

УДК: 616.89-008.421/428-02-083

*В.Ан. Абрамов, Г.Г. Пуятин, О.К. Малтапар, М.А. Шелестова, В.Ал. Абрамов, А.А. Бойченко***АНТИСТИГМАТИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: дестигматизация, психические расстройства

Несмотря на то, что говоря о современных тенденциях развития психиатрической службы в развитых странах, Н. Сарториус (1), с сожалением отмечает, что “стигматизация и дискриминация психически больных будут продолжаться”, в различных странах возрастает интерес к проблемам дестигматизации, которая является главным ресурсом улучшения качества жизни больных. В частности, вопросам борьбы со стигмой, использования индивидуальных ресурсов пациентов (копинги, стиль функционального выздоровления и др.), факторам их социальной поддержки много внимания уделялось на 21 европейском конгрессе психиатров в Ницце в 2013г. (2).

К проблеме дестигматизации впервые было привлечено внимание в связи с появлением антипсихиатрического движения в 60-х годах прошлого столетия. Это движение довольно подробно освещено в литературе (3-5). Однако есть смысл рассмотреть ряд выдвигаемых им положений, поскольку при всей их спорности и неоднозначности некоторые из них пересекаются с антистигматизационными подходами (6,7). Хорошо известно, что антипсихиатрия выступала против медицинской модели болезни и как альтернативу выдвинула ее социальную модель (8), согласно которой среда препятствует свободному самовыражению человека и если таковое реализуется, то среда объявляет его психическим больным. Антипсихиатры выступали против «наклеивания ярлыков» диагноза. Они считали, что за ними исчезает личность больного, происходит его обезличивание. Вину за стигматизацию антипсихиатры полностью приписывали психиатрам и психиатрической нозологии вообще (по их мнению последняя существует для придания респектабельности и наукообразия действиям по изоляции неугодных обществу лиц) (9). Следует добавить, что они выступали

также против психиатрических больниц как воплощения дегуманизационного начала. В качестве замены предлагалась идея терапевтического сообщества лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. За основу были взяты принципы партнерства и равенства, отказ от диагнозов и медикаментозного лечения.

Практика показала несостоятельность идеи замены психиатрических больниц терапевтическими сообществами, и многие пациенты оказались без врачебной помощи, пополнив ряды безработных и бездомных людей. Однако желание устранить барьер между психически больным и окружающим миром остается чрезвычайно актуальным и в наши дни. В качестве примера можно привести отмечаемую во многих странах современную тенденцию к деинституционализации в психиатрии, стремление к замене госпитального содержания больных их внебольничным лечением, к переименованию шизофрении что, в конечном счете, само по себе ведет к смягчению стигмы (10, 11). Таким образом, с одной стороны, антипсихиатрическое движение способствовало гуманизации психиатрии и переориентации психиатрической помощи на внебольничный сектор с включением людей с психиатрическими расстройствами в социальную жизнь, а, с другой – нанесло серьезный урон психиатрии как научной дисциплине и психически больным, которые под лозунгом «свободы быть иным» нередко оставались без специализированной помощи.

Учитывая тесную взаимосвязь между стигмой, дискриминацией и нарушением прав человека с психическими расстройствами, психиатрическая помощь должна носить антистигматизированную направленность. Однако в настоящее время мало кто придерживается оптимистической точки зрения относительно того, что можно в ближайшее время и в широком масш-

