбалансированного ухода представляет собой научно обоснованный, системный, но гибкий подход к планированию предоставления помощи людям с психическими расстройствами. Эта модель описывает компоненты услуг в области психического здоровья, относящиеся к странам с низким, средним и высоким уровнем дохода<sup>176</sup>. Мы адаптировали эту модель таким образом, чтобы она отражала контекст ресурсов, а не отдельные страны, признавая при этом большое неравенство, которое имеет место во всех странах, а также между странами. На Рис. 8 эта модель была детализирована для того, чтобы подчеркнуть необходимость обеспечения баланса между различными платформами предоставления услуг, адаптированными к каждому уровню ресурсов. Эта сбалансированная модель ухода также подчеркивает важность основанных на фактических данных общинных и межсекторальных вмешательств (осуществляемых за пределами сектора здравоохранения), таких как возможности трудоустройства, услуги по защите детей, меры по улучшению понимания психических расстройств и имеющихся услуг на уровне общин<sup>177</sup>, долгосрочная социальная помощь и меры по предотвращению самоубийств.

*В условиях нехватки ресурсов* наиболее насущной задачей является расширение охвата населения научно обоснованной медицинской помощью через неспециалистов, которые наиболее широко доступны на местах. Поэтому основное внимание уделяется наращиванию потенциала и возможностей первичного медицинского обслуживания и медицинского персонала на базе общин, а также поставщиков услуг на других соответствующих платформах, таких как школы и система уголовного правосудия. Такие сотрудники должны приобретать и практиковать навыки, необходимые для выявления, лечения и ухода за людьми с психическими расстройствами. Для детей и молодых людей необходимо улучшить интеграцию услуг в сфере охраны психического здоровья в рамки целого ряда платформ, которые учитывают их проблемы, в частности в области образования, защиты детей, первичной и детской медицинской помощи и социальных услуг. Признается, что молодые люди особенно часто избегают официальных учреждений по уходу, поэтому принципиально важное значение имеют новаторские средства их охвата в других учреждениях (таких, как образовательные учреждения).

В условиях средних ресурсов необходимо укрепить систему оказания услуг в области психического здоровья во всех общинных и медицинских учреждениях первичной помощи, а также расширить спектр общинных и стационарных вторичных и третичных услуг.

Рис. 8: Компоненты служб охраны психического здоровья, относящиеся к условиям с низкими, средними и высокими ресурсами

Условия низких ресурсов						
<p><b>Местное сообщество (услуги, предоставляемые во всех соответствующих секторах)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Базовые возможности для трудоустройства и социальной интеграции</li> <li>• Базовые мероприятия сообщества по содействию пониманию психического здоровья</li> <li>• Мероприятия по снижению стигматизации и содействию поиску помощи</li> <li>• Ряд программ профилактики самоубийств на уровне сообщества (например, сокращение доступа к пестицидам)</li> <li>• Программы вмешательства в раннем детстве и воспитании детей</li> <li>• Основные школьные программы психического здоровья</li> <li>• Поощрение мероприятий по самопомощи</li> <li>• Интеграция психического здоровья в программы реабилитации на уровне общин и программы инклюзивного развития на уровне общин</li> <li>• Помощь на дому для содействия приверженности лечению</li> <li>• Активизация социальных сетей</li> </ul>	и	<p><b>Первичная медицинская помощь (предоставляемая работниками общей первичной медицинской помощи)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выявление случаев заболевания</li> <li>• Базовые научно обоснованные психосоциальные вмешательства</li> <li>• Базовые научно обоснованные фармакологические вмешательства</li> <li>• Базовые пути направления на вторичную медицинскую помощь</li> </ul>	и	<p><b>Вторичная помощь (предоставляемая в больницах общего профиля)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подготовка, поддержка и мониторинг персонала первичной медико-санитарной помощи</li> <li>• Амбулаторные клиники</li> <li>• Неотложная стационарная помощь в больницах общего профиля</li> <li>• Базовые пути направления в третичную помощь</li> </ul>	и	<p><b>Третичная помощь (предоставляемая специализированными службами в области психического здоровья)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Повысить качество медицинской помощи в психиатрических больницах</li> <li>• Инициировать перевод стационарных психиатрических услуг из психиатрических больниц в больницы общего профиля</li> <li>• Инициировать закрытие учреждений длительного пребывания и разработать альтернативы на базе местных сообществ</li> <li>• Создать инструменты лицензирования всех практикующих врачей, лечащих людей с психическими расстройствами, включая неформальные учреждения по уходу</li> <li>• Создать диапазон научно обоснованных психологических вмешательств</li> <li>• Обеспечить соблюдение соответствующих конвенций по правам человека</li> <li>• Инициировать консультативно-междисциплинарные службы охраны психического здоровья в сотрудничестве с другими</li> </ul>

					медицинскими департаментами и улучшить физическое здоровье людей с психическими расстройствами	
<b>Условия средних ресурсов</b>						
<p><b>Местное сообщество</b></p> <p>Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Скоординированные возможности для трудоустройства и социальной интеграции</li> <li>• Скоординированные меры на уровне общин по содействию пониманию психического здоровья</li> <li>• Скоординированные меры по снижению стигматизации и содействию обращению за помощью</li> <li>• Общегородская и районная координация комплексных планов по охране психического здоровья</li> <li>• Внимание к психическому здоровью в политике во всех секторах</li> <li>• Ряд автономных и поддерживаемых жилых помещений для людей с долгосрочными психическими расстройствами</li> <li>• Программы профилактики употребления наркотиков и алкоголя</li> <li>• Диапазон услуг для бездомных с психическими расстройствами или психическими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ</li> <li>• Реабилитация лиц с психосоциальными нарушениями</li> </ul>	<b>и</b>	<p><b>Первичная помощь</b></p> <p>Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Справедливый географический охват услугами в сфере охраны психического здоровья, интегрированными в первичную медицинскую помощь</li> <li>• Скоординированная, совместная помощь на всех платформах предоставления услуг</li> <li>• Всесторонняя подготовка по вопросам психического здоровья для медицинского персонала общего здравоохранения</li> </ul>	<b>и</b>	<p><b>Вторичная помощь</b></p> <p>Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Мультидисциплинарные мобильные общинные бригады по охране психического здоровья для людей с тяжелыми психическими расстройствами</li> <li>• Интеграция услуг в сфере охраны психического здоровья в другие вторичные медицинские услуги (например, охрану здоровья матери и ребенка, ВИЧ)</li> </ul>	<b>и</b>	<p><b>Третичная помощь</b></p> <p>Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Консолидировать перемещение стационарных психиатрических услуг из психиатрических больниц в больницы общего профиля</li> <li>• Обеспечить базовый спектр целевых специализированных услуг (например, для детей и подростков, пожилых людей, судебно-медицинских учреждений)</li> <li>• Консолидировать связи между консультативными психиатрическими службами</li> </ul>

Условия высоких ресурсов						
<p><b>Местное сообщество</b> Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Интенсивные возможности для трудоустройства и социальной интеграции</li> <li>• Интенсивные мероприятия на уровне общин для содействия пониманию психического здоровья</li> <li>• Интенсивные мероприятия для уменьшения стигмы и содействия поиску помощи</li> <li>• Полный спектр независимого и поддерживаемого жилья для людей с долгосрочными психическими расстройствами</li> <li>• Спектр научно обоснованных услуг на общественных платформах (например, в школах, колледжах и на рабочих местах)</li> <li>• Интенсивные программы профилактики употребления наркотиков и алкоголя</li> <li>• Интенсивные программы вмешательства в детском возрасте и воспитании детей (например, обучение жизненным навыкам)</li> <li>• Интенсивные программы профилактики самоубийств на уровне общин (например, сокращение доступа к средствам самоповреждения, горячие линии, обучение СМИ)</li> </ul>	и	<p><b>Первичная помощь</b> Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Полный географический охват услугами в сфере охраны психического здоровья, интегрированной в первичную медицинскую помощь</li> <li>• Модель сотрудничества со специалистами, поддерживающими практикующих врачей первичной медицинской помощи</li> </ul>	и	<p><b>Вторичная помощь</b> Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Полный спектр научно обоснованных психосоциальных вмешательств, осуществляемых квалифицированными специалистами</li> <li>• Полный спектр научно обоснованных фармакологических вмешательств</li> </ul>	и	<p><b>Третичная помощь</b> Такие же услуги, как и в условиях недостаточных ресурсов, плюс:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Полное перемещение стационарных психиатрических услуг из психиатрических больниц в больницы общего профиля</li> <li>• Полный спектр целевых специализированных услуг (например, для раннего вмешательства при психозах, для детей и подростков, пожилых людей, при зависимости и в судебно-медицинских учреждениях)</li> </ul>

В условиях высоких ресурсов модель сбалансированного ухода предполагает, что каждая из четырех платформ (общинные и межсекторальные вмешательства, а также первичная, вторичная и третичная медицинская помощь) осуществляется на более высоком уровне охвата, специализации (например, бригады раннего вмешательства для людей с первичным

психотическим эпизодом<sup>178</sup>) и в более полном диапазоне научно обоснованных вмешательств, предоставляемых в полном объеме.

Эта модель предусматривает существование прогрессивной тенденции во всем диапазоне уровня ресурсов в отношении различных компонентов предоставления услуг — например, начиная от инициирования, развития и кончая консолидацией перемещения стационарных отделений из психиатрических больниц в больницы общего профиля. Там, где учреждения остаются одной из основных форм предоставления услуг, одним из приоритетов является структурированный процесс перемещения людей на уровень услуг, предоставляемых на базе местного сообщества.

#### *Меры по увеличению числа обращений за помощью и спроса на услуги по уходу*

Низкий спрос на услуги в области психического здоровья (включая последующее наблюдение и приверженность лечению) является следствием целого ряда препятствий. Помимо недостатка надежных и качественных услуг, к числу других заметных препятствий относятся стигматизация, связанная с психическими расстройствами<sup>179</sup>, и различные объяснительные модели психического здоровья в различных группах населения. В отношении нескольких психических расстройств имеются данные о том, что лишь около половины людей, живущих с этими расстройствами, желают обращаться за помощью. Например, глобальные исследования<sup>180 181</sup>, проведенные Всемирным консорциумом по обследованию психического здоровья, показали, что только 41% людей с тревожными расстройствами, 57% людей с депрессией и 39% людей с расстройствами употребления психоактивных веществ сообщают, что у них есть проблемы с психическим здоровьем. Появляются данные о том, как преодолевать эти барьеры, в том числе посредством межличностных контактов с людьми, имеющими психические расстройства, вовлечения людей с психическими расстройствами во все аспекты охраны психического здоровья и использования мультимодальных общинных мероприятий, которые включают контекстуальное понимание и информирование о психическом здоровье и расстройствах с целью повышения выявления психических расстройств, спроса и обращения за помощью в области психического здоровья<sup>182 183</sup>.

184

Мероприятия, основанные на фундаментальном принципе межличностных (интерперсональных) отношений, являются наиболее действенным научно обоснованным методом уменьшения стигматизации и дискриминации и, следовательно, соблюдения прав человека людей с психическими расстройствами. Эти меры основаны на создании возможностей для прямого или виртуального контакта с людьми, имеющими опыт психических расстройств, и могут быть направлены на конкретные группы в сообществе (например, медицинский персонал). Для молодых людей интерперсональная терапия наиболее эффективна при ее осуществлении в образовательных учреждениях. Подобные кампании по борьбе со стигмой были расширены в некоторых странах с высоким уровнем дохода (например, в Великобритании). Новые данные также показывают, что культурально адаптированная интерперсональная терапия может быть эффективна в снижении стигматизации и в СНСД<sup>185</sup>. Такие меры по сокращению стигматизации должны быть одним из основных компонентов гораздо более широкой стратегии, которая делает упор на свободу от дискриминации, активное поощрение прав человека и социальную интеграцию и участие.

В последние три десятилетия потребность в значимом участии пациентов и членов их семей во всех аспектах формирования политики в области психического здоровья, а также в планировании,

предоставлении, обеспечении качества и оценке услуг неуклонно возрастает. Это возросшее участие является практическим проявлением лозунга "Никаких решений без нашего участия". Были описаны три основных типа вовлечения пациентов: консультации, сотрудничество и контролируемые пациентом инициативы. Конкретные меры, осуществляемые под руководством пациентов, включают антикризисные планы, предварительные заявления (завещания) и предварительные распоряжения. Эти методы формализуют приоритеты и предпочтения пациентов при составлении планов оказания медицинской помощи и являются эффективными при некоторых обстоятельствах в процессе сокращения принудительного помещения в психиатрическую больницу<sup>186</sup>. Инструменты поддержки в принятии решений представляют собой структурированные подходы к поддержке принятия решений пациентами (в консультации с персоналом)— например, при выборе между вариантами лечения или при решении раскрыть историю психического заболевания<sup>187</sup>. Общей темой, соединяющей эти элементы, является концепция восстановления.

Во многих общинах широко варьирующиеся объяснительные модели психического здоровья и расстройств (например, что они эквивалентны социальным страданиям или являются результатом моральной слабости или духовного или религиозного несчастья) приводят к низким уровням признания наличия психических расстройств или их выявления медицинскими работниками. Инновационные стратегии обучения работников здравоохранения и общин, интегрирующие биомедицинские и соответствующие тому или иному контексту понимания и сообщения, улучшают выявление распространенных психических расстройств и повышают спрос на медицинскую помощь.

### **Применение вмешательств на протяжении всей жизни**

Переосмысленная система психического здоровья будущего включает в себя мероприятия, связанные с профилактикой и лечением психических расстройств, применяемые на ключевых этапах развития на протяжении всей жизни. В этом видении также подчеркивается необходимость уделять особое внимание справедливому распределению ресурсов, во избежание того, чтобы ресурсы выделялись в основном хорошо обеспеченному населению (например, городскому населению), а также тому, чтобы меры вмешательства целенаправленно применялись для устранения социальных диспропорций и неблагоприятных условий. Несмотря на то что мы представляем мероприятия для каждого из ключевых этапов жизненного пути, мы подчеркиваем, что объединенный пакет эффективных мероприятий по профилактике и лечению на протяжении всей жизни может иметь существенные преимущества для населения в отношении бремени депрессии (Вставка 8) и представляет собой большую ценность, учитывая бремя и воздействие проблем психического здоровья.

#### **Вставка 8: Понимание преимуществ расширения услуг – случай депрессии**

В качестве дополнения к реальным оценкам в различных географических условиях и медицинских учреждениях методы моделирования могут служить основой для оценки ожидаемых последствий расширения масштабов услуг по охране психического здоровья<sup>188</sup>. Чтобы показать потенциальные последствия расширения услуг для здоровья на протяжении всей жизни, Комиссия оценила сравнительные последствия ряда масштабных стратегий лечения и профилактики на примере депрессии из-за ее распространенности на протяжении всей жизни, бремени болезни, которое она несет на уровне населения, и наличия эффективных вмешательств. Мы оценили семь стратегий вмешательств: обучение навыкам по уходу или воспитанию, обучение жизненным навыкам в школах, оздоровительные программы на рабочем месте, социальное участие пожилых людей в сообществе, психологическое лечение перинатальной депрессии,



психологическое лечение депрессии у взрослых и фармакологическое лечение депрессии у взрослых. Этот набор мероприятий иллюстрирует лишь передовую практику и не является исчерпывающим. Для каждого вмешательства использовался стабильно высокий охват в 80%, что позволяло проводить сопоставление эффектов на уровне населения.

Было подсчитано ежегодное воздействие вмешательств на здоровье населения в период с 2015 по 2030 год, причем окончательные оценки за год впоследствии были выражены в виде доли общего и возрастного бремени депрессии, о чем по каждой стране сообщалось в Глобальных оценках ВОЗ в области здравоохранения на 2015 год. Для популяционных моделей использовался инструмент стратегического планирования *OneHealth*, модуль психического здоровья которого применялся к нескольким предыдущим анализам и условиям в разных странах<sup>189 190</sup>. Мы провели анализ для ряда географических регионов и регионов с разным уровнем дохода с различными демографическими и социально-экономическими профилями, включая страны с низким уровнем дохода в Африке (например, Эфиопия и Танзания), страны с низким и средним уровнем дохода в Азии (например, Индия и Индонезия), страны с доходом выше среднего уровня в Северной и Южной Америке (например, Бразилия и Мексика) и страны с высоким уровнем дохода в Европе (например, Франция и Германия). Демографические показатели для каждой страны взяты из отдела народонаселения ООН, а оценки распространенности депрессии с учетом возраста и пола получены из исследования «Глобальное бремя болезней 2015»<sup>191</sup>.