табе добиться дестигматизации общества (12, 13). Стигматизация психических больных является сложной проблемой, и не существует простых путей ее решения, поэтому дестигматизирующее вмешательство должно вестись на многих уровнях с учетом фактов, установленных научными исследованиями, и накопленным опытом практической работы. В целом, в настоящее время многие ученые приходят к выводу о невозможности найти единственный способ борьбы со стигматизацией, своего рода панацеею – необходим целый комплекс мер, направленных как на разные группы населения, так и на разные общественные структуры, которые могут задействовать различные механизмы и способы воздействия. В этой связи представляется необходимым анализ этих комплексных мер, которые, с точки зрения различных авторов (14-17) могут дать заметный эффект. Стигматизация психических больных никогда не была чисто теоретической, оторванной от жизни и практики проблемой. За научными разработками в этой области всегда стояла конкретная цель – дестигматизация общества. История развития данной проблемы – это во многом история различных программ и проектов, направленных на смягчение урона, наносимого стигмой. Проблемой стигматизации всегда занимались разные специалисты – психиатры, социологи, психологи, что обусловлено огромной практической значимостью ее решения не только для психиатрии, но и для жизни общества в целом. В последние годы существенную роль в этом играют международные организации, в том числе Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА), Всемирная федерация психического здоровья (ВФПЗ) и др. Чтобы преодолеть тяжелые последствия стигмы и дискриминации, связанные с диагнозом шизофрении и проявлениями заболевания, в 1996 году по инициативе ВПА была запущена глобальная программа «Открытые двери», а в 2005 году в этой же организации была создана секция по стигме и психическому здоровью. Под эгидой ВОЗ и ВФПЗ ежегодно 10 октября проводится Всемирный день психического здоровья.

Для уменьшения этого негативного социального явления, преодоления стигматизации и дискриминации больных под эгидой ВОЗ и ВПА в 27 странах осуществляется программа «Открытые двери», в Англии под управлением Королевского колледжа психиатров действует целый ряд программ: «Изменение в умах», «Образы пси-

хиатрии», «Партнеры по уходу». Высокая социальная значимость стигмы психического заболевания признается профессионалами, учеными и политиками многих стран. В странах европейского региона по инициативе ВОЗ осуществляются различные программы государственного масштаба, направленные на интеграцию больного и общества и, в частности, на преодоление стигматизации и дискриминации душевно больных. (18-21). Подходы к дестигматизации преимущественно делают акцент на межличностных детерминантах стигматизации, рассматривая ее в структуре предубеждений (22, 23). Другой подход к дестигматизации учитывает явление самостигматизации. С точки зрения данного подхода, для успешной дестигматизации работа только с предупреждением стигматизаторов будет недостаточной. Необходима психосоциальная поддержка стигматизированного субъекта, а так же его собственная внутренняя работа по преодолению самостигматизации. Выделяют (24) три аспекта дестигматизации: 1) информационный – изменение стереотипов социальных реакций на психически больного человека за счет донесения неискаженной и правдивой информации о психических расстройствах и их последствиях для самого больного, его семьи и общества в целом. Это предполагает широкую просветительскую работу, использование психообразовательных программ, повышение толерантности общества к «инакомыслию» и «инакодействию» за счет повышения его информированности; 2) психотерапевтический – нейтрализация негативных эффектов стигматизации, которые испытывает больной, а так же увеличение толерантности больных и членов их семей к проявлениям стигматизации и дискриминации; создание терапевтической среды и условий для реализации потребностей, а так же ограниченных возможностей пациентов; 3) обучающий – обучение пациентов и их родственников способам преодоления стресса, а так же опознанию пререцидивных расстройств.

Опыт работы отделения внебольничной психиатрии института им. В. М. Бехтерева позволил сформулировать основные положения процесса дестигматизации: 1) нейтрально – уважительное отношение мед. персонала; 2) формирование у больных и их родственников адекватного представления о психическом заболевании, как не имеющем принципиальных отличий от любой другой патологии с точки зрения общемедицинских и социальных последствий; 3) формирование у больного отношения к ограни-

чительно – изоляционным мерам, как к направленным на усиление его личной безопасности и сохраняющих его социальные права; 4) концентрация усилий на освобождение членов семьи больного от чувства вины и сохранение прежнего стереотипа жизни семьи и внешних социальных контактов; 5) получение больными эмоциональной и социальной поддержки (25).