Результаты моделирования депрессии на популяционном уровне представлены в приложении (Р 31, таблица S3: Оценка воздействия на популяционном уровне масштабных мероприятий по борьбе с депрессией). При использовании в широком масштабе (охват 80%) добавленные годы здоровой жизни на 1 миллион населения в 2030 году варьируются от менее чем 5 (обучение навыкам ухода за детьми в возрасте 5-9 лет) до более чем 1000 (долгосрочное фармакологическое лечение рецидивирующей депрессии у взрослых в возрасте 20-59 лет), отражая относительную распространенность депрессии в разных возрастах, относительный размер целевой группы и относительный размер эффектов вмешательства. Программы развития жизненных навыков для учащихся школ в возрасте 10-19 лет могут обеспечить более 250 лет здоровой жизни на 1 миллион населения, а программы оздоровления на рабочем месте и программы социальной вовлеченности для лиц в возрасте 60 лет и старше – менее 50 лет здоровой жизни на 1 миллион населения. Лечение перинатальной депрессии на эпизодической основе дает около 20 лет здоровой жизни на 1 млн населения; для сравнения, подходы к лечению, которые также активно выявляют людей, находящихся в группе риска, и тем самым предотвращают возникновение депрессивных эпизодов, имеют последствия на уровне населения, которые по меньшей мере в три раза больше (76 лет здоровой жизни на 1 миллион населения). Аналогичным образом, но для гораздо более широкой целевой группы всех взрослых в возрасте 20-59 лет, проактивный принцип оказания психологической и фармакологической помощи имеет потенциал для получения в три-пять раз большего прироста здоровых лет по сравнению с программами, управляющими случаями депрессии исключительно на эпизодической основе, поскольку предотвращают долю повторяющихся эпизодов.

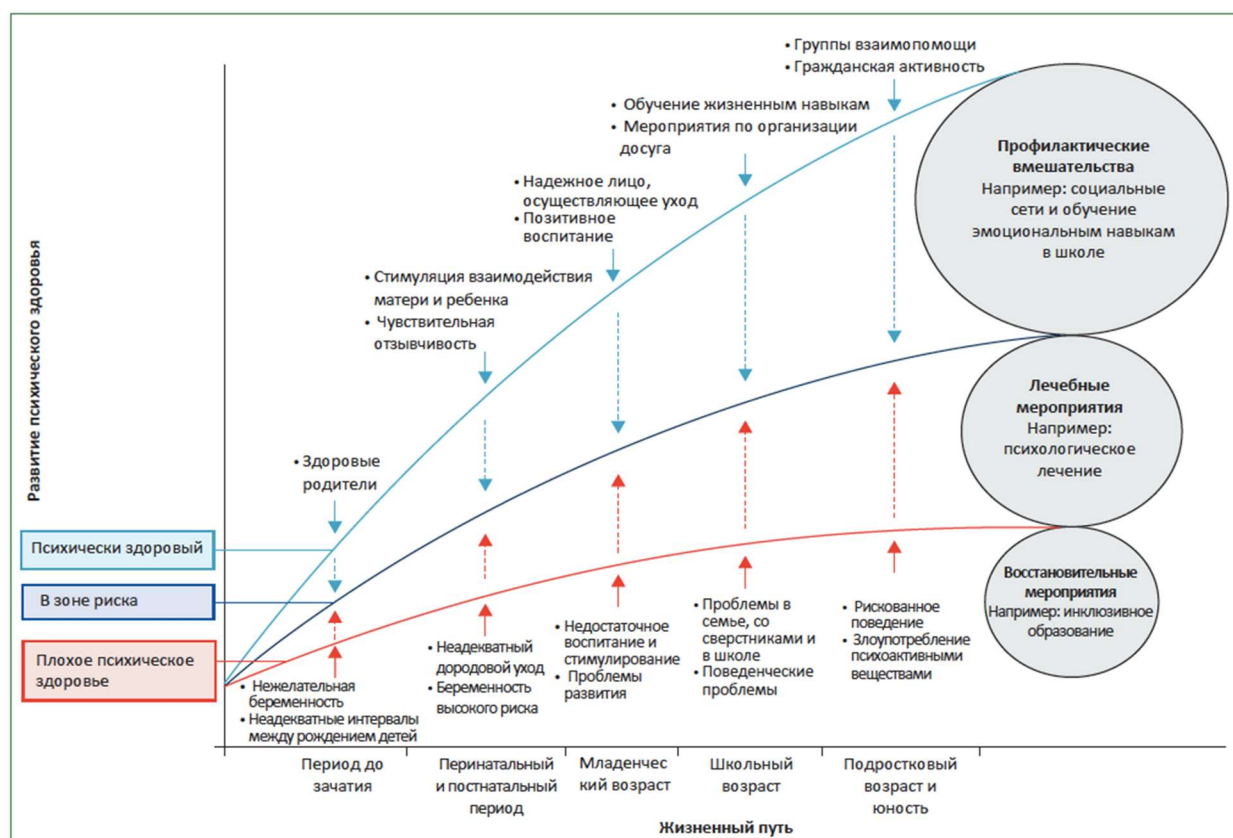
### *Перинатальный период и детство*

Можно привести несколько убедительных аргументов в пользу приоритизации психического здоровья детей и подростков. Во-первых, ранние меры являются ключом к предотвращению проблем психического здоровья в более позднем возрасте, поскольку большинство психических расстройств во взрослой жизни имеют свое начало в детстве. Во-вторых, комбинированные психические расстройства и расстройства употребления психоактивных веществ среди детей и молодежи являются шестой ведущей причиной DALYs (Годы жизни, скорректированные по инвалидности), что составляет 6% от общего бремени болезней в этой возрастной группе, и являются ведущей причиной инвалидности с точки зрения лет, потерянных из-за инвалидности, что эквивалентно четверти инвалидности у молодых людей в возрасте 10-24 лет во всем мире (27%)<sup>192</sup>. В-третьих, неврологические изменения в чувствительные периоды детства и юношества дают возможность позитивно воздействовать на развивающийся мозг. В-четвертых, педагогическая запущенность, жестокое обращение и лишения являются сильными факторами риска для будущих психических и физических проблем со здоровьем (Рисунок 9)<sup>193</sup>. Наконец, в глобальном масштабе существует недостаток услуг по охране психического здоровья детей и молодежи и финансирования этих услуг. Молодые люди обращаются в службы психического

здоровья реже, чем представители любой другой возрастной группы, из-за недостаточного выявления проблем психического здоровья в этой возрастной группе, недостаточной осведомленности об этих проблемах и их недостаточной приоритизации в рамках политики<sup>194</sup>.

Ранние меры, вероятно, будут наиболее перспективными инвестициями в психическое здоровье населения по следующим причинам. Во-первых, раннее распознавание проблем психического здоровья или факторов риска, таких как психическое заболевание родителей, совместимо с клиническим подходом стадирования, который выделяет ранние стадии психического заболевания, способствуя сильной профилактической направленности. Во-вторых, раннее выявление может усилить борьбу со стигматизацией, связанной с психическим здоровьем, и способствовать своевременному обращению за помощью с большей вероятностью благоприятных результатов. В-третьих, особое внимание к ранним вмешательствам в группах высокого риска, таких как дети, пострадавшие от насилия, жестокого обращения или нищеты, может способствовать сокращению различий в психическом здоровье. В-четвертых, инвестирование в психическое здоровье детей и молодежи является не только экономическим требованием, но и моральным обязательством.

**Рис. 9** Защитные факторы и факторы риска на раннем этапе жизни



Увеличение финансирования в область охраны психического здоровья детей и молодежи может положительно повлиять на будущую безработицу и сократить использование социальных пособий и контактов с уголовным правосудием.

Инвестиции в развитие детей младшего возраста имеют положительные долгосрочные результаты, улучшая здоровье, человеческий капитал и благополучие на протяжении всей жизни<sup>195</sup>. Учитывая пластичность мозга, перинатальный период и раннее детство являются решающими периодами для здорового развития и психического здоровья в дальнейшем.

С точки зрения профилактики, генетическое консультирование, скрининг новорожденных на наличие модифицируемых факторов риска и сокращение употребления алкоголя матерью могут предотвратить интеллектуальные нарушения. Профилактические мероприятия, направленные на психическое здоровье матери, взаимодействие матери и ребенка, а также игры и стимуляцию, имеют положительные долгосрочные преимущества как для младенцев, так и для матерей<sup>196</sup>. Мероприятия, способствующие раннему началу грудного вскармливания, тесному физическому контакту с матерью (например, метод кенгуру) и повышению материнской отзывчивости, формируют у ребенка чувство безопасности и привязанности младенца к матери и влияют на рост ребенка. Такие программы, ориентированные на раннее взаимодействие между новорожденными детьми и лицами, осуществляющими уход за ними, и особенно на повышение чувствительной отзывчивости, также могут снизить риск жестокого обращения с детьми<sup>197</sup>. Кроме того, родительское образование и многокомпонентные мероприятия (которые обычно сочетают поддержку семьи, дошкольное образование, навыки воспитания и уход за детьми) также показывают многообещающую эффективность в предотвращении жестокого обращения с детьми и уменьшении проблем психического здоровья у детей, подвергающихся неблагоприятным воздействиям, и у детей, затронутых вооруженными конфликтами<sup>198</sup>.

Метаанализ<sup>199</sup> 193 исследований показал, что материнская депрессия была значительно связана с повышенными интернализирующими (например, тревожными расстройствами) и экстернализирующими (например, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью [СДВГ], расстройством поведения) психическими расстройствами среди их детей. Также была показана корреляция между тяжестью симптомов посттравматического стрессового расстройства у родителей и психологическим дистрессом у их детей. Имеются убедительные доказательства эффективности мер по лечению психических расстройств у матерей в плане уменьшения интернализирующих и экстернализирующих проблем и предупреждения возникновения психических расстройств у детей<sup>200</sup>. Таким образом, скрининг женщин, подверженных риску развития дородовой и послеродовой депрессии, и обеспечение эффективных мер по содействию восстановлению являются важными мерами по профилактике психических расстройств у их потомства. Программы посещения на дому для молодых матерей и их детей включают выявление и лечение депрессии у матерей, в том числе проведение психосоциальных мероприятий, в рамках регулярного дородового и послеродового ухода.

Меры по воспитанию детей и обеспечению их благополучия являются ключевыми инвестициями в преодоление токсичных циклов трансгенерационной передачи насилия, нищеты и психических заболеваний. Например, психосоциальная стимуляция и поддержка родителей детей с задержкой роста привели к существенному улучшению функционирования этих детей в зрелом возрасте и результатов на рынке труда в более позднем возрасте<sup>201</sup>. В школах обучение жизненным навыкам с акцентом на развитие социальных, эмоциональных навыков и навыков решения проблем и преодоления трудностей считается лучшей практикой для формирования эмоциональных и социальных компетенций у детей всех возрастов<sup>202</sup>.

Что касается лечения, ухода и реабилитации в условиях ограниченных ресурсов, то базовый пакет мероприятий для детей и молодых людей мог бы включать программы обучения навыкам воспитания, которые являются эффективными для родителей детей с проблемами развития, поведения и эмоциональными проблемами<sup>203</sup>. Детям с нарушениями развития и их семьям лучше всего помогают ориентированные на семью программы реабилитации, предлагаемые по месту жительства. Общинная модель реабилитации представляет собой правозащитный подход, основанный на свойственных общине сильных сторонах и вовлекающий людей с инвалидностью, членов их семей и волонтеров. Этот подход должен поддерживаться местными медицинскими работниками, с тем чтобы содействовать включению в основные услуги, когда это возможно, с учетом местных конкретных потребностей и ресурсов. Фактические данные о программах реабилитации на базе общин в основном подтверждают их приемлемость и благотворное воздействие. В настоящее время проводится оценка эффективности низкоинтенсивных родительских вмешательств для детей с нарушениями развития (например, «Подготовка родителей в области обращения с детьми» ВОЗ) в целях обеспечения разделения функций при предоставлении помощи в условиях нехватки ресурсов. Дети с нарушениями развития, такими как расстройство аутистического спектра, могут извлечь выгоду из более специфических вмешательств, ориентированных на родителей (эффективных даже при проведении неспециалистами в СНСД)<sup>204</sup>. В условиях высоких ресурсов, насколько позволяют ресурсы, психосоциальные вмешательства с надежными доказательствами их эффективности для конкретных условий включают когнитивно-поведенческую терапию и семейную психотерапию в отношении тревожных расстройств, расстройств поведения и СДВГ. Несмотря на то что стимулирующие препараты являются эффективными методами лечения детей с СДВГ, проблемы в получении диагностических оценок и риск неправильного использования стимуляторов в отсутствие адекватных нормативов ограничивает целесообразность их широкого использования вне высокоресурсных условий. Кроме того, мероприятия по подготовке детей могут уменьшить поведенческие проблемы у детей школьного возраста.

### *Подростковый возраст*

Старший детский и подростковый возраст представляют дополнительные возможности для улучшения последствий неблагоприятного положения в период раннего возраста, повышения психологической устойчивости и уменьшения вредных последствий, возникающих в этот период<sup>205</sup>. Что касается профилактики, то неравенство (в том числе связанное с нищетой и гендерными факторами) определяет все аспекты здоровья и благополучия подростков, требуя решительных многосекторальных действий для изменения этих социальных детерминант и предоставления второго шанса наиболее обездоленным людям. Семья, родители, сверстники, школа и сообщество могут обеспечить решающий защитный внутренний круг. Универсальные мероприятия в области социально-эмоционального обучения (SEL) в общинах и школах способствуют улучшению социального и эмоционального функционирования детей, повышают успеваемость и снижают рискованное поведение, включая курение и подростковую беременность<sup>206</sup>. Мероприятия SEL могут осуществляться сверстниками, учителями и консультантами посредством интеграции SEL в молодежные или школьные программы. Последние требуют подготовки учителей, поддержки, надзора и внимания к школьной среде, что свидетельствует о предпочтительности интеграции в комплексную модель общешкольного подхода. В самом деле, наиболее эффективные мероприятия используют общешкольный подход,

в котором SEL интегрирован в школьный этос и физическую и социальную среду, способствующую здоровью, с участием персонала, учащихся, родителей и местного сообщества. Такие вмешательства осуществляются путем поощрения самооэффективности и доверия, а также путем снижения таких факторов риска, как буллинг<sup>207</sup>. Экономический анализ свидетельствует об эффективности мероприятий в школах в рамках SEL, что приводит к экономии средств за счет улучшения показателей здоровья и сокращения расходов в системе уголовного правосудия<sup>208</sup>.

Эффективные профилактические программы по сокращению употребления наркотиков и алкоголя среди подростков, как правило, представляют собой комплексные подходы, которые включают в себя предоставление антинаркотической информации, обучение навыкам отказа, самоуправления и социальным навыкам. Суицидальность среди подростков представляет собой одну из основных проблем общественного здравоохранения, поскольку является второй по величине причиной смерти среди молодых людей во всем мире<sup>209</sup>. Наиболее перспективными стратегиями профилактики являются мультимодальные программы, включающие обучение учащихся навыкам на уровне общин и школ, скрининг молодежи на наличие групп риска, обучение врачей первичной медико-санитарной помощи, медиаобразование и ограничение использования летальных средств. Целенаправленные профилактические мероприятия ориентированы на молодых людей, которые имеют опыт, повышающий их уязвимость к психическим расстройствам, или у которых проявляются подпороговые симптомы. Мероприятия, способствующие преодолению трудностей и психологической устойчивости, включая обучение когнитивным навыкам, помогают предотвратить возникновение тревоги, депрессии и суицид.

Что касается лечения, ухода и реабилитации, то психические расстройства являются основными факторами бремени заболеваний у подростков, и для устранения барьеров, препятствующих доступу к помощи, необходимы подходы, адаптированные для молодых людей<sup>210</sup>. Комплексный подход должен предусматривать активное вовлечение молодых людей в разработку и предоставление услуг, а также предлагать выбор низкоинтенсивных и высокоинтенсивных мероприятий, в том числе управляемая самопомощь онлайн и очные вмешательства, осуществляемые в центрах первичной медико-санитарной помощи или автономных молодежных центрах (которые предлагают единый сервис для решения целого ряда социальных и медицинских проблем, включая психические расстройства). Психологические методы лечения, основанные на когнитивных и поведенческих элементах, эффективны при тревожных расстройствах и депрессии, и имеющиеся фактические данные подтверждают ограниченное применение антидепрессантов при депрессии. Скрининг в сочетании с краткосрочными вмешательствами, основанными на мотивационном интервьюировании, когнитивно-поведенческих элементах или поддержке семьи, имеют наиболее весомые доказательства в отношении лечения проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ<sup>211</sup>. Стратегии лечения могут включать замену употребления психоактивных веществ конструктивными и вознаграждающими видами деятельности, совершенствованием навыков решения проблем, содействием улучшению интерперсональных отношений (включая укрепление семейных отношений), поощрением молодых людей к принятию помощи и приверженности уходу, лечением других сопутствующих психических расстройств и борьбой с насилием и жестоким обращением с детьми. Для улучшения доступа, качества и непрерывности обслуживания в сфере охраны психического здоровья молодежи необходимо дальнейшее развитие и инвестиции в системы ухода. Примером может служить многодисциплинарная и расширенная программа

*Headspace* в Австралии, которая обеспечивает ступенчатый уход для молодежи в рамках подхода клинического стадирования. Появляется все больше информации о вмешательствах на продромальной стадии психоза, которые используют модель стадирования, и ведутся исследования по адаптации вмешательств для каждой конкретной стадии, что может привести к оказанию персонализированной помощи при психозе и других психических расстройствах.

### *Зрелость*

Несмотря на то что большинство психических расстройств имеют свое происхождение в раннем возрасте, они часто становятся заметными для служб здравоохранения в зрелом возрасте, с клиническими фенотипами, вызванными стрессовыми жизненными событиями, такими как межличностные конфликты, финансовые трудности и одиночество. В пожилом возрасте прогрессирующая потеря нейронов приводит к умеренным когнитивным нарушениям, а нейродегенеративные патологии могут привести к возникновению деменции.

Обзор<sup>212</sup> фактических данных показал, что тревоги и депрессии можно избежать и что методы предотвращения первого эпизода психоза представляются многообещающими. Несмотря на то, что выявленные размеры эффекта были незначительными, они могут иметь существенное воздействие на уровне населения. Мероприятия на уровне организаций могут способствовать укреплению психического здоровья на рабочем месте, включая последовательную политику в области психического здоровья на рабочем месте (например, в отношении буллинга и предоставления доступа к скринингу и когнитивно-поведенческой терапии для лечения депрессии и тревоги), а подготовка менеджеров по вопросам психического здоровья может сократить пропуски по болезни<sup>213</sup>. Фактические данные, полученные в условиях нехватки ресурсов, ограничены, хотя имеются многообещающие данные в отношении пакета мер SOLVE, разработанного Международной организацией труда, который уделяет первостепенное внимание интеграции мер по снижению стресса и осведомленности о злоупотреблении алкоголем и наркотиками в политику охраны и безопасности труда<sup>214</sup>. Меры по предотвращению злоупотребления алкоголем и наркотиками включают ограничение их доступности с помощью налогов и мер по контролю за ценами (например, регулирование рынка и установление минимальных цен вместе с мерами по предотвращению ценовых скидок); ограничение продаж, рекламы и продвижения; осуществление национальной политики, которая уменьшает допустимое содержание алкоголя в крови для водителей; и обеспечение ограничения минимального возраста употребления алкоголя<sup>215</sup>.

Ограниченные фактические данные о воздействии мер, направленных на социальные детерминанты психических расстройств, свидетельствуют о том, что меры по сокращению масштабов нищеты, особенно в странах с низким уровнем дохода, включая обусловленные и необусловленные денежные переводы, микрокредитование (предоставление небольших сумм денег под низкие процентные ставки новым предприятиям или для погашения острых долгов) и программы поощрения активов оказывают позитивное воздействие на психическое здоровье. Примерами служат кенийская программа необусловленных денежных трансфертов для сельских домашних хозяйств, которая привела к сокращению насилия в семье, улучшению психологического благополучия взрослых и снижению уровня кортизола в слюне<sup>216</sup>; угандийская программа поощрения активов, которая привела к повышению самооценки подростков, осиротевших в результате СПИДа<sup>217</sup>; необусловленные денежные переводы для вовлеченных в

преступную деятельность молодых людей в Либерии, которые привели к сокращению насильственного поведения и преступности; и необусловленные денежные переводы среди городской молодежи в Кении, которые привели к снижению вероятности возникновения депрессии у молодых людей<sup>218</sup>. Такие меры по борьбе с финансовой нищетой могут улучшить питание, положительно повлиять на использование медицинских услуг, воспитание детей, доходы и продовольственную безопасность, а также могут обеспечить возможности для дальнейшего образования и служить буфером против негативных жизненных событий<sup>219</sup>. Однако не все меры по борьбе с финансовой нищетой принесли положительные результаты; в одном исследовании<sup>220</sup> сообщалось, что краткосрочные займы в Южной Африке увеличили уровень воспринимаемого стресса у участников исследования. Кроме того, была выражена обеспокоенность в связи с обусловленным характером некоторых программ перевода наличных средств— например, негативными последствиями для займов и некоторых форм микрокредитования<sup>221</sup>.

Было показано, что широкий спектр вмешательств является эффективным для лечения психических расстройств или расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у взрослых. Эффективные вмешательства варьируются от краткосрочных психосоциальных терапий для лечения общих психических расстройств до антипсихотических препаратов для лечения психозов, стабилизаторов настроения для лечения биполярного расстройства и антидепрессантов для лечения депрессии. Скрининг и краткосрочные вмешательства с компонентами обратной связи и мотивационной терапии, медицинская детоксикация и использование лекарственных средств для предотвращения рецидивов образуют спектр вмешательств для расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ<sup>222</sup>. Организации взаимопомощи и самопомощи могут способствовать восстановлению после расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Опиоидная заместительная терапия рекомендуется для снижения вреда при опиоидной зависимости, включая проблемы с физическим здоровьем и передозировку.

Возникновение хронических заболеваний, главным образом неинфекционных расстройств, но также ВИЧ/СПИДа, как ведущих причин бремени болезней во всем мире, предоставляет уникальную возможность для интеграции услуг по охране психического здоровья в эти платформы (например, в такие учреждения, как школы, медицинские учреждения или рабочие места, где могут быть проведены мероприятия по укреплению здоровья)<sup>223, 224</sup>. Системы здравоохранения, традиционно ориентированные на оказание неотложной медицинской помощи, нуждаются в реорганизации для оказания помощи людям с хроническими заболеваниями. В основе подхода к помощи при хронических заболеваниях лежат следующие факторы: признание того, что многие психические расстройства являются хроническими; психические и физические заболевания часто возникают одновременно, имея общие предпосылки и последствия; лечение сопутствующих психических расстройств может улучшить результаты лечения физических заболеваний; и факторами риска преждевременной смертности у людей с тяжелыми психическими расстройствами в основном являются сердечно-сосудистые, метаболические и легочные заболевания, и поэтому комплексная помощь может снизить предотвратимую преждевременную смертность у людей с психическими расстройствами<sup>225</sup>.

Конкретной моделью оказания помощи и управления множественными заболеваниями, в которой услуги по охране психического здоровья интегрированы в платформы первичной медико-санитарной помощи, является коллаборативная модель ухода, т.е. модель, основанная на

сотрудничестве<sup>226</sup>. Инновации в области разделения функций при оказании помощи могут быть внедрены в повседневную медицинскую помощь главным образом на основе коллаборативной модели ухода, в рамках которой общинный медицинский работник выполняет роль куратора, координирующего оказание медицинской помощи с поставщиком первичной медицинской помощи и специалистами<sup>227</sup>. Вместо применения вертикального подхода, ориентированного на конкретные заболевания, комплексная медицинская помощь использует персонифицированный подход, обеспечивающий непрерывность оказания услуг после первоначальной диагностики в течение необходимого периода времени. Активными компонентами моделей комплексного и коллаборативного ухода являются скрининг для выявления случаев заболевания; содействие самопомощи; обеспечение психосоциальных вмешательств и контроль за соблюдением лечения; поддержка приглашенных специалистов в области психического здоровья; активный мониторинг пациентов и последующее наблюдение, включая (для людей с тяжелыми психическими расстройствами) реабилитацию, направление в общинные службы и укрепление здоровья<sup>228</sup>. Примерами, демонстрирующими целесообразность планирования и предоставления медицинской помощи на системном уровне (включая комплексную первичную медицинскую помощь, участие районных и национальных заинтересованных сторон, наращивание потенциала, поддержку политики, а также подготовку клинического персонала), являются Программа улучшения психического здоровья<sup>229</sup> и новая Программа развития систем психического здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода<sup>230</sup> в ряде стран Африки к югу от Сахары и Азии.

Один из вариантов комплексной помощи людям с серьезными психическими расстройствами предполагает предоставление медицинских услуг в психиатрической больнице; эта модель ухода используется в Руанде, где услуги по ВИЧ были интегрированы в психиатрическую помощь в третичных больницах, что позволяет пациентам проходить тестирование и лечение в больнице, а также получать психиатрическую помощь и связанный с ВИЧ уход во время амбулаторных посещений. Мероприятия по поддержке трудоустройства и занятости, развивающие навыки по получению средств к существованию и социальную поддержку, а также программы индивидуальной поддержки трудоустройства и занятости являются важными компонентами комплексного достижения цели по социальной интеграции людей с серьезными психическими расстройствами.

### *Пожилой возраст*

Здоровая и активная старость является реалистичной целью, уже достигнутой многими, даже при наличии таких неблагоприятных факторов, как ухудшение здоровья, увеличение функциональных ограничений, тяжесть утраты партнеров и друзей и социальная изоляция. С точки зрения укрепления здоровья, психическое здоровье и благополучие пожилых людей не могут быть отделены от общего состояния здоровья, функционирования и социального благосостояния. Укрепление здоровья на протяжении всей жизни, профилактика хронических заболеваний, оптимизация функционирования и расширение возможностей участия, а также повышение качества и доступности общего медицинского обслуживания имеют большое значение для улучшения психического здоровья пожилых людей. Меры, необходимые для достижения прогресса в этом направлении, включены в Глобальную стратегию и план действий ВОЗ по проблемам старения и здоровья (2016-20)<sup>231</sup> и включают приведение систем здравоохранения в соответствие с потребностями и правами пожилых людей, создание благоприятной для пожилых



людей среды и укрепление долгосрочного ухода. В каждой из этих областей важное значение имеет необходимость расширения прав и возможностей пожилых людей, уважения и поощрения автономии, а также стремление к эффективной и всеобъемлющей социальной защите от экономических рисков и рисков для здоровья.

Хронические заболевания и связанная с ними инвалидность, распространенность которых увеличивается с возрастом, на сегодняшний день являются наиболее важными факторами риска возникновения депрессии в пожилом возрасте. Такая мультиморбидность среди пожилых людей является одним из основных факторов, определяющих расходы на здравоохранение и социальную помощь, и представляет собой серьезную проблему для разработки и предоставления медицинских услуг, удовлетворяющих потребности пожилых людей<sup>232</sup>.

Мероприятия по профилактике хронических заболеваний, которые способствуют прекращению курения и снижению артериальной гипертензии, должны иметь вторичные преимущества в снижении частоты депрессии. Уровень смертности от самоубийств выше у пожилых людей, чем в других возрастных группах, и попытки самоубийства имеют высокую летальность; подавленное настроение вместе с физическими заболеваниями, болью и социальной разобщенностью являются основными сопутствующими факторами<sup>233</sup>. Усилия по профилактике самоубийств требуют более эффективного выявления и лечения депрессии (повышение осведомленности, соответствующая подготовка медицинских работников и указанный скрининг) и систематической оценки и управления всеми попытками самоубийства; кроме того, перспективной стратегией являются телефонные контакты с уязвимыми пожилыми людьми. Наличие функциональных нарушений используется для выявления пожилых людей с субсиндромальной депрессией, которая может прогрессировать до клинических эпизодов, и проведение низкоуровневых, поэтапных вмешательств по уходу представляется экономически эффективным в этих обстоятельствах.

Распространенность деменции удваивается с каждым 5-летним увеличением возраста и является доминирующим фактором бремени психических расстройств у пожилых людей. Пробелы в диагностике деменции достигают 50% во многих странах с высоким уровнем дохода и могут превышать 90% в странах с низким уровнем дохода. Обзоры модифицируемых факторов риска развития деменции подтверждают причинно-следственную роль низкого образования, гипертонии, курения, физической инертности и диабета на протяжении жизни. Активизация профилактических усилий по сокращению воздействия этих факторов риска может принести важные и широко распространенные преимущества для здоровья пожилых людей в стареющих группах населения. До трети случаев деменции можно было бы предотвратить<sup>234</sup>, с предварительными доказательствами снижения заболеваемости, собранными в некоторых странах с высоким уровнем дохода<sup>235</sup>.

Большинство мероприятий по лечению психических расстройств у взрослых применимо и к пожилым людям, хотя дозы лекарств, возможно, потребуется уменьшить и риск побочных эффектов и лекарственных взаимодействий может ограничить возможности в некоторых случаях. Низкоинтенсивные психологические вмешательства с эффективностью по всему спектру тяжести должны быть приоритетными в качестве первой фазы поэтапного лечения депрессии<sup>236</sup>. Поведенческая активация, направленная на возобновление участия в приносящей удовольствие деятельности и расширение социального участия, является перспективным терапевтическим вариантом и может иметь трансдиагностическое применение; поведенческая активация полезна

для пациентов с депрессией, а также с деменцией и имеет общие элементы с когнитивной стимулирующей терапией<sup>237</sup>.

Прогрессирующее течение деменции не может быть изменено с помощью терапевтического вмешательства, но симптоматическое лечение и поддержка приносят пользу. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы и когнитивная стимуляция могут улучшить аспекты когнитивной функции. Просвещение, обучение и поддержка снижают нагрузку на лиц, осуществляющих уход, и психологическое бремя, а в условиях высоких ресурсов замедляют или позволяют избежать перехода в дома престарелых. Такие вмешательства являются более эффективными на ранних стадиях заболевания, и более ранняя диагностика позволяет пациентам участвовать в планировании медицинской помощи, пока у них еще сохраняется способность это делать. Помимо конкретных мероприятий, основанных на фактических данных, ключевые принципы лечения деменции аналогичны принципам лечения хронических заболеваний, описанным ранее, включают необходимость продолжения лечения от диагноза до смерти, имеют целостный и персонифицированный характер, и должны быть интегрированы в медицинскую помощь, начиная от первичной и кончая специализированной помощью (а также в сектора здравоохранения и социальной помощи)<sup>238</sup>. Новые фактические данные подтверждают эффективность социально-психологического сопровождения людей с деменцией и лиц, осуществляющих за ними уход; Программа ВОЗ *ISUPPORT* является примером программы онлайн-подготовки лиц, осуществляющих уход за людьми, живущими с деменцией<sup>239</sup>.

Правительства и системы здравоохранения во всем мире сталкиваются с фундаментальной проблемой — как увеличить очень низкий охват диагностическими, лечебными и непрерывными услугами по уходу, сохраняя или улучшая качество и сдерживая рост расходов на фоне растущего числа пожилых людей, страдающих психическими расстройствами. В условиях высоких ресурсов основное внимание следует уделять повышению эффективности предоставления услуг путем интеграции, координации и разделения функций при оказании помощи. В большинстве стран с низким уровнем ресурсов специализированная многопрофильная помощь пожилым людям развивается медленно, а первичная и общинная помощь плохо приспособлены для предоставления соответствующих возрасту услуг, включая поддержку лиц, осуществляющих уход. В этом контексте ВОЗ выпустила Руководство по комплексному уходу за пожилыми людьми, основанное на фактических данных, для оценки и лечения общих и, как правило, мультиморбидных нарушений, включая расстройства, связанные с когнитивными способностями, настроением, питанием, подвижностью, зрением и слухом, а также недержанием. Эти руководящие принципы предназначены для неспециалистов-медработников для домашнего ухода за пожилыми людьми, чтобы предотвратить, обратить вспять или замедлить снижение внутреннего потенциала.

### **Вмешательства для уязвимых групп**

Одним из основных направлений деятельности этой комиссии является устранение неравенства в области здравоохранения и защита прав человека. Среди людей с психическими расстройствами определенные группы уязвимых людей нуждаются в наибольшем внимании, включая людей в чрезвычайных гуманитарных ситуациях, в учреждениях, а также бездомных людей с психическими расстройствами.

*Люди в чрезвычайных гуманитарных ситуациях*

В 2005 году после цунами в Азии была создана Целевая группа МПК по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях для разработки межсекторальных нормативных руководящих принципов и обеспечения постоянной координации действий в случае возникновения чрезвычайных ситуаций в будущем. В этих руководящих принципах признается необходимость обеспечения защиты и соблюдения стандартов в области прав человека, а также выявления, мониторинга, предотвращения и реагирования на угрозы посредством социальной и правовой защиты<sup>240</sup>. Приведенные в руководстве многочисленные планы действий рассматривают широкий спектр решений для обеспечения социальной поддержки по основным гуманитарным направлениям, а именно: управление в условиях чрезвычайной ситуации, права человека, защита, охрана здоровья, образование, водоснабжение и санобеспечение, продовольственная безопасность и питание, временное жилье, управление лагерем, развитие общины и средства массовой информации, и закрепляют минимальные стандарты в руководящих принципах проекта *Sphere Project*, которые включают в себя стандарты оказания помощи в сфере охраны психического здоровья<sup>241</sup>. В руководящих принципах используется многоуровневый подход к уходу: содействие благосостоянию населения в целом с помощью основных мер безопасности и услуг, а также поддержка на уровне общины и семьи; неспециализированная помощь для людей, нуждающихся в целенаправленном индивидуальном, семейном или групповом вмешательстве с целью восстановления после пережитого ими бедствия; и специализированные услуги, предоставляемые специалистами лицам, находящимся в тяжелом положении.