Повышение уровня знаний и просвещение населения являются наиболее очевидным способом борьбы со стигматизацией, смягчения отношений и установок, и последующего изменения поведения. Однако данные относительно эффективности повышения уровня образования в этих целях очень противоречивы. Ряд исследований свидетельствуют о существенном улучшении общественного отношения после проведении образовательных программ, по крайней мере на какой-то срок (19, 26). Другие авторы высказывают более скептическое отношение, подчеркивая роль эффекта социальной желательности (27). Существует мнение что нужно делать акцент на помощь самим психически больным и их родственникам, отказаться от задачи изменить взгляды общества в целом как неосуществимой в ближайшем будущем (13). Это верно только отчасти, поскольку для достижения действительно существенного эффекта в смягчении стигмы нужно иметь ввиду далеко идущую цель общей дестигматизации общества. Противоречивость данных приведенных выше исследований об эффективности образовательных мероприятий для дестигматизации общества во многом определяется применением разных методологических подходов (16). Действительно, если результаты какой-то просветительской программы продемонстрировали отсутствие изменений в отношении населения к психически больным, этого не достаточно для окончательного вывода о неэффективности таких программ вообще. Практически единственным реально доступным способом воздействия на общественное мнение является информационный. Поэтому важнее ставить вопрос не в целом о целесообразности антистигматизационных мероприятий, а о том, как сделать эти мероприятия более действенными. Эффективность антистигматизационных воздействий зависит от того, с помощью каких методов они реализуются и какая информация передается. Для ответа на вопрос, какие методы дестигматизации могут быть наиболее эффективными, накоплено уже достаточно много факторов, позволяющих сделать определенные выводы. Прежде всего это

уже рассматривающийся вопрос о бесполезности распространения «сухих», теоретических знаний о психиатрических заболеваниях и необходимости предоставления информации, которая затрагивала бы эмоциональную сферу. Проведенные исследования говорят о том, что в большинстве образовательных программ воздействие идет только на когнитивном уровне, тогда как аффективный уровень, уровень чувств практически не затрагивается. Отмечается, что в результате большинства опросов выявляются лишь осознанные установки людей по отношению к психически больным, в то время как причины действительного отношения людей лежат на более глубоком неосознанном уровне (28, 29).

Многие исследователи отмечают положительную роль личного контакта с психически больным. Среди родственников больных и людей, имеющих опыт непосредственного общения с душевнобольными, отношение к ним в целом более позитивное, чем среди населения. Данные исследований D. Penn и соавт. свидетельствуют о том, что увеличение контактов с душевнобольными приводит к менее критическому отношению к ним. G. Wolf (39) также пришел к выводу, что страх перед психически больными уменьшается при непосредственном контакте с ними. Высказывается также мнение, что непосредственный контакт с психически больными полезен для мотивированных и заинтересованных студентов, но среди населения этот механизм срабатывает, только когда люди видят пациентов при выполнении ими ежедневных ролей. R. Haghighat (16) отмечает, что, используя метод непосредственных контактов с пациентами, мы сталкиваемся с дилеммой: с одной стороны, если представлять обществу вылечившихся пациентов, они, вероятно, попадут в подтип «исключений», что не будет служить изменению стереотипа; с другой – если мы будем работать в пределах стереотипа и представим обществу «типичных» пациентов, всегда есть риск усиления этого стереотипа.