Существует значительный объем фактических данных об эффективных клинических вмешательствах для людей с психическими расстройствами в чрезвычайных гуманитарных ситуациях. Руководящие принципы включают в себя укрепление существующей психологической устойчивости общин, предотвращение медиализации дистресса, проактивное выявление случаев заболевания с направлением на соответствующие вмешательства, интеграцию в экстренную медицинскую и социальную помощь и активное содействие использованию услуг<sup>242</sup>. Ряд психосоциальных вмешательств, таких как травмо-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия<sup>243</sup>, нарративная экспозиционная терапия и трансдиагностическая психологическая терапия<sup>244</sup> (в том числе специально предназначенные для детей), имеют определенную эмпирическую поддержку. Благодаря этим мероприятиям в настоящее время психическое здоровье и психосоциальная поддержка более тесно увязаны с гуманитарным контекстом и другими глобальными инициативами в области психического здоровья, чем ранее. Важно отметить, что люди, уже живущие с психическими расстройствами, могут подвергаться особенно высокому риску во время экологических или гуманитарных катастроф, и могут потребоваться специальные усилия для защиты их от вреда и оказания терапевтической и другой поддержки во время кризиса. Активная роль членов местных общин и местных органов власти на каждом этапе организации психиатрической помощи в этих условиях имеет важное значение для успешной, скоординированной деятельности и укрепления местного потенциала и устойчивости. Скоординированные ответные меры должны обеспечить создание основы для устойчивой системы охраны психического здоровья.

#### *Люди, живущие в учреждениях*

Фактические данные, полученные в результате деинституционализации в странах с высоким уровнем дохода, являются однозначными — при умелом и профессиональном осуществлении

программ закрытия больниц, которые не используются для сокращения общего бюджета на охрану психического здоровья, улучшается общее качество жизни, удовлетворенность и удовлетворяемые потребности людей с долгосрочными психическими расстройствами, уход за которыми перемещается из больниц в местное сообщество<sup>245</sup>. В глобальном масштабе общинные модели ухода по своей сути не являются более дорогостоящими, чем институциональный уход, в случае если принимаются во внимание потребности людей и качество ухода<sup>246</sup>. Однако программы закрытия больниц оказались медленными, а культура институционализированного ухода упорно сопротивляется изменениям. Это наблюдение справедливо для большинства регионов мира, но является особенно серьезной проблемой в относительно богатых странах с наследием крупномасштабной институционализации, таких как страны Восточной Европы<sup>247</sup>. Атлас ВОЗ по психическому здоровью показывает незначительные изменения с 2002 года в структуре услуг в странах с низким доходом, однако в некоторых странах со средним уровнем дохода наблюдается умеренный сдвиг в сторону развития внебольничного (общинного) ухода.

Серьезную озабоченность вызывает то, что в некоторых странах по мере сокращения числа пациентов психиатрических больниц их роль берут на себя тюрьмы. Число людей с серьезными психическими расстройствами в тюрьмах США в 2014 году составило почти 400 000 человек, что почти в десять раз превышает число оставшихся в государственных больницах страны<sup>248</sup>. Условия содержания в тюрьме могут усугублять психическое расстройство<sup>249</sup>, а освобождение из тюрьмы часто приводит к прекращению лечения и ухода<sup>250</sup>. Когда возможности интенсивного лечения для людей в психиатрических кризисах невелики, тюрьмы не являются надлежащей заменой<sup>251</sup>. Этот вывод усиливает необходимость предоставления услуг в общине для оказания помощи людям с долгосрочными и многомерными потребностями<sup>252</sup> и для обеспечения соответствующих программ в сфере охраны психического здоровья и борьбе с употреблением психоактивных веществ в тюрьмах, которые включают целый ряд психологических, социальных и медикаментозных методов лечения. Призыв ЦУР к всеобщему охвату медицинским обслуживанием должен распространяться и на людей с психическими расстройствами в тюрьмах и в других учреждениях насильственного содержания.

Большие или малые учреждения могут работать с низкими стандартами ухода. Действительно, призыв к устранению пробелов в качестве медицинской помощи, возможно, так же важен, как и устранение пробелов в охране психического здоровья. Пропаганда улучшения институциональных стандартов и уважения прав человека является неотъемлемой частью качественного ухода. Такие инициативы, как Инициатива ВОЗ по улучшению качества обслуживания и уважению прав лиц с психическими расстройствами (*WHO QualityRights*), отражают принципы и целесообразность изменений к лучшему. В дополнение к научно обоснованным мерам по максимально возможному сокращению числа госпитализаций, улучшение условий жизни и ухода в учреждениях институционального ухода является важнейшей целью в рамках сбалансированного комплекса услуг<sup>253</sup>. Успешная реформа больниц требует устойчивого стратегического руководства, реалистичных временных рамок для поэтапного перехода к общинной системе оказания медицинской помощи (при которой текущие расходы могут кратковременно удвоиться при первоначальном создании общинных служб) и активной поддержки со стороны соответствующих правительственных и муниципальных органов, включая жилищные, социальные службы и страховые агентства<sup>254</sup>.

## Бездомные

Бездомность является как фактором риска, так и признанным следствием психических расстройств, и увеличивает риск суицида<sup>255</sup>. Распространенность психических расстройств заметно возросла среди бездомных детей и молодежи<sup>256</sup>. Устранение барьеров на пути медицинского обслуживания и социальных мероприятий в этой разнообразной группе людей может привести к долгосрочным достижениям в области здравоохранения. Обеспечение безопасного жилья<sup>257 258</sup> и целенаправленные меры по борьбе с употреблением психоактивных веществ, такие как мотивационное интервьюирование, являются эффективными в снижении проблем психического здоровья и проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ у бездомных людей. Предоставление поддержки в сообществе, например, бригадами ассертивного лечения в сообществе или осуществление критических вмешательств (*Critical Time Interventions*, ограниченных по времени научно обоснованных действий, мобилизующих поддержку наиболее уязвимых групп общества в переходные периоды) для лечения психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, приводит к улучшению качества жизни и сокращению числа госпитализаций. Примерами признанных мероприятий являются Chez Soi или At Home, инициатива Housing First в Канаде, реабилитационные центры в Западной Африке<sup>259</sup>, и программа Banyan Home Again в Индии.

### Путь дальнейшего развития

За последнее десятилетие в глобальной повестке дня в области охраны психического здоровья был достигнут значительный прогресс, однако во всех странах, особенно в условиях нехватки ресурсов, необходимо добиться гораздо большего путем преодоления описанных выше барьеров. Рамки устойчивого развития дают возможность переосмыслить психическое здоровье и сделать его неотъемлемым компонентом более широкой глобальной повестки дня в области развития. Несмотря на то что психическое здоровье непосредственно признается в ЦУР 3, все другие ЦУР концептуализированы так, что являются связанными друг с другом и неделимыми – прогресс по каждой ЦУР поддерживает прогресс по всем остальным ЦУР. Таким образом, задача снижения бремени психических расстройств подкрепляется прогрессом, достигнутым в достижении других целей и задач, и наоборот. Это двустороннее взаимодействие является важным концептуальным сдвигом, поскольку психическое здоровье всегда было изолировано от основных усилий в области здравоохранения и развития. Наша комиссия показывает, что такая интеграция срочно необходима, оправдана и готова к осуществлению. В предыдущих разделах Комиссия предоставила исторический обзор пути к этой вехе, предложила три принципа для переосмысления психического здоровья в соответствии с этим парадигматическим сдвигом и определила действия, необходимые для того, чтобы воплотить его в реальность. В данном заключительном разделе мы представляем будущее видение шагов по преобразованию психического здоровья во всем мире в эпоху ЦУР.

Комиссия настоятельно рекомендует использовать подход общественного здравоохранения к достижению цели укрепления психического здоровья и уменьшения глобального бремени психических расстройств в рамках устойчивого развития. Такой подход состоит из действий, направленных на защиту психического здоровья для всех, предотвращение психических расстройств среди людей с высоким риском, а также оказание помощи людям с опытом проблем

психического здоровья. Этот подход охватывает как политику, так и действия по созданию условий, снижающих риски и уязвимость, а также разработку и укрепление услуг по предоставлению своевременной и всеобъемлющей качественной помощи людям, которые в ней нуждаются. Этот подход основывается на принципах научных доказательств и поддержки равенства и прав человека. Мы не видим дихотомии между общественным здравоохранением и клиническими подходами; мы прямо включаем предоставление клинических вмешательств в качестве неотъемлемого и существенного компонента подхода общественного здравоохранения.

Комиссия полностью одобряет цели Плана действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-20 годы и выходит за их рамки, не в последнюю очередь в соответствии с ЦУР. Мы предоставляем научные доказательства для многих действий, рекомендованных планом ВОЗ, но, что еще важнее, определяем инновационные способы переосмысления психического здоровья и осуществления этих действий в самых разнообразных условиях. Комиссия добавляет к Плану действий способ его осуществления. Комиссия полностью признает разнообразие условий в разных странах, а также внутри самих стран и предлагает поэтапное выполнение ее рекомендаций, в зависимости от исходной точки в рамках конкретной ситуации и вероятного наличия людских и финансовых ресурсов.

## **Основные идеи и рекомендации**

### **1 Психическое здоровье должно быть переосмыслено в рамках повестки для в области устойчивого развития**

#### *1.1 Психическое здоровье является глобальным общественным благом*

Психическое здоровье часто рассматривается как проблема исключительно для людей с психическими расстройствами, определенными в соответствии с биомедицинской моделью. Несмотря на то что этот акцент по-прежнему имеет важное значение, психическое здоровье следует рассматривать как универсальный человеческий атрибут и неделимый компонент общего состояния здоровья – важный для всех людей во всех странах и во всех возрастах. Психическое здоровье является глобальным общественным благом. В своей простейшей концептуализации глобальные общественные блага – это те, которые должны быть доступны всем людям во всем мире, нынешнему и будущим поколениям. Ни одно лицо не должно быть исключено из пользования общественным благом (*неисключаемость*), и обладание общественным благом одним лицом не отрицает возможность пользования им другими людьми (*несоперничество*). Психическое здоровье является важнейшей составляющей концепции человеческого капитала, который считается ключевым фактором определения уровня благосостояния стран. *Дименсиональная концепция психического здоровья служит для формирования государственной политики, которая направлена на укрепление и охрану психического здоровья всех людей, независимо от наличия психического расстройства, в гораздо большей степени, чем ограничительная концепция разделения людей на тех, у кого нет психического расстройства, и тех, у кого оно есть. Однако эту точку зрения не следует толковать как отказ от категориальных диагнозов и систем классификации, таких как МКБ, которые остаются полезными и незаменимыми для клинической практики. Применение модели стадирования в оказании медицинской помощи по всему спектру тяжести психических расстройств может повысить эффективность и результативность услуг, преодолев некоторые ограничения бинарных категорий.*

### *1.2 Психическое здоровье – это уникальный результат взаимодействия средовых, биологических факторов и факторов развития на протяжении всей жизни*

Психическое здоровье определяется множеством факторов риска и защиты, взаимодействующих сложным и динамичным образом на протяжении всей жизни, так что психическое здоровье каждого человека является продуктом уникальной траектории. Психические расстройства, как известно, обусловлены социальными, биологическими и генетическими факторами в течение длительного времени, но наиболее важным научным достижением в последние годы является доказательство развития мозга и пластичности на протяжении всей жизни, особенно в первые два десятилетия, что обеспечивает конвергентную объяснительную основу для толкования того, как социальные детерминанты влияют на функционирование мозга и, в конечном счете, психическое здоровье, опосредованные биологическими и генетическими механизмами. Эта конвергентность имеет существенные последствия для укрепления психического здоровья в периоды, чувствительные к развитию, такие как раннее детство, подростковый возраст и старость.

### *1.2 Психическое здоровье является одним из основных прав человека*

Повестка дня в области устойчивого развития является правозащитной основой. Страны согласны с тем, что «пользование наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья» является правом каждого человека<sup>260</sup>; однако психическое здоровье не включено в базовый пакет медицинских услуг, предлагаемых людям в большинстве стран. Несмотря на то что правозащитный подход к психическому здоровью применим ко всем людям, с точки зрения равенства приоритет следует отдать уязвимым группам населения. К числу таких групп населения относятся люди, пострадавшие от конфликтов и стихийных бедствий, и люди, живущие в условиях крайней нищеты. Группы людей, подвергающихся дискриминации по признаку пола, возраста, расы, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, инвалидности или убеждений, часто являются уязвимыми и нуждаются в особой защите от рисков для их психического здоровья. Особое внимание необходимо уделить правам людей с психическими расстройствами, поскольку эти права очень часто нарушаются в сообществах и учреждениях, таких как психиатрические больницы и тюрьмы. Надежные гарантии существуют в рамках конвенций ООН, таких как КПИ<sup>261</sup>, но конкретные действия по обеспечению осуществления этих конвенций являются неадекватными. Необходимо в срочном порядке разработать основанные на консенсусе оперативные руководящие принципы и потенциал для осуществления КПИ с учетом реалий различных ресурсных условий и наилучших интересов бенефициаров.

## **2 Охрана психического здоровья является важным компонентом всеобщего охвата медико-санитарными услугами**

### *2.1 Призыв к действиям по расширению услуг для людей с психическими расстройствами по-прежнему весьма актуален*

Более 10 лет прошло с тех пор, как в 2007 году журнал *The Lancet* выступил с призывом к действиям по расширению услуг в области охраны психического здоровья, но доступ к этим услугам для большинства людей в мире остается весьма ограниченным и фрагментированным. Несмотря на то, что существуют эффективные вмешательства и доказана эффективность доступных методов их осуществления, в большинстве стран не произошло повышения качества

услуг в области охраны психического здоровья. Поэтому Комиссия считает призыв к действиям по расширению услуг в сфере охраны психического здоровья еще более неотложным. Услуги в сфере охраны психического здоровья должны быть включены в качестве важнейшего компонента всеобщего охвата медицинскими услугами, и должен быть обеспечен доступ к качественному медицинскому обслуживанию и защите от финансовых рисков. Включение психического здоровья во всеобщий охват услугами здравоохранения обеспечивает практическую реализацию концепции неделимости физического и психического здоровья. В связи с празднованием 40-летней годовщины Алма-Атинской декларации о здоровье для всех необходимо обеспечить полную интеграцию психического здоровья в первичную медицинскую помощь. Эта цель подразумевает включение психического здоровья в пакеты базовой помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и в рамках схем реимбурсации и страхования в качестве стандарта, а не в качестве варианта. Необходимо уделять должное внимание людям с тяжелыми психическими расстройствами, которым зачастую трудно получить доступ к медицинской помощи, в том числе в связи с состоянием физического здоровья. С учетом имеющихся фактических данных об эффективности стратегий по разделению функций с неспециалистами при оказании помощи, эта направленность должна лечь в основу системы охраны психического здоровья. Однако такие стратегии могут полностью реализовать свой потенциал только при активном участии специалистов в области охраны психического здоровья, включая психиатров. Такие механизмы оказания помощи требуют расширения роли специалистов в области охраны психического здоровья, включая задачи по обучению, супервизии и координации. Такой пересмотр функций также обеспечит оптимальное использование клинического опыта специалистов и последующую рационализацию их клинической нагрузки. Для расширения услуг следует использовать модель сбалансированного ухода; конкретные элементы такой модели для каждого уровня ресурсов представлены на рис. 8.

## *2.2 Предвосхищение и противодействие угрозам психическому здоровью*

Демографические изменения, в частности увеличение ожидаемой продолжительности жизни и увеличение числа молодых взрослых и пожилых людей, являются одним из ключевых переходных процессов; эти изменения повышают требования к охране психического здоровья и связанных с ним социальным услугам. Растущее социальное неравенство, стихийная урбанизация, изменение структуры семьи, экономическая неопределенность и неопределенность в сфере занятости в сочетании с широкомасштабной миграцией, вызванной войной и изменением климата, создают множество проблем для глобального психического здоровья. Жестокое обращение с детьми и гендерное насилие являются распространенными, устойчивыми и существенными причинами психических расстройств, еще более усугубляемых в условиях вышеназванных новых угроз. Политические меры должны не только противодействовать факторам плохого психического здоровья (как описано в рекомендации 3.1), но одновременно инвестировать в потенциал системы охраны психического здоровья в связи с увеличением числа людей, нуждающихся в помощи.