Альтернативой образовательным мероприятиям путем передачи готовых фактов являются дискуссии. Представление, которое активно формируется в процессе самостоятельного поиска ответа на спорные вопросы, а не выдается в готовом упрощенном виде, гораздо более устойчиво и действенно и становится частью мировоззрения. Это подтверждается данными о преимуществах антистигматизационных программ проблемно ориентированного обучения над традиционным. (30). Важной составляющей успе-

ха антистигматизационных мероприятий является заинтересованность тех, на кого они направлены. Поэтому гораздо более эффективна работа, не со всем населением, а направленная на конкретные, целевые группы. (31). Какой бы способ борьбы со стигматизацией не применялся, ее важным общим принципом являются активность и гласность. Поэтому логично использовать уже накопленный опыт борьбы с национализмом, сексизмом и эйджизмом, который свидетельствует о том, что прежде чем приступить к решению какой-то проблемы, нужно сначала обозначить ее, сделать достоянием гласности, привлечь тем самым внимание к ней всего общества. Привлечения внимания к стигматизации согласуется и с общеизвестным психотерапевтическим принципом: о проблеме нужно говорить. Одним из возможных средств, способствующих дестигматизации, является введение термина «психофобия» для обозначения состояния человека, у которого остаются предрассудки в отношении психических заболеваний, несмотря на рациональность суждений об их природе. Формирование «политически корректного языка» стало ключевым фактором в успехе компаний, направленных против дискриминации на основании половых, возрастных, религиозных и расовых различий, особенностей размера тела, физической неполноценности (32).

Одним из эффективных антистигматизационных методов является придание гласности своей болезни известными обществу людьми, страдающими психическим заболеванием или перенесшими его. Такие выступления «знаменитостей» играют важную роль в просвещении общественности и помощи пациентам и семьям, «сражающимся» с психической болезнью и сопровождающей ее стигмой (33).

Многие исследователи отмечают, что источники нашего отношения к психически больным часто неосознанны, иррациональны (34). Это действительно очень серьезное препятствие для проведения антистигматизированных мероприятий, хотя скорее всего не абсолютно непреодолимое. Единственный способ изменить бессознательные чувства – это сделать их осознанными, привлечь к ним внимание. Осведомленность людей о наличии у них бессознательных чувств в отношении психических больных может предостеречь их, хотя бы в некоторой степени, от стигматизирующего поведения в будущем (16).

Существует мнение, что образовательные программы обречены на провал, если в средствах массовой информации появляются край-

не негативные данные о психически больных. В то же время средства массовой информации могут служить и в борьбе со стигматизацией, и многие авторы подчеркивают важность их использования в антистигматизационных мероприятиях, привлечения к этой работе журналистов, проведения различных ток-шоу с участием психиатров (35, 16). Рассматривая проблему стигматизации, ряд авторов явно или неявно используют модель с разделением ее когнитивной, эмоциональной и поведенческой составляющих. К примеру, R. Haghghat (16) предлагает для уменьшения стигмы разные меры воздействия для ее когнитивного, аффективного и поведенческого, или дискриминирующего, уровней. М. М. Кабанов (34) подразделяет стигматизаторов в зависимости от наличия у них поведенчески, когнитивно или эмоционально «слабых мест» в плане мотивации стигматизации. Выделение этих трех компонентов часто используется в психологии применительно к разным видам психической деятельности. В области человеческих отношений такую схему предложил В. Н. Мясищев. По его мнению, общение людей является процессом, в котором можно четко выделить три теснейшим образом взаимосвязанных компонента – психическое отражения (в смысле познания) участниками общения друг друга, отношение их друг к другу (эмоциональный отклик, который вызывает один человек в другом) и обращение их друг с другом (особенности поведения, которые человек демонстрирует по отношению к другому).

Как уже отмечалось, уровень стигматизации тесно коррелирует с уровнем психиатрической грамотности населения, поскольку в отношении того, кто идентифицируется обществом как психически больной, используются соответствующие представления, отношения и формы поведения. Это дало основания многим исследователям (19) предположить, что психиатрическая безграмотность населения обуславливает низкую толерантность к психическим больным. Это предположение подтвердилось исследованиями (33), которые обнаружили чрезвычайно низкую степень психиатрической грамотности во многих обществах, где имеет место негативное отношение к психически больным. Однако первые результаты психиатрического просветительства оказались разочаровывающими. Дальнейшие исследования в этой области (36) дали основания предположить, что связь между психиатрической грамотностью и стигмой не является непосредственной, а опосредована рядом факто-

ров. Поэтому низкая психиатрическая грамотность может сочетаться и с высокой толерантностью по отношению к душевнобольным (например, в примитивных обществах) и, наоборот, высокий уровень знаний (к примеру у профессиональных медицинских сестер) – с низким уровнем терпимости. Эмоциональный компонент стигматизации общества к психически больным менее доступен непосредственному изучению, чем когнитивный и поведенческий. В этом случае вряд ли будут уместны прямые вопросы респонденту о его отношении к пациентам психиатра: во-первых, ответы будут значительно искажены эффектом социальной желательности, но, главное, чувства часто не осознаются самим респондентом, и поэтому он не может дать отчет о них. По этой причине при использовании опросников отношений или аттитудов (например, получивших широкое распространения *Opinions about mental illness – OMI*, *Community attitudes to the mentally ill – CAMI* (37), *Perceived Devaluation-Discrimination Scale* (17) в них включаются утверждения типа представлений о психически больных и соответствующих поведенческих установок, однако с большей оценочностью, акцентом на субъективное мнение. Это позволяет выявить эмоциональный компонент наряду с когнитивным и поведенческим. Для снижения эффекта социальной желательности часто используются вопросы о мнении не самого респондента, а других людей, которые информативны ввиду их проективности. Перспективным представляется и использование метода семантического дифференциала для выяснения глубинных, неосознанных отношений людей к психически больным.

Поведенческий компонент стигматизации, который проявляется в действиях и поступках, дискриминирующих психически больных, является одним из наиболее важных, поскольку такая дискриминация наиболее заметна. Предпринимаются попытки непосредственного воздействия на данный уровень стигмы. Это возможно, например, с помощью законодательных или экономических мер – поощряющих или накладывающих санкции за определенные действия, например льготы для работодателей, предоставляющих места лицам с психическими заболеваниями или штраф за необоснованный отказ им от работы. Принятие указанных мер, как показывает зарубежный опыт (16) может давать положительный результат. Однако стигматизация и особенно само-стигма считаются феноменами, резистентными к социальным формам дес-

тигматизации, что определяет важную роль психотерапевтических личностно-реконструктивных методов (10).

Важной, но крайне недостаточно изученной является проблема формирования у пациентов конструктивных поведенческих стратегий, направленных на преодоление стигматизации и особенно само-стигмы. Описываются различные способы такого приспособительного поведения. К наиболее конструктивным относятся участие в специальных группах поддержки и общественных движениях психически больных и их родственников, к деструктивным – необращения к психиатру, деятельность, направленная на снятие психиатрического диагноза (даже при наличии явной психопатологической симптоматики), отказ от лечения психотропными препаратами, проявления госпитализма. Как видим, эффективность приспособительного поведения в данном случае определяется конструктивностью сотрудничества с социумом и, в частности, с психиатрическими службами. В свою очередь эта конструктивность зависит от копинг-ресурсов личности, к каковым относятся механизмы совладания и психологической защиты. Чем более инфантильна личность и менее дифференцированно ее самосознание, тем интенсивнее она использует механизмы психологической защиты и менее активно – механизмы совладания. Это говорит о значимости предпочтительных механизмов психологической защиты для способности больного адаптироваться к своему положению. При этом успешность преодоления стигмы становится одним из предикторов прогноза, так как обуславливает регулярность приема поддерживающей терапии и во многом определяет эмоциональную стабильность в период ремиссии (38).

Эвристически полезной для выявления и коррекции само-стигмы является модель «зачем пытаться» (39). Эта модель, направленная на расширение возможностей предписывает, что «может быть сделано» для достижения цели, а не то «что не должно быть сделано». Этот вид позитивного подхода к изменению поведения обычно более успешен, чем подход, сфокусированный на дисфункции (40). Задача здесь заключается не в устранении стигмы, а в способствовании расширению возможностей, которые улучшают достижение жизненных целей и участие в научно обоснованных лечебно-реабилитационных практиках, связанных с этими целями (39). Другим способом влияния на само-стигму и эффект «зачем пытаться» является воздей-

ствие через групповую идентичность, признание рисков отождествления с негативно оцениваемой группой и выстраивание позитивной групповой идентичности (41).