## *2.3 Всеобъемлющие технологические решения*

Цифровые технологии могут привести к существенным изменениям в области охраны психического здоровья, включая подготовку и поддержку медицинских работников, мониторинг



практики оказания медицинской помощи, укрепление информационных систем и содействие самопомощи. Цифровые технологии могут использоваться для распространения информации о психических расстройствах в рамках кампаний по борьбе со стигмой и предоставления платформ для обмена опытом. Обеспечение качества и потенциальные риски для психического здоровья, связанные с цифровыми технологиями, являются ключевыми проблемами, поэтому срочно требуется дальнейшая работа над эффективными стратегиями решения этих проблем. Кроме того, цифровые вмешательства должны использоваться только в качестве дополнительного инструмента, а не замены традиционных подходов к охране психического здоровья, не в последнюю очередь для того, чтобы избежать усиления неравенства, поскольку наиболее уязвимые группы могут не иметь доступа к этим технологиям.

### **3 Охрана психического здоровья в рамках государственной политики и усилий в области развития**

#### *3.1 Действия в отношении социальных детерминант психического здоровья имеют решающее значение*

Укрепление психического здоровья и благополучия, а также профилактика и лечение психических расстройств и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, требуют принятия мер в рамках других ЦУР и могут также способствовать их достижению. Хотя подробное обсуждение этих мер выходит за рамки данной статьи, в таблице 1 кратко излагаются некоторые меры по соответствующим ЦУР.

#### *3.2 Действия должны быть нацелены на чувствительные периоды развития на ранних этапах жизненного пути*

Необходимо принять соответствующие меры в связи с тем, что имеются фактические данные о значительном влиянии социальных детерминант на психическое здоровье в детском и подростковом возрасте и об эффективности мероприятий по профилактике психических расстройств на этих этапах жизненного пути. Раннее выявление рисков и уязвимости к психическим расстройствам и осуществление основанных на фактических данных вмешательств, таких как программы обучения жизненным навыкам, программы для родителей, школьные программы и защита от безнадзорности и насилия, должны применяться во всех группах населения.

**Таблица 1: Действия по охране психического здоровья и благополучия в рамках соответствующих ЦУР**

<b>Действия по охране психического здоровья</b>	
ЦУР 1: Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах	<ul style="list-style-type: none"> <li>• направление мер по борьбе с бедностью на людей с психическими расстройствами</li> <li>• предоставление социальных выплат (безусловный основной доход) для людей, живущих в условиях крайней нищеты</li> <li>• обеспечение финансовой защиты людей и семей с психическими расстройствами</li> </ul>
ЦУР 2: Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечение адекватного питания для всех детей и беременных женщин для оптимального развития мозга</li> <li>• снижение распространенности депрессии и тревоги посредством улучшения продовольственной безопасности</li> </ul>

и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства	
ЦУР 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте	<ul style="list-style-type: none"> <li>• интеграция мер по укреплению психического здоровья, профилактике и уходу на протяжении всей жизни в контексте национальных усилий по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения</li> <li>• перенос психиатрической помощи из учреждений на общинные платформы</li> <li>• разработка и осуществление стратегии профилактики самоубийств</li> <li>• сокращение вредного употребления алкоголя и психоактивных веществ</li> <li>• выявление и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ</li> </ul>
ЦУР 4: Обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможности обучения на протяжении всей жизни для всех	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечение раннего стимулирования детей и программ подготовки к школе</li> <li>• интеграция жизненных навыков в школьные программы</li> <li>• выявление и оказание помощи в обучении детей с отклонениями в развитии на раннем этапе</li> <li>• адаптация образования к способностям и интересам детей</li> <li>• обеспечение непрерывного обучения людей с психическими расстройствами для содействия восстановлению</li> <li>• обеспечение когнитивной стимуляции и обучения пожилых людей для профилактики и оказания помощи при деменции</li> </ul>
ЦУР 5: Обеспечение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек	<ul style="list-style-type: none"> <li>• предотвращение насилия в отношении женщин и детей</li> <li>• обеспечение того, чтобы услуги в области психического здоровья учитывали гендерные аспекты и были конкретно направлены на решение проблем психического здоровья женщин, таких как депрессия матерей и последствия насилия</li> <li>• расширение поддержки лиц, осуществляющих уход, которыми чаще всего являются женщины</li> </ul>
ЦУР 8: Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех	<ul style="list-style-type: none"> <li>• осуществление программ охраны психического здоровья на рабочем месте</li> <li>• обеспечение социальных вмешательств и поддержки в сфере занятости для людей с психическими расстройствами и их семей</li> <li>• оказание помощи работникам, затронутым меняющимися потребностями отраслей, например в связи с растущей ролью технологии</li> </ul>
ЦУР 10: Сокращение неравенства внутри стран и между ними	<ul style="list-style-type: none"> <li>• предоставление социальных выплат (безусловный основной доход) для лиц, живущих в условиях крайней нищеты</li> <li>• снижение стигматизации и дискриминации в отношении людей и семей с психическими расстройствами</li> <li>• содействие и расширение возможностей для социальной интеграции для людей с психическими расстройствами</li> </ul>
ЦУР 11: Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и экологической устойчивости городов и населенных пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• создание благоприятных условий для минимизации социальных детерминант плохого психического здоровья</li> <li>• обеспечение безопасного использования химических веществ, включая пестициды, для предотвращения нейротоксичности, самоповреждения и самоубийств</li> </ul>
ЦУР 13: Принятие срочных мер по борьбе с изменением климата и его последствиями	<ul style="list-style-type: none"> <li>• интеграция психосоциальной поддержки во всю гуманитарную помощь, связанную со стихийными бедствиями и другими последствиями изменения климата</li> <li>• добавление голоса сообщества по вопросам психического здоровья, с тем чтобы подчеркнуть важность действий в области изменения климата, в силу их воздействия на психическое здоровье</li> </ul>
ЦУР 16: Содействие построению миролюбивого и открытого общества в интересах устойчивого развития, обеспечение доступа к правосудию для всех и создание эффективных, подотчетных и основанных на широком участии учреждений на всех уровнях	<ul style="list-style-type: none"> <li>• разработка и внедрение прогрессивных законов, касающихся психического здоровья и прав человека</li> <li>• предотвращение заключения лиц с психическими расстройствами в учреждения (тюрьмы, интернаты)</li> <li>• осуществление программ в области психического здоровья в тюрьмах</li> </ul>

ЦУР 17: Укрепление средств осуществления и активизация работы в рамках Глобального партнерства в интересах устойчивого развития	<ul style="list-style-type: none"> <li>• демонстрация воздействия мер по охране психического здоровья на другие секторы, связанные с целями в области устойчивого развития</li> <li>• развитие и поддержание партнерства в целях преобразования сферы охраны психического здоровья в глобальном масштабе</li> </ul>
---	---

#### 4 Повышение осведомленности общественности и вовлеченности людей с психическими расстройствами

Следует расширить участие гражданского общества в вопросах охраны психического здоровья, в частности людей, имеющих опыт психических расстройств. Это участие, вероятно, будет способствовать повышению уровня самопомощи и спроса на необходимые услуги. Социальные контакты между людьми, имеющими и не имеющими опыта психических расстройств, являются центральным активным ингредиентом для уменьшения стигмы и дискриминации и используется во многих международных и национальных кампаниях<sup>262</sup>. Следует поощрять большее число людей с опытом психических расстройств к тому, чтобы они были лидерами и равноправными участниками в решении проблем, препятствующих доступу к услугам в сфере охраны психического здоровья, социальной интеграции и полноценному осуществлению гражданских прав.

**Таблица 2: приоритеты исследований в области глобального психического здоровья и устойчивого развития**

Примеры приоритетных исследований в области охраны психического здоровья в рамках Целей устойчивого развития*	
Цель А: выявление основных причин, факторов риска и защиты	<ul style="list-style-type: none"> <li>• понимание того, как генетические, социальные факторы риска и защиты, а также факторы, связанные с неврологическим развитием, взаимодействуют на протяжении всей жизни, оказывая влияние на психическое здоровье и психические расстройства</li> <li>• понимание влияния гендера на психическое здоровье и психические расстройства на протяжении всей жизни</li> <li>• выявление биомаркеров психического здоровья и психических расстройств</li> </ul>
Цель В: заблаговременная профилактика и осуществление ранних вмешательств	<ul style="list-style-type: none"> <li>• понимание ранних стадий развития психических расстройств</li> <li>• разработка новых мероприятий по профилактике и ранним вмешательствам, нацеленным на ключевые детерминанты на протяжении всей жизни</li> <li>• определение чувствительных и специфичных инструментов для раннего выявления и улучшения диагностики</li> </ul>
Цель С: улучшение лечения и расширение доступа к медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• определение более эффективных фармакологических, психосоциальных и социальных лечебных мероприятий, в том числе трансдиагностических</li> <li>• разработка усовершенствованных алгоритмов принятия решений для диагностики и персонализированного ухода (прецизионная медицина)</li> <li>• разработка, оценка и сравнение механизмов оказания помощи, обеспечение справедливости и качества</li> <li>• разработка и тестирование подходов для поддержки принятия решений в области психического здоровья для людей с тяжелыми психическими расстройствами</li> </ul>
Цель D: повышение осведомленности о глобальном бремени	<ul style="list-style-type: none"> <li>• разработка, оценка и распространение эффективных методов информирования о бремени психических расстройств</li> <li>• разработка, оценка и распространение эффективных методов повышения спроса на услуги в сфере охраны психического здоровья</li> </ul>

Цель E: создание кадрового потенциала	<ul style="list-style-type: none"> <li>определение навыков, необходимых неспециалистам для оказания помощи, а также осуществимых и масштабируемых способов их обучения, поддержки и контроля</li> <li>разработка и оценка инноваций для обеспечения объединения и интеграции услуг, предоставляемых человеком и цифровыми методами</li> </ul>
Цель F: трансформация системы здравоохранения и ответных мер политики	<ul style="list-style-type: none"> <li>Определение наиболее осуществимых и эффективных путей интеграции психического здоровья в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения в различные системы здравоохранения</li> <li>внедрение комплексной системы мониторинга для оценки детерминант психического здоровья, а также вводимых ресурсов и результатов услуг в сфере охраны психического здоровья</li> <li>оценка осуществимости и воздействия инновационных механизмов финансирования сферы охраны психического здоровья (например, схемы социальных облигаций и страхования)</li> </ul>
*Перечень примеров является скорее иллюстративным, нежели исчерпывающим.	

## 5 Инвестиции в сферу охраны психического здоровья должны быть увеличены

### 5.1 Национальное финансирование сферы охраны психического здоровья

Страны с разными уровнями доходов выделяют гораздо меньшую долю своего бюджета здравоохранения на сферу охраны психического здоровья, чем это оправдано на основе оценок пропорционального бремени и эффективности затрат. Бюджеты здравоохранения должны иметь увеличенное распределение средств на сферу охраны психического здоровья; несмотря на то что точный процент может быть определен после оценки потребностей наряду с другими приоритетами, в целом СНСД должны увеличить свои ассигнования на психическое здоровье по крайней мере до 5%, а страны с высоким уровнем дохода – по крайней мере до 10% от общего бюджета здравоохранения. Это увеличение должно быть дополнено выделением средств на другие приоритеты в области развития, которые также будут способствовать укреплению психического здоровья. Несмотря на то что дополнительные ресурсы имеют важное значение, существуют непосредственные возможности для более эффективного и действенного использования имеющихся ресурсов — например, путем перераспределения бюджетов на цели охраны психического здоровья из крупных больниц в районные больницы и местные службы на уровне общин, внедрения ранних мероприятий в связи с возникающими психическими расстройствами и перераспределения бюджетов на другие приоритетные цели в области здравоохранения в целях содействия интеграции сферы охраны психического здоровья в устоявшиеся платформы оказания помощи.

### 5.2 Международная помощь в целях развития должна уделять приоритетное внимание психическому здоровью

Психическое здоровье должно быть одним из приоритетов в рамках международной помощи в целях развития, которая в настоящее время вносит весьма незначительный вклад в поддержку сферы охраны психического здоровья в наименее обеспеченных ресурсами странах, несмотря на имеющиеся фактические данные о затратоэффективности мероприятий в области психического здоровья, которые выгодно отличаются от других мероприятий в области здравоохранения и развития. За последние два десятилетия появилось несколько крупных фондов, вкладывающих

значительные средства в здравоохранение и развитие, и мы призываем эти фонды согласовать их нынешние приоритеты со сферой охраны психического здоровья.

### *5.3 Срочно требуется партнерство для финансирования и инвестирования в психическое здоровье*

Мы призываем к партнерству для преобразования сферы охраны психического здоровья во всем мире посредством мобилизации, распределения и использования средств, а также обеспечения подотчетности и надзора, как описано ниже. Партнерство должно включать в себя участие учреждений ООН и банков развития, академических учреждений, обладающих опытом в области реализации программ и профилактики в отношении психического здоровья, частного сектора (например, технологической и фармацевтической промышленности), организаций гражданского общества, представляющих интересы людей, имеющих опыт психических расстройств, и лиц, формирующих политику из национальных и международных учреждений.

## **6 Инновации и внедрение новейших разработок должны основываться на исследованиях**

Инвестиции необходимы не только для расширения масштабов мероприятий в области охраны психического здоровья, но и для продолжения генерирования знаний. Важнейшей возможностью для науки о психическом здоровье является конвергенция знаний из различных дисциплин, что дает надежду на новое понимание природы психических расстройств и того, как они развиваются, разработку более эффективных психосоциальных и фармакологических вмешательств, а также понимание того, как осуществлять эти эффективные вмешательства в широком масштабе. Например, интеграция генетики, нейронаук и клинических дисциплин может привести к улучшению клинически значимых фенотипов, способности выявлять психические расстройства на ранних стадиях и возможности выявления новых средовых и биологических механизмов в качестве целей для вмешательства. Аналогичным образом, экспертные знания в области политических, экономических и социальных наук должны использоваться для ответа на важнейшие вопросы о том, как осуществлять широкомасштабные мероприятия. Усилия по расширению масштабов мероприятий в области охраны психического здоровья предоставляют важную возможность для внедрения научных исследований наряду с осуществлением программ. Эти темы исследований согласуются с «Крупными задачами в области глобального психического здоровья», закладывающими основу для внедрения новейших научных разработок и трансформирующими доказательную базу в этой области, а более широкие цели этой программы могут служить руководством для действий по достижению задач ЦУР в области охраны психического здоровья и благополучия (Таблица 2). Инвестиции в научные исследования должны быть увеличены и скоординированы финансирующими организациями, и такие события, как создание Международного альянса организаций, финансирующих исследования в области психического здоровья, свидетельствуют о том, что в этой области наблюдается прогресс. Ранний и непрерывный диалог между исследователями и специалистами по планированию политики особенно важен в СНСД для обеспечения того, чтобы проводимые исследования соответствовали потребностям стран и оказывали прямое и непосредственное воздействие на политику и практику.

**Таблица 3: Показатели охраны психического здоровья и устойчивого развития**

Предлагаемые показатели		Источники данных и доступность
<b>А: детерминанты психического здоровья</b>		
A1: демографические	Существуют ли правовые рамки для поощрения, обеспечения и мониторинга равенства и отсутствия дискриминации по признаку пола (ЦУР 5.1.1)	Всемирный банк и Организация экономического сотрудничества и развития; показатель в стадии развития
A2: экономические	<ul style="list-style-type: none"> <li>Доля населения ниже международной черты бедности (%), в разбивке по полу, возрасту, статусу занятости и географическому положению (городское или сельское; ЦУР 1.1.1)</li> <li>уровень безработицы в разбивке по полу, возрасту и доле лиц с инвалидностью (ЦУР 8.5.2)</li> <li>неравенство доходов (Коэффициент Джини)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Всемирный банк (134 страны)</li> <li>МОТ (169 стран)</li> <li>Всемирный банк (100 стран)</li> </ul>
A3: жилые	<ul style="list-style-type: none"> <li>доля городского населения, живущего в трущобах, неформальных поселениях или неадекватном жилье (ЦУР 11.1.1)</li> <li>доля населения, которое чувствует себя в безопасности, гуляя в одиночку по району своего проживания (ЦУР 16.1.4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ООН-Хабитат (по крайней мере, во всех странах с низким и средним уровнем дохода)</li> <li>УНП ООН (63 страны в период с 2000 по 2010 год)</li> </ul>
A4: средовые	<ul style="list-style-type: none"> <li>доля населения, подвергшегося физическому, психологическому или сексуальному насилию в течение предыдущих 12 месяцев (ЦУР 16.1.3)</li> <li>доля детей в возрасте 1-17 лет, которые испытали любое физическое наказание или психологическую агрессию со стороны лиц, осуществляющих уход, в прошлом месяце (ЦУР 16.2.1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>НП ООН (33 страны с 2010 года, только физическое и сексуальное насилие)</li> <li>ЮНИСЕФ (73 страны)</li> </ul>
A5: социальные и культурные	<ul style="list-style-type: none"> <li>доля детей и подростков: а) во 2-м/ 3-м классе, б) выпускников начальной школы и с) выпускников средней школы, достигших, по меньшей мере, минимального уровня i) грамотности и ii) навыков счета, в разбивке по полу (ЦУР 4.1.1)</li> </ul>	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (79 стран)
<b>В: системы и службы по охране психического здоровья</b>		
V1: управление	<ul style="list-style-type: none"> <li>наличие национальной политики или плана в области охраны психического здоровья, который соответствует международным и региональным документам по правам человека (Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2020 гг., 1.1)</li> </ul>	Атлас ВОЗ по психическому здоровью (158 стран в 2014 году)
V2: финансирование	государственные расходы на психическое здоровье (US\$)	Атлас ВОЗ по психическому здоровью (41 страна в 2014 году)
V3: кадровый потенциал	Сотрудники сферы охраны психического здоровья (число на 100000 населения)	Атлас ВОЗ по психическому здоровью (78 стран в 2014 году)
V4: доступность и предоставление услуг	<ul style="list-style-type: none"> <li>общее количество коек в сфере охраны психического здоровья (число на 100000 населения), дезагрегированных по типу стационарного учреждения, включая психиатрические больницы</li> <li>амбулаторные посещения учреждений по охране психического здоровья (доля на 100000 населения)</li> </ul>	Атлас ВОЗ по психическому здоровью (80 стран в 2014 году)
V5: доступ и охват услугами	доля лиц с тяжелыми психическими расстройствами, которые пользуются услугами (Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2020 гг., 2.1)	Атлас ВОЗ по психическому здоровью (73 страны в 2014 году)

В6: качество услуг	доля выписанных стационарных пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, наблюдаемых по месту жительства в течение 1 месяца	Атлас ВОЗ по психическому здоровью (43 страны в 2014 году)
<b>С: результаты в области охраны психического здоровья и защита от рисков</b>		
С1: результаты в области охраны здоровья, социальные и экономические последствия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• смертность от самоубийств (самоубийства на 100000 населения; ЦУР 3.4.2)</li> <li>• злоупотребление алкоголем (литры чистого спирта на душу населения; ЦУР 3.5.2)</li> <li>• доля детей в возрасте до пяти лет, которые развиваются без отклонений в плане здоровья, обучения и психосоциального благополучия, в разбивке по полу (%; ЦУР 4.2.1)</li> <li>• субъективное благополучие (оценка по шкале 0-10)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ВОЗ (171 страна)</li> <li>• Глобальная информационная система ВОЗ по алкоголю и здоровью (190 стран)</li> <li>• ЮНИСЕФ (58 стран с низким и средним уровнем дохода)</li> <li>• Всемирный доклад о счастье (153 страны в 2014 году)</li> </ul>
С2: защита от социальных и финансовых рисков	<ul style="list-style-type: none"> <li>• доля населения, охватываемого минимальным уровнем/системами социальной защиты, в разбивке по полу, с выделением детей, безработных, пожилых, инвалидов, (ЦУР 1.3.1)</li> <li>• доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств (%; ЦУР 3.8.2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• МОТ (183 страны)</li> <li>• ВОЗ и Всемирный Банк (120 стран к концу 2017 года); необходимы новые данные по психическому здоровью.</li> </ul>

#### Вставка 9: Психическое здоровье и благополучие: каковы основные предикторы?

На основе предложенного Комиссией набора показателей для мониторинга психического здоровья и устойчивого развития (Таблица 3) мы провели количественный анализ, чтобы определить, какие из этих переменных имеют наибольшую объяснительную ценность при прогнозировании выполнения задач в рамках ЦУР, заключающихся в укреплении психического здоровья и благополучия (по данным обследований субъективного благополучия). Для учета значительного объема недостающих данных по доменам и странам (в случайном порядке) данный анализ был сосредоточен на показателях, по которым имеются данные по меньшей мере по 75 странам. Ввиду отсутствия многих аспектов данных даже для этих показателей мы использовали алгоритм Монте-Карло цепи Маркова для вменения значений для отсутствующих переменных страны, после чего мы усреднили данные по нескольким итерациям, чтобы получить один набор данных. Учитывая ожидаемую мультиколлинеарность между предикторами (коэффициент инфляции дисперсии >5 для восьми из десяти предикторов), мы использовали анализ главных компонентов для извлечения пяти главных компонентов с собственными значениями больше 1 из следующих областей:

- детерминанты психического здоровья: уровень бедности, грамотности и компонент неравенства доходов (47-88% дисперсии); компонент неравенства занятости и доходов (26-10% дисперсии)

- компонент систем и услуг психического здоровья (56-97% дисперсии)
- цели системы охраны психического здоровья: компонент защиты от социальных и финансовых рисков (45-51% дисперсии) и компонент самоубийств и потребления алкоголя (27- 58% дисперсии)

Затем мы использовали метод оценивания коэффициентов линейной регрессионной модели с основными компонентами в качестве предикторов субъективного благополучия для повышения точности прогнозирования и интерпретируемости. Из пяти основных компонентов выявленных и профилированных показателей ключевыми факторами субъективного благополучия на национальном уровне являются компонент защиты от социальных и финансовых рисков целей системы охраны психического здоровья (стандартизированный коэффициент  $\beta=0.383$ ) и компонент детерминант психического здоровья – уровень бедности, грамотности и неравенство доходов ( $\beta=-0.362$ ; адекватность модели  $R^2=0.61$ ,  $R^2_{adj}=0.588$ ,  $R^2_{reg}=0.583$ ,  $F(3,185)=32.39$ ,  $p<0.001$ ). Эти результаты подтверждают центральную гипотезу и аргумент этой комиссии, а именно: социальные и средовые детерминанты играют решающую роль в формировании психического здоровья населения.

## **7 Укрепление мониторинга и подотчетности в области глобального психического здоровья**

### *7.1 Необходимость внедрения комплексного механизма мониторинга психического здоровья*

Несмотря на то что План действий ВОЗ в области психического здоровья содержит ряд показателей и задач, их недостаточно для мониторинга пересмотренной повестки дня в области психического здоровья, предложенной этой комиссией. Атлас ВОЗ по психическому здоровью представляет собой уникальный источник сопоставимой информации практически из всех стран, но не содержит достаточных данных по некоторым переменным и вопросам качества, поскольку информация собирается исключительно из государственных источников. Необходимо принять меры по улучшению охвата и качества данных в Атласе ВОЗ по психическому здоровью. Одним из конкретных показателей мониторинга психического здоровья в рамках ЦУР (уровень смертности от самоубийств) отслеживается весьма конкретный конечный негативный результат. Для всестороннего воздействия на глобальное психическое здоровье в рамках устойчивого развития необходимы надежные, долгосрочные и всеобъемлющие механизмы мониторинга и подотчетности. Комиссия предлагает набор показателей психического здоровья и устойчивого развития, которые охватывают не только ключевые аспекты самой системы охраны психического здоровья, но и учитывают влияние внешних факторов, таких как нищета, неравенство и доступ к образованию. Помимо основных показателей потенциала системы охраны психического здоровья, ее функционирования и результатов, мы определили другие показатели, относящиеся к областям социальных и средовых детерминант психического здоровья, по которым имеются широко доступные глобальные данные, собираемые для целей ЦУР или другой отчетности (Таблица 3).

Отчетность по этим данным может иметь несколько форм. Самой простой формой может быть компиляция имеющихся данных, объединенных в страновом профиле, подобно Атласу ВОЗ по психическому здоровью. Такие профили не содержат информации об общих показателях результативности по сравнению с другими странами или о различиях внутри страны. С этой целью специфические для каждой страны и субнациональные баллы по отдельным показателям могут быть сведены к общей шкале, а затем, если это желательно или оправдано, баллы могут быть разделены на категории относительных достижений или сведены в общий индекс, как это было сделано в отношении развития человеческого потенциала или самого устойчивого развития<sup>263, 264</sup>.<sup>265</sup> Такой синтез, однако, является сильно упрощенной абстракцией того, что как мы уже утверждали, является сложной системой влияний и их взаимодействий. Соответственно, Комиссия считает преждевременным составлять индекс эффективности системы охраны психического здоровья, и вместо этого представляет предварительный набор выбранных показателей, которые, по нашему мнению, имеют наибольшее влияние или прогностическую ценность для задач ЦУР в области охраны психического здоровья (Вставка 9).

### *7.2 Необходимость создания механизмов подотчетности в области охраны психического здоровья*

Увеличение объема инвестиций должно сопровождаться укреплением системы подотчетности. ВОЗ уже имеет механизм представления докладов своим руководящим органам о прогрессе в достижении согласованных целей и задач Плана действий ВОЗ в области психического здоровья<sup>266</sup>. Мониторинг и подотчетность в эпоху глобального психического здоровья и устойчивого развития нуждается в надзорном органе с широким межсекторальным



представительством и мандатом. На глобальном уровне эту роль могло бы сыграть межсекторальное партнерство по глобальному преобразованию психического здоровья (как предлагалось ранее). Функция подотчетности партнерства могла бы быть усилена сетью центров, управляемых секретариатом, обладающих необходимыми экспертными знаниями для оказания поддержки странам в сборе, анализе и представлении данных, а также выполняющих другие функции, включая установление приоритетов, распределение ресурсов, обеспечение качества, наращивание потенциала, оценку воздействия и постоянное отслеживание потребностей. Аналогичным образом, на национальном уровне подотчетность может быть усилена за счет создания автономного межсекторального надзорного органа, на который возложены аналогичные задачи, с уделением особого внимания сокращению различий в психическом здоровье внутри стран. Включение вопросов психического здоровья в сферу компетенции существующих механизмов подотчетности, таких как механизмы, созданные для охраны здоровья детей и матерей или для профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, будет дополнять этот подход. Кроме того, существующие конвенции Организации Объединенных Наций, в частности конвенции, касающиеся прав ребенка и прав инвалидов, обеспечивают мощную основу для привлечения ответственных органов к ответственности путем использования имеющихся механизмов отчетности об их осуществлении.

## **Заключение**

Когда мировые лидеры приняли ЦУР, они взяли на себя обязательство действовать в гораздо большем масштабе, чем когда-либо прежде в истории человечества. Частью этой международной повестки дня является укрепление психического здоровья, профилактика психических расстройств и включение охраны психического здоровья во всеобщий охват услугами здравоохранения. Несмотря на важность стремления «нет здоровья без психического здоровья»<sup>267</sup>, началась эра нового стремления - «нет устойчивого развития без психического здоровья». Психическое здоровье слишком долго оставалось в тени. Накопленные за последние два десятилетия знания и новые международные и национальные обязательства, принятые на самом высоком уровне за тот же период, могут изменить эту ситуацию. Исходя из этих знаний и возможностей, наша комиссия предлагает пересмотреть концепцию психического здоровья. Необходимы срочные меры по защите психического здоровья и профилактике психических расстройств, наряду с расширением масштабов услуг по выявлению, лечению и поддержке восстановления людей с психическими расстройствами. Эти меры ставят психическое здоровье в самый центр устойчивого развития во всех странах и сообществах, и для всех людей. Для реализации этого видения необходимы значительные и неотложные инвестиции на международном, национальном и общинном уровнях не только в секторе здравоохранения, но и в других секторах развития. Самое главное, необходимы согласованные и скоординированные усилия с участием всех сторон, заинтересованных в реализации задач ЦУР в области психического здоровья. В связи с этим мы призываем к партнерству в целях преобразования психического здоровья в глобальном масштабе с привлечением ключевых секторов, занимающихся вопросами психического здоровья, как на глобальном, так и на национальном и субнациональном уровнях, а также при полном участии людей, имеющих опыт психических расстройств. Мы, члены Комиссии Ланцет по вопросам глобального психического здоровья и устойчивого развития, считаем, что неотложные меры по полному осуществлению наших рекомендаций будут способствовать достижению задач в области здравоохранения и многих других задач в рамках ЦУР.

## Список использованной литературы

- <sup>1</sup> Beaglehole R, Bonita R. What is global health? *Global Health Action* 2010; 3: 10.3402.
- <sup>2</sup> Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA* 2010; 303: 1976–77.
- <sup>3</sup> Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007; 370: 1241–52.
- <sup>4</sup> WHO. Planning and budgeting to deliver services for mental health. WHO mental health policy and service guidance package. 2003. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/5\\_planning%20budgeting\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/5_planning%20budgeting_WEB_07.pdf) (accessed Aug 31, 2018).
- <sup>5</sup> Pathare S, Brazinova A, Levav I. Care gap: a comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; published online March 9. DOI:10.1017/S2045796018000100.
- <sup>6</sup> Kleinman A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 447–54.
- <sup>7</sup> Littlewood R. From categories to contexts: a decade of the ‘new crosscultural psychiatry’. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 308–27.
- <sup>8</sup> Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–36.
- <sup>9</sup> Kleinman A, Das V, Lock MM. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- <sup>10</sup> Volkow ND, Poznyak V, Saxena S, Gerra G, and the UNODC-WHO Informal International Scientific Network. Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World Psychiatry* 2017; 16: 213–14.
- <sup>11</sup> Ferrannini L, Ghio L, Gibertoni D, et al, and the Italian Mental Health Data Group. Thirty-five years of community psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 432–39.
- <sup>12</sup> Lambo TA. A form of social psychiatry in Africa (with special reference to General Features of Psychotherapy with Africans). *World Mental Health* 1961; 13: 190–203.
- <sup>13</sup> Patel V, Araya R, Chatterjee S, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370: 991–1005.
- <sup>14</sup> Rose D. Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls. *BJPsych Bull* 2003; 27: 404–06.
- <sup>15</sup> Davidson L, Lawless MS, Leary F. Concepts of recovery: competing or complementary? *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18: 664–67.
- <sup>16</sup> Lund C, Breen A, Flisher AJ, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med* 2010; 71: 517–28.
- <sup>17</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation. *GBD Research Tools*. 2018. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (accessed April 24, 2018).
- <sup>18</sup> Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 171–78.
- <sup>19</sup> Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015; 24: 121–40.
- <sup>20</sup> WHO. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organization, 2005.
- <sup>21</sup> Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370: 841–50.
- <sup>22</sup> Patel V, Kleinman A, Saraceno B. Protecting the human rights of people with mental disorders: a call to action for global mental health. In: Dudley M, Silove D, Gale F, eds. *Mental health and human rights*. Oxford: Oxford University Press, 2012: 362–75.
- <sup>23</sup> Gilbert BJ, Patel V, Farmer PE, Lu C. Assessing development assistance for mental health in developing countries: 2007–2013. *PLoS Med* 2015; 12: e1001834.
- <sup>24</sup> WHO. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43809> (accessed Aug 31, 2018).
- <sup>25</sup> WHO. *Mental Health Atlas 2014*. Geneva: World Health Organization Press, 2015.
- <sup>26</sup> WHO. *WHO QualityRights Tool Kit*. Geneva: World Health Organization, 2012.
- <sup>27</sup> WHO. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization Press, 2013.