Проанализировав взаимосвязь трех компонентов стигматизации (когнитивного, эмоционального и поведенческого), можно сделать вывод, что воздействия информационного характера и непосредственное воздействие на поведение обязательно должны сопровождаться антистигматизационным влиянием на аффективный уровень, т. е. способствовать симпатии к душевнобольным и эмпатии и не усиливать негативные эмоции в отношении их. Только тогда антистигматизационные воздействия будут действенными и эффективными. В контексте сказанного правомочен вопрос, необходимо ли ставить основной целью антистигматизации нивелирование негативных чувств к психически больным? Во-первых, это нереальная задача, как нереально избавление от таких нежелательных человеческих эмоций, как зависть или ненависть. Во-вторых, опорой для антистигматизации могут служить другие, возможно, более существенные факторы. В связи с этим интересны данные о различии в отношении к психически больным у представителей высших и низших слоев американского общества: и те и другие одинаково негативно реагируют на девиантное поведение, но более образованные представители элиты быстрее распознают психическое заболевание и ведут себя по отношению к больным соответственно культуре цивилизованного общества. Таким образом, выявляется своеобразная иерархия в отношении к лицам с девиантным поведением: пришедшая из древности нетерпимость и привнесенная культурой толерантность. Поэтому антистигматизационная работа может опираться на культурные ценности и основой ее способна стать общая гуманизация общества.

Если процесс стигматизации это движение пациента от интеграции к изоляции, дискриминации и социальному исключению, то коррекция или предупреждение этих последствий - это движение в сторону восстановления собственной идентичности и индивидуально значимых социальных ролей. Речь идет о внутренней картине выздоровления - нередко длительном личностном, вне рамок болезни и симптоматики, процессе преодоления последствий жизни с ярлыком психической болезни, вызванных болезнью ограничений, совладания с чувством утраты личностного смысла и собственной идентич-

ности (42). Собирательное этого процесса восстановление целостности личности нашло отражение в концепции «Recovery» (от recover - восстановление, обретение себя). Наиболее надежное и информативное определение этого понятия было дано W. A. Anthony и J. Liberman: способ жить удовлетворяющей, полной надежды и приносящей пользу другим жизнью, даже при наличии ограничений, вызванных болезнью; этот способ жить включает разработку нового смысла и цели в жизни человека по мере того, как он перерастает катастрофическое влияние психической болезни. Считается, что «гесcovery» - это процесс, в котором личность борется для преодоления факта психического заболевания и его воздействия на чувство самоидентичности, процесс позитивной адаптации к болезни и инвалидности, тесно привязанной к самосознанию и чувству активной позиции (43). Другие существующие в литературе определения «гесcovery» также используют близкие составляющие: важность обновления надежды и смысла, преодоление стигмы и других источников травматизации, связанных с психическим заболеванием, принятие на себя контроля над своей жизнью, восстановление значимой роли (44-53). Представленная в этих работах точка зрения сосредоточена на личных и экзистенциальных аспектах противодействия стигме и выздоровления, принимающего форму субъективных и самостоятельно оцениваемых описаний того, как человек научился приспосабливаться к болезни. В этом контексте психиатрическое вмешательство должно быть направлено не только на устранение проявлений болезни, но и выдвигает на первый план способность выполнения пациентом конструктивных ролевых функций, расширение его полномочий и самостоятельности, а также ответственность за принятие решений, касающихся его жизни (54, 55, 16).