- 
- <sup>28</sup> Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, eds. Mental, neurological, and substance use disorders. Disease Control Priorities, 3rd edition, vol 4. Washington, DC: World Bank, 2015.
- <sup>29</sup> Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst* 2008; 2: 12.
- <sup>30</sup> Patel V. Legislating the right to care for mental illness. *Econ Polit Wkly* 2013; 48–49.
- <sup>31</sup> Patel V, Xiao S, Chen H, et al. The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. *Lancet* 2016; 388: 3074–84.
- <sup>32</sup> Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther* 2009; 47: 910–20.
- <sup>33</sup> WHO. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: World Health Organization, 2013.
- <sup>34</sup> Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al, and the Scientific Advisory Board and the Executive Committee of the Grand Challenges on Global Mental Health. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011; 475: 27–30.
- <sup>35</sup> Huang Y, Liu Z, Wang H, et al. The China Mental Health Survey (CMHS): I. Background, aims and measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 1559–69.
- <sup>36</sup> Gururaj G, Varghese M, Benegal V, et al. National Mental Health Survey of India, 2015–16: prevalence, patterns, and outcomes. Bengaluru: National Institute of Mental Health and Neuro Sciences, NIMHANS publication no 129, 2016.
- <sup>37</sup> Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 119–24.
- <sup>38</sup> Lund C. Mental health and human rights in South Africa: the hidden humanitarian crisis. *S Afr J Hum Rights* 2016; 32: 403–05.
- <sup>39</sup> Charlson F, Dieleman J, Singh L, Whiteford H. Donor financing for global mental health, 1995–2015: an assessment of trends, channels, and alignment with the disease burden. *PLoS One* 2012; 12: e016938.
- <sup>40</sup> Lu C, Li Z, Patel V. Global child and adolescent mental health: the orphan of development assistance for health. *PLoS Med* 2018; 15: e1002524.
- <sup>41</sup> Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. September, 2011. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseaGlo\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseaGlo_2011.pdf) (accessed May 1, 2018).
- <sup>42</sup> Leucht S, Hierl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 97–106.
- <sup>43</sup> Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry* 2017; 16: 90–99.
- <sup>44</sup> Berry HL, Waite TD, Dear KBG, Capon AG, Murray V. The case for systems thinking about climate change and mental health. *Nat Clim Chang* 2018; 8: 282–90.
- <sup>45</sup> Patel V, Burns JK, Dhingra M, Tarver L, Kohrt BA, Lund C. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry* 2018; 17: 76–89.
- <sup>46</sup> Summerfield D. Afterword: against “global mental health”. *Transcult Psychiatry* 2012; 49: 519–30.
- <sup>47</sup> Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JMC, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 844–50.
- <sup>48</sup> WHO. Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. June 1, 2018. <http://www.who.int/ncds/management/time-to-deliver/en/> (accessed June 6, 2018).
- <sup>49</sup> Flabbi L, Gatti RV. A primer on human capital (English). Jan 19, 2018. <http://documents.worldbank.org/curated/en/514331516372468005/A-primer-on-human-capital> (accessed May 20, 2018).
- <sup>50</sup> Helliwell J, Layard R, Sachs J. World Happiness Report 2016. 2016. <http://worldhappiness.report/ed/2016/> (accessed March 15, 2018).
- <sup>51</sup> Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol* 2003; 54: 403–25.
- <sup>52</sup> Saxena S, Carlson D, Billington R, and the WHO Quality Of Life Group. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res* 2001; 10: 711–21.

- 
- <sup>53</sup> WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice. Geneva: World Health Organization, 2004. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf) (accessed Sept 1, 2018).
- <sup>54</sup> Wilkinson I. *Suffering: a sociological introduction*. Indianapolis, Indiana: Polity, 2005.
- <sup>55</sup> Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities. The Cape Town Declaration. *Disability and the Global South* 2014; 1: 385–86.
- <sup>56</sup> American Psychological Association. *The road to resilience*. 2014. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> (accessed April 15, 2018).
- <sup>57</sup> Keyes CL, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *Am J Public Health* 2010; 100: 2366–71.
- <sup>58</sup> Delude CM. Deep phenotyping: the details of disease. *Nature* 2015; 527: S14–15.
- <sup>59</sup> Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* 2015; 14: 231–33.
- <sup>60</sup> Helliwell J, Layard R, Sachs J. *World happiness report 2018*. 2018. <http://worldhappiness.report/ed/2018/> (accessed March 29, 2018).
- <sup>61</sup> Office for National Statistics. *Measuring national wellbeing— governance 2014*. Feb 20, 2014. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/measuringnationalwellbeing/qualityoflifeintheuk2018> (accessed Sept 5, 2018).
- <sup>62</sup> Sen A. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- <sup>63</sup> Wilkinson RG, Pickett K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane, 2009.
- <sup>64</sup> WHO. WHO Commission on social determinants of health. 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1) (accessed Jul 10, 2017).
- <sup>65</sup> Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, Narrow WE, Reed GM. Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health’s Research Domain Criteria (RDoC). *Psychol Sci Public Interest* 2017; 18: 72–145.
- <sup>66</sup> Kendler KS. DSM issues: incorporation of biological tests, avoidance of reification, and an approach to the “box canyon problem”. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 1248–50.
- <sup>67</sup> Gandal MJ, Haney JR, Parikshak NN, et al. Shared molecular neuropathology across major psychiatric disorders parallels polygenic overlap. *Science* 2018; 359: 693–97.
- <sup>68</sup> Kendler KS. What psychiatric genetics has taught us about the nature of psychiatric illness and what is left to learn. *Mol Psychiatry* 2013; 18: 1058–66.
- <sup>69</sup> St Pourcain B, Robinson EB, Anttila V, et al, and the iPSYCH-SSI-Broad Autism Group. ASD and schizophrenia show distinct developmental profiles in common genetic overlap with population-based social communication difficulties. *Mol Psychiatry* 2018; 23: 263–70.
- <sup>70</sup> Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014; 13: 28–35.
- <sup>71</sup> Felger JC, Lotrich FE. Inflammatory cytokines in depression: neurobiological mechanisms and therapeutic implications. *Neuroscience* 2013; 246: 199–229.
- <sup>72</sup> Bolton P, Tang AM. An alternative approach to cross-cultural function assessment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 537–43.
- <sup>73</sup> McGorry P, Keshavan M, Goldstone S, et al. Biomarkers and clinical staging in psychiatry. *World Psychiatry* 2014; 13: 211–23.
- <sup>74</sup> McGorry P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *Lancet* 2013; 381: 343–45.
- <sup>75</sup> Berk M, Post R, Ratheesh A, et al. Staging in bipolar disorder: from theoretical framework to clinical utility. *World Psychiatry* 2017; 16: 236–44.
- <sup>76</sup> Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017; 16: 251–65.
- <sup>77</sup> McGorry PD. Early intervention in psychosis: obvious, effective, overdue. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203: 310–18.
- <sup>78</sup> Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE, et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 171–77.
- <sup>79</sup> Knowledge Translation Unit, University of Cape Town Lung Institute, British Medical Journal. *Practical Approach to Care Kit (PACK)*: BMJ Publishing Group, 2018.

- 
- <sup>80</sup> Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. *PLoS Med* 2017; 14: e1002371.
- <sup>81</sup> Jacob KS, Patel V. Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet* 2014; 383: 1433–35.
- <sup>82</sup> Patel V. Why mental health matters to global health. *Transcult Psychiatry* 2014; 51: 777–89.
- <sup>83</sup> Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med* 2017; 183: 151–62.
- <sup>84</sup> Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. *Annu Rev Clin Psychol* 2017; 13: 149–81.
- <sup>85</sup> Bolton P, Bass J, Neugebauer R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 3117–24.
- <sup>86</sup> Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 445–52.
- <sup>87</sup> Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* 2013; 103: 813–21.
- <sup>88</sup> Pathare S, Kalha J, Joseph T, Funk M, Drew-Bold N, Khenti A. QualityRights Gujarat. In: Kerrigan P, Bhattacharya S, Peel S, Romero SáM, Kishore R, Wade A, eds. *Mental health: pasts, current trends and futures*. University of York Centre for Global Health Histories and Orient Blackswan, 2017: 64–78. <https://dlib.york.ac.uk/yodl/app/home/detail?id=york%3a932416&ref=search> (accessed June 14, 2017).
- <sup>89</sup> WHO, Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization, 2014.
- <sup>90</sup> Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 357–69.
- <sup>91</sup> Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575–86.
- <sup>92</sup> Chandra PS, Satyanarayana VA. Gender disadvantage and common mental disorders in women. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 513–24.
- <sup>93</sup> Veling W. Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 166–71.
- <sup>94</sup> Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *Am Psychol* 2012; 67: 272–84.
- <sup>95</sup> Gilman SE. Childhood socioeconomic status, life course pathways and adult mental health. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 403–04.
- <sup>96</sup> Kwok W. Is there evidence that social class at birth increases risk of psychosis? A systematic review. *Int J Soc Psychiatry* 2014; 60: 801–08.
- <sup>97</sup> Dohrenwend BP, Levav I, ShROUT PE, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992; 255: 946–52.
- <sup>98</sup> Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction* 2016; 111: 18–32.
- <sup>99</sup> Ahmad FB, Rossen LM, Spencer MR, Warner M, Sutton P. Provisional drug overdose death counts. 2017. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm> (accessed March 15, 2018).
- <sup>100</sup> McCarthy M. How inappropriate prescribing prompted the opioid addiction ravaging small town America. *BMJ* 2017; 359: j4730.
- <sup>101</sup> Walters J. America’s opioid crisis: how prescription drugs sparked a national trauma. Oct 25, 2017. <https://www.theguardian.com/usnews/2017/oct/25/americas-opioid-crisis-how-prescription-drugssparked-a-national-trauma> (accessed Dec 12, 2018).
- <sup>102</sup> National Institute on Drug Abuse. Opioid overdose crisis. 2017. <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-crisis> (accessed Oct 7, 2017).
- <sup>103</sup> Ryan H, Girion L, Glover S. OxyContin goes global—“We’re only just getting started”. Dec 18, 2016. <http://www.latimes.com/projects/la-me-oxycontin-part3/> (accessed Sept 1, 2018).
- <sup>104</sup> Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health* 2014; 35: 169–83.
- <sup>105</sup> Kertes DA, Bhatt SS, Kamin HS, Hughes DA, Rodney NC, Mulligan CJ. BDNF methylation in mothers and newborns is associated with maternal exposure to war trauma. *Clin Epigenetics* 2017; 9: 68.

- 
- <sup>106</sup> Brayne C, Ince PG, Keage HA, et al, and the EClipSE Collaborative Members. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? *Brain* 2010; 133: 2210–16.
- <sup>107</sup> Esch P, Bocquet V, Pull C, et al. The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 237.
- <sup>108</sup> Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69: 1021–28.
- <sup>109</sup> Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry* 2005; 4: 18–24.
- <sup>110</sup> Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 378–85.
- <sup>111</sup> Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 2017; 389: 941–50.
- <sup>112</sup> Kleinman A, Das V, Lock MM, eds. *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 2003.
- <sup>113</sup> McCarroll SA, Feng G, Hyman SE. Genome-scale neurogenetics: methodology and meaning. *Nat Neurosci* 2014; 17: 756–63.
- <sup>114</sup> Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nat Rev Genet* 2012; 13: 537–51.
- <sup>115</sup> Breen G, Li Q, Roth BL, et al. Translating genome-wide association findings into new therapeutics for psychiatry. *Nat Neurosci* 2016; 19: 1392–96.
- <sup>116</sup> Sonuga-Barke EJS, Kennedy M, Kumsta R, et al. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet* 2017; 389: 1539–48.
- <sup>117</sup> McKinney B, Ding Y, Lewis DA, Sweet RA. DNA methylation as a putative mechanism for reduced dendritic spine density in the superior temporal gyrus of subjects with schizophrenia. *Transl Psychiatry* 2017; 7: e1032.
- <sup>118</sup> Ponchel F, Burska AN. Epigenetic modifications: are we closer to clinical applicability? *J Pharmacogenom Pharmacoproteom* 2016; 7: 158.
- <sup>119</sup> Zhang N. Epigenetic modulation of DNA methylation by nutrition and its mechanisms in animals. *Animal Nutr* 2015; 1: 144–51.
- <sup>120</sup> Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull* 2014; 140: 774–815.
- <sup>121</sup> Felger JC, Miller AH. Neurotherapeutic implications of brain-immune interactions. *Neuropsychopharmacology* 2014; 39: 242–43.
- <sup>122</sup> Bick J, Nelson CA. Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology* 2016; 41: 177–96.
- <sup>123</sup> Hair NL, Hanson JL, Wolfe BL, Pollak SD. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatr* 2015; 169: 822–29.
- <sup>124</sup> Hackman DA, Farah MJ, Meaney MJ. Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research. *Nat Rev Neurosci* 2010; 11: 651–59.
- <sup>125</sup> Foulkes L, Blakemore S-J. Is there heightened sensitivity to social reward in adolescence? *Curr Opin Neurobiol* 2016; 40: 81–85.
- <sup>126</sup> Blakemore S-J, Robbins TW. Decision-making in the adolescent brain. *Nat Neurosci* 2012; 15: 1184–91.
- <sup>127</sup> Apicella CL, Carré JM, Dreber A. Testosterone and economic risk taking: a review. *Adapt Human Behav Physiol* 2015; 1: 358–85.
- <sup>128</sup> Bowers B, Kuipers P, Dorsett P. A 10-year literature review of the impact of community based rehabilitation. *Disabil CBR Incl Dev* 2015; 26: 104–19.
- <sup>129</sup> Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci* 2015; 16: 213–25.
- <sup>130</sup> Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. *World Alzheimer report 2014: dementia and risk reduction*. 2014. <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2014> (accessed Nov 20, 2017).
- <sup>131</sup> Prince MJ, Acosta D, Guerra M, et al. Leg length, skull circumference, and the incidence of dementia in Latin America and China: a 10/66 population-based cohort study. *PLoS One* 2018; 13: e0195133.
- <sup>132</sup> da Silva J, Gonçalves-Pereira M, Xavier M, Mukaetova-Ladinska EB. Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 177–86.

- 
- <sup>133</sup> Butters MA, Young JB, Lopez O, et al. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2008; 10: 345–57.
- <sup>134</sup> Soysal P, Veronese N, Thompson T, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2017; 36: 78–87.
- <sup>135</sup> Boccardi V, Pelini L, Ercolani S, Ruggiero C, Mecocci P. From cellular senescence to Alzheimer’s disease: the role of telomere shortening. *Ageing Res Rev* 2015; 22: 1–8.
- <sup>136</sup> Bagyinszky E, Giau VV, Shim K, Suk K, An SSA, Kim S. Role of inflammatory molecules in the Alzheimer’s disease progression and diagnosis. *J Neurol Sci* 2017; 376: 242–54.
- <sup>137</sup> Buitenweg JI, Murre JM, Ridderinkhof KR. Brain training in progress: a review of trainability in healthy seniors. *Front Hum Neurosci* 2012; 6: 183.
- <sup>138</sup> Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci* 2012; 6: 52.
- <sup>139</sup> Moffitt TE. Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: evidence from behavioral-genetic research. *Adv Genet* 2005; 55: 41–104.
- <sup>140</sup> Stein DJ, Lund C, Nesse RM. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 493–97.
- <sup>141</sup> Jain S, Orr DM. Ethnographic perspectives on global mental health. *Transcult Psychiatry* 2016; 53: 685–95.
- <sup>142</sup> Pūras D. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2017. <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21480&LangID=E> (accessed April 19, 2017).
- <sup>143</sup> UNICEF. Children and young people with disabilities: fact sheet. May, 2013. [https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet\\_A5\\_\\_Web\\_REVISED.pdf](https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5__Web_REVISED.pdf) (accessed Sept 5, 2018).
- <sup>144</sup> UN. Women’s rights are human rights. 2014. <https://www.ohchr.org/Documents/Events/WHRD/WomenRightsAreHR.pdf> (accessed June 15, 2017)
- <sup>145</sup> McDonald A, Buswell M, Khush S, Brophy M. Invisible wounds: the impact of six years of war on the mental health of Syria’s children. 2017. <https://www.savethechildren.org.uk/content/dam/global/reports/emergency-humanitarian-response/invisiblewounds.pdf> (accessed Nov 22, 2017).
- <sup>146</sup> UN. Convention of the Rights of Persons with Disabilities. 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (accessed Sept 5, 2018).
- <sup>147</sup> Drew N, Funk M, Tang S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011; 378: 1664–75.
- <sup>148</sup> Batha E. Mentally ill tied to trees and left to die in Somalia. Oct 7, 2013. <http://news.trust.org//item/20131007132825-oupwe/> (accessed April 24, 2017).
- <sup>149</sup> Human Rights Watch. “Like a Death Sentence”—abuses against persons with mental disabilities in Ghana. Oct 2, 2012. <https://www.hrw.org/report/2012/10/02/death-sentence/abuses-againstpersons-mental-disabilities-ghana> (accessed Jan 5, 2018).
- <sup>150</sup> WHO, the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Geneva: World Health Organization, 2015.
- <sup>151</sup> Biggeri M, Deepak S, Mauro V, et al. Impact of CBR: impact of community-based rehabilitation programme in Mandya district (Karnataka, India). 2012. [http://english.aifo.it/disability/documents/books\\_manuals/MandyaCBR\\_phase01\\_research\\_light\\_version.pdf](http://english.aifo.it/disability/documents/books_manuals/MandyaCBR_phase01_research_light_version.pdf) (accessed Dec 10, 2017).
- <sup>152</sup> Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 334–41.
- <sup>153</sup> Mental Disability Advocacy Centre. Legal Capacity in Europe. Budapest, Hungary, 2013. [http://mdac.info/sites/mdac.info/files/legal\\_capacity\\_in\\_europe.pdf](http://mdac.info/sites/mdac.info/files/legal_capacity_in_europe.pdf) (accessed May 15, 2017).
- <sup>154</sup> Perlin ML. Striking for the guardians and protectors of the mind: the convention on the rights of persons with mental disabilities and the future of guardianship law. Feb 21, 2013. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2221452](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2221452) (accessed June 10, 2017).
- <sup>155</sup> World Medical Association. Comments from the World Medical Association on Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/35/21). Ferney-Voltaire, 2017. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/01/WMAContribution-SRMentalHealthReport-June2017.pdf> (accessed Sept 5, 2018).

- 
- <sup>156</sup> Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 2016; 387: 1672–85.
- <sup>157</sup> WHO. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2016.
- <sup>158</sup> Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med* 2013; 43: 849–63.
- <sup>159</sup> Gurung D, Upadhyaya N, Magar J, Giri NP, Hanlon C, Jordans MJD. Service user and care giver involvement in mental health system strengthening in Nepal: a qualitative study on barriers and facilitating factors. *Int J Ment Health Syst* 2017; 11: 30.
- <sup>160</sup> Mendenhall E. Syndemics: a new path for global health research. *Lancet* 2017; 389: 889–91.
- <sup>161</sup> van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GR, Romeo R, Patel V. Non-specialist health worker interventions for mental health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 11: CD009149.
- <sup>162</sup> Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013; 12: 137–48.
- <sup>163</sup> Becker DR, Bond GR, Drake RE. Individual placement and support: the evidence-based practice of supported employment. In: Thornicroft G, Szmukler GI, Mueser KT, Drake RE, eds. *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press, 2011: 204–17.
- <sup>164</sup> Purgato M, Gross AL, Betancourt T, et al. Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e390–400.
- <sup>165</sup> Asher L, Patel V, De Silva MJ. Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 355.
- <sup>166</sup> Hoeft TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. *J Rural Health* 2018; 34: 48–62.
- <sup>167</sup> Barry MM, Clarke AM, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health* 2013; 13: 835.
- <sup>168</sup> Bernstein A, Chorpita BF, Daleiden EL, Ebesutani CK, Rosenblatt A. Building an evidence-informed service array: considering evidence-based programs as well as their practice elements. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 1085–96.
- <sup>169</sup> Murray LK, Dorsey S, Haroz E, et al. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low- and middle-income countries. *Cogn Behav Pract* 2014; 21: 111–23. 138
- <sup>170</sup> Marchette LK, Weisz JR. Practitioner review: empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *J Child Psychol Psychiatry* 2017; 58: 970–84.
- <sup>171</sup> Naslund JA, Aschbrenner KA, Araya R, et al. Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 486–500.
- <sup>172</sup> Thornicroft G, Mehta N, Clement S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016; 387: 1123–32.
- <sup>173</sup> Hamdani SU, Minhas FA, Iqbal Z, Rahman A. Model for service delivery for developmental disorders in low-income countries. *Pediatrics* 2015; 136: 1166–72.
- <sup>174</sup> Alvarez-Jimenez M, Gleeson J, Bendall S, et al. SU125. Momentum: a novel online social media, mindfulness, and strengths-based intervention to promote functional recovery in ultra high risk (UHR) patients. *Schizophr Bull* 2017; 43(suppl 1): S206–07.
- <sup>175</sup> Unützer J, Choi Y, Cook IA, Oishi S. A web-based data management system to improve care for depression in a multicenter clinical trial. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 671–73, 678.
- <sup>176</sup> Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 246–48.
- <sup>177</sup> Nadkarni A, Hanlon C, Bhatia U, et al. The management of adult psychiatric emergencies in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 540–47.
- <sup>178</sup> Power P, McGorry P. Early interventions for people with psychotic disorders. In: Thornicroft G, Szmukler GI, Mueser KT, Drake RE, eds. *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press, 2011: 129–41.
- <sup>179</sup> Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015; 45: 11–27.



- 
- <sup>180</sup> Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al, and the WHO World Mental Health Survey Collaborators. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety* 2018; 35: 195–208.
- <sup>181</sup> Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S, et al, and the World Health Organization’s World Mental Health Surveys collaborators. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* 2017; 16: 299–307.
- <sup>182</sup> Henderson C, Robinson E, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Relationships between anti-stigma programme awareness, disclosure comfort and intended help-seeking regarding a mental health problem. *Br J Psychiatry* 2017; 211: 316–22.
- <sup>183</sup> Jordans MJ, Kohrt BA, Luitel NP, Lund C, Komproe IH. Proactive community case-finding to facilitate treatment seeking for mental disorders, Nepal. *Bull World Health Organ* 2017; 95: 531–36.
- <sup>184</sup> Shidhaye R, Lyngdoh T, Murhar V, Samudre S, Krafft T. Predictors, help-seeking behaviour and treatment coverage for depression in adults in Sehore district, India. *BJPsych Open* 2017; 3: 212–22.
- <sup>185</sup> Maulik PK, Devarapalli S, Kallakuri S, et al. Evaluation of an anti-stigma campaign related to common mental disorders in rural India: a mixed methods approach. *Psychol Med* 2017; 47: 565–75.
- <sup>186</sup> Thornicroft G, Henderson C. Joint decision making and reduced need for compulsory psychiatric admission. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 647–48.
- <sup>187</sup> Henderson C, Brohan E, Clement S, et al. A decision aid to assist decisions on disclosure of mental health status to an employer: protocol for the CORAL exploratory randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 133.
- <sup>188</sup> Levin C, Chisholm D. Cost-effectiveness and affordability of interventions, policies, and platforms for the prevention and treatment of mental, neurological, and substance use disorders. In: Patel V, Chisholm C, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, eds. *Mental, neurological, and substance use disorders disease control priorities, 3rd edn.* Washington, DC: The World Bank, 2015: 219–37.
- <sup>189</sup> Chisholm D, Burman-Roy S, Fekadu A, et al. Estimating the cost of implementing district mental healthcare plans in five low- and middle-income countries: the PRIME study. *Br J Psychiatry* 2016; 208 (suppl 56): s71–78.
- <sup>190</sup> Chisholm D, Heslin M, Docrat S, et al. Scaling-up services for psychosis, depression and epilepsy in sub-Saharan Africa and South Asia: development and application of a mental health systems planning tool (OneHealth). *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017; 26: 234–44.
- <sup>191</sup> GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1545–602.
- <sup>192</sup> Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med* 2015; 45: 1551–63.
- <sup>193</sup> Patel V. Acting early: the key to preventing mental health problems. *J R Soc Med* 2018; 111: 153–57.
- <sup>194</sup> McGorry PD, Goldstone SD, Parker AG, Rickwood DJ, Hickie IB. Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 559–68.
- <sup>195</sup> Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al, and the Paper 3 Working Group and the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* 2017; 389: 103–18.
- <sup>196</sup> Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al, and the Early Childhood Development Interventions Review Group, for the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017; 389: 91–102.
- <sup>197</sup> Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Accumulating evidence for parent-child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. *Child Dev* 2011; 82: 177–92.
- <sup>198</sup> Jordans MJD, Pigott H, Tol WA. Interventions for children affected by armed conflict: a systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 9.
- <sup>199</sup> Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14: 1–27.
- <sup>200</sup> Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378: 1515–25.
- <sup>201</sup> Gertler P, Heckman J, Pinto R, et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science* 2014; 344: 998–1001.

- 
- <sup>202</sup> Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al. Global priorities for addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, eds. *Mental, neurological, and substance use disorders*, 3rd edn. Washington DC: The World Bank, 2016: 1–28.
- <sup>203</sup> Scott J, Mihalopoulos C, Erskine H, Roberts J, Rahman A. *Childhood mental and development disorders. Mental, neurological and substance use disorders: disease control priorities (DCP3)*. Seattle: Disease Control Priorities (DCP3), 2015.
- <sup>204</sup> Rahman A, Divan G, Hamdani SU, et al. Effectiveness of the parent-mediated intervention for children with autism spectrum disorder in south Asia in India and Pakistan (PASS): a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 128–36.
- <sup>205</sup> Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387: 2423–78.
- <sup>206</sup> Shackleton N, Jamal F, Viner RM, Dickson K, Patton G, Bonell C. School-based interventions going beyond health education to promote adolescent health: systematic review of reviews. *J Adolesc Health* 2016; 58: 382–96.
- <sup>207</sup> Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Educ* 2003; 103: 197–220.
- <sup>208</sup> Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and prevention: the economic case. April 14, 2011. <https://www.gov.uk/government/publications/mental-health-promotion-and-mentalillness-prevention-the-economic-case> (accessed June 6, 2017).
- <sup>209</sup> WHO. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014.
- <sup>210</sup> Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302–13.
- <sup>211</sup> Valero de Vicente M, Ballester Brage L, Orte Socías MC, Amer Fernández JA. Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema* 2017; 29: 299–305.
- <sup>212</sup> Mendelson T, Eaton WW. Recent advances in the prevention of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53: 325–39.
- <sup>213</sup> Milligan-Saville JS, Tan L, Gayed A, et al. Workplace mental health training for managers and its effect on sick leave in employees: a cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 850–58.
- <sup>214</sup> Probst TM, Gold D, Caborn J. A preliminary evaluation of SOLVE: addressing psychosocial problems at work. *J Occup Health Psychol* 2008; 13: 32–42.
- <sup>215</sup> WHO. *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- <sup>216</sup> Haushofer J, Shapiro J. The short-term impact of unconditional cash transfers to the poor: experimental evidence from Kenya. *Q J Econ* 2016; 131: 1973–2042.
- <sup>217</sup> Ssewamala FM, Han CK, Neilands TB. Asset ownership and health and mental health functioning among AIDS-orphaned adolescents: findings from a randomized clinical trial in rural Uganda. *Soc Sci Med* 2009; 69: 191–98.
- <sup>218</sup> Kilburn K, Thirumurthy H, Halpern CT, Pettifor A, Handa S. Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. *J Adolesc Health* 2016; 58: 223–29.
- <sup>219</sup> Lund C, De Silva M, Plagerson S, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378: 1502–14.
- <sup>220</sup> Fernald LC, Hamad R, Karlan D, Ozer EJ, Zinman J. Small individual loans and mental health: a randomized controlled trial among South African adults. *BMC Public Health* 2008; 8: 409–23.
- <sup>221</sup> Lund C. Poverty and mental health: towards a research agenda for low and middle-income countries. *Commentary on Tampubolon and Hanandita (2014)*. *Soc Sci Med* 2014; 111: 134–36.
- <sup>222</sup> Medina-Mora ME, Montiero M, Room R, et al. Alcohol use and alcohol use disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, eds. *Mental, neurological, and substance use disorders*, 3rd edn. Washington DC: The World Bank, 2015: 127–43.
- <sup>223</sup> Patel V, Chatterji S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: an imperative for person-centered care. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34: 1498–505.
- <sup>224</sup> GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1459–544.

- 
- <sup>225</sup> Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017; 16: 30–40.
- <sup>226</sup> Archer J, Bower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD006525.
- <sup>227</sup> Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med* 2013; 10: e1001448.
- <sup>228</sup> Fairall L, Bateman E, Cornick R, et al. Innovating to improve primary care in less developed countries: towards a global model. *BMJ Innov* 2015; 1: 196–203.
- <sup>229</sup> Lund C, Tomlinson M, De Silva M, et al. PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2012; 9: e1001359.
- <sup>230</sup> Semrau M, Evans-Lacko S, Alem A, et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med* 2015; 13: 79.
- <sup>231</sup> WHO. Global strategy and action plan on ageing and health (2016–2020). Geneva: World Health Organization, 2016.
- <sup>232</sup> Prince MJ, Wu F, Guo Y, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 2015; 385: 549–62.
- <sup>233</sup> Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, et al, and the International Research Group for Suicide among the Elderly. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis* 2011; 32: 88–98.
- <sup>234</sup> Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390: 2673–734.
- <sup>235</sup> Prince M, Ali GC, Guerchet M, Prina AM, Albanese E, Wu YT. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimers Res Ther* 2016; 8: 23.
- <sup>236</sup> WHO. Integrated care for older people: guidelines on communitylevel interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization, 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1> (accessed Aug 30, 2018).
- <sup>237</sup> Orgeta V, Brede J, Livingston G. Behavioural activation for depression in older people: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017; 11: 274–79.
- <sup>238</sup> Prince M, Comas-Herrera A, Knapp M, Guerchet M, Karagiannidou M. World Alzheimer report 2016. 2016. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf> (accessed Nov 20, 2017).
- <sup>239</sup> WHO. iSupport for dementia. 2018. <https://www.isupportfordementia.org/en> (accessed April 22, 2018).
- <sup>240</sup> Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. 2007. [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/9781424334445/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/) (accessed May 30, 2017).
- <sup>241</sup> The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2018. <http://www.sphereproject.org/> (accessed 04 Apr 2018).
- <sup>242</sup> Derr AS. Mental health service use among immigrants in the United States: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2016; 67: 265–74.
- <sup>243</sup> Lopes AP, Macedo TF, Coutinho ESF, Figueira I, Ventura PR. Systematic review of the efficacy of cognitive-behavior therapy related treatments for victims of natural disasters: a worldwide problem. *PLoS One* 2014; 9: e109013.
- <sup>244</sup> Rahman A, Hamdani SU, Awan NR, et al. Effect of a multicomponent behavioral intervention in adults impaired by psychological distress in a conflict-affected area of Pakistan: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 316: 2609–17.
- <sup>245</sup> Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016; 15: 276–86.
- <sup>246</sup> Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Community* 2011; 19: 113–25.
- <sup>247</sup> Krupchanka D, Winkler P. State of mental healthcare systems in Eastern Europe: do we really understand what is going on? *BJPsych Int* 2016; 13: 96–99.
- <sup>248</sup> Treatment Advocacy Center. Serious mental illness prevalence in jails and prisons. 2018. <http://www.treatmentadvocacycenter.org/evidence-and-research/learn-more-about/3695> (accessed April 20, 2018).

- 
- <sup>249</sup> Walker J, Illingworth C, Canning A, et al. Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 129: 427–36.
- <sup>250</sup> Shaw J, Conover S, Herman D, et al. Critical time Intervention for Severely mentally ill Prisoners (CrISP): a randomised controlled trial. February, 2017. <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr05080/#/abstract> (accessed Oct 1, 2017).
- <sup>251</sup> Ibrahim A, Esena RK, Aikins M, O’Keefe AM, McKay MM. Assessment of mental distress among prison inmates in Ghana’s correctional system: a cross-sectional study using the Kessler Psychological Distress Scale. *Int J Ment Health Syst* 2015; 9: 17.
- <sup>252</sup> Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janousšková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 421–28.
- <sup>253</sup> Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 686–93.
- <sup>254</sup> 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.
- <sup>255</sup> Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2008; 5: e225.
- <sup>256</sup> Bassuk EL, Richard MK, Tsertsvadze A. The prevalence of mental illness in homeless children: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54: 86–96.e2.
- <sup>257</sup> Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing first for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the at home-chez soi demonstration project. *Can J Psychiatry* 2015; 60: 467–74.
- <sup>258</sup> Benston EA. Housing programs for homeless individuals with mental illness: effects on housing and mental health outcomes. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 806–16.
- <sup>259</sup> Eaton J, Des Roches B, Nwaubani K, Winters L. Mental health care for vulnerable people with complex needs in low-income countries: two services in west Africa. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 1015–17.
- <sup>260</sup> UN. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health—Resolution 6/29. 2007. [http://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A\\_HRC\\_RES\\_6\\_29.pdf](http://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_6_29.pdf) (accessed Apr 25, 2017).
- <sup>261</sup> UN. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCPRD). New York: United Nations, 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (accessed Sept 5, 2018).
- <sup>262</sup> Mental Health Innovation Network. Chain-Free Pasung Program. 2017. <http://www.mhinnovation.net/innovations/chain-freepasung-program> (accessed Oct 7, 2017).
- <sup>263</sup> Porter M, Stern S, Green M. Social Progress Index 2017. Social Progress Imperative. 2017. <http://www.socialprogressimperative.org/wp-content/uploads/2017/06/English-2017-Social-ProgressIndex-Findings-Report.pdf> (accessed Sept 1, 2018).
- <sup>264</sup> Sustainable Development Solutions Network. SDG index and dashboards report 2017. 2017. <http://www.sdgindex.org/assets/files/2017/2017-SDG-Index-and-Dashboards-Report--full.pdf> (accessed Sep 1, 2018).
- <sup>265</sup> UN Development Programme. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone. 2016. [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf) (accessed Aug 31, 2018).
- <sup>266</sup> WHO. Mental Health ATLAS 2017. 2018. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2017/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/) (accessed Sept 4, 2018).
- <sup>267</sup> Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–77.