Антистигматизационные эффекты в концепции «гесcovery» заключаются в развитии личностных особенностей. При этом, как правило, решаются следующие задачи: 1) разработка позитивной идентичности за пределами личности с психическим заболеванием; 2) создание рамок «психического заболевания» (ограничение болезненного опыта как части личности); 3) самостоятельный контроль за психическим заболеванием; 4) разработка значимых социальных ролей, обеспечивающих активацию способности к самовосстановлению и содействующих ощущению благополучия.

Таким образом, чрезвычайная сложность,

многоаспектность и актуальность проблемы стигматизации очевидны. О ее масштабности свидетельствует то, что она выходит далеко за рамки психиатрии и медицины и охватывает все мировое сообщество. Приведенные в настоящем обзоре данные говорят об огромном моральном уроне, социальном ущербе, наносимом стигматизацией обществу. Вместе с тем, как следует из приведенных литературных данных, несмотря на серьезное и всестороннее изучение проблемы стигматизации психически больных, многие вопросы до сих пор не решены. В частности, остается не ясным, какие социальные и психологические факторы оказывают существенное влияние на стигматизацию и действие каких незначительно. До сих пор остается спорным вопрос о том, какие меры по антистигматизации эффективны и какие взгляды на психические заболевания и психически больных наиболее

прогрессивны и наименее стигматизирующие. Не до конца определено, оправдано ли проведение просветительских образовательных программ, направленных на повышение психиатрической грамотности населения, в плане повышения толерантности к лицам с психическими расстройствами. Как отмечалось выше, на процесс стигматизации психически больных существенное влияние оказывают культурные, социальные и экономические условия конкретных стран, регионов в определенный момент времени. В связи с этим представляется необходимым проведение в Украине исследований по проблеме стигмы в психиатрии, которая в силу особых исторических, культурных, религиозных и иных факторов может иметь свои особенности. Если эти особенности будут выявлены, можно надеяться и на разработку новых подходов к реализации антистигматизационных программ.

В.Ан. Абрамов, Г.Г. Пуятин, О.К. Малтапар, М.О. Шелестова, В.Ол. Абрамов, О.О. Бойченко

АНТИСТИГМАТИЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

У статті проаналізовані різні компоненти стигматизації та самостигматизації, а також можливість впливу на них. Виділені основні положення процесу дестигматизації, її аспекти. Описані нові антистигматизаційні методи та підходи до надання психіатричної допомоги, що дозволяють створити нову ефективну модель та вжити цілий комплекс заходів з боротьби з такими явищами, як стигматизація. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 88-95).

V.An. Abramov, G.G. Putyatyn, O.K. Maltapar, M.A. Shelestova, V.Al. Abramov, A.A. Boychenko

ANTI-STIGMATIZATION APPROACHES TO DELIVERY OF PSYCHIATRIC SUPPORT

Donetsk State Medical University

In the article different components of stigmatization and self-stigmatization are analyzed, as well as possibility of impact on them. The main conditions of destigmatization process and its aspects are sorted out. In the article new anti-stigmatization methods and approaches to delivery of psychiatric support, which allow to create a new effective model and take a whole range of measures to fight such a phenomenon as stigmatization are described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 88-95).

Литература

1. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира / Н. Сарториус // Российский психиатрический журнал. — 1998. - № 4. — С. 6.
2. Марута Н.А. Информация о 21 Европейском Конгрессе психиатров / Н.А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2013, том 21, № 2 (75), С. 107-108.
3. Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движение, его современное состояние // В кн.: Медицина и методология. — М., 1985. — С. 170 — 185.
4. Штернберг Э.Я. Рецензия на кн.: А.Эй. Защита и прославление психиатрии. Реальность психической болезни. Париж — Нью-Йорк — Барселона — Милан, 1978//Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1979. — Т.78, вып. 2 — С. 241 — 242.
5. Папандопулос Т.Ф. Рецензия на кн.: М.Фуко. Помешательство и иррациональное. История помешательства в классический период. Париж, 1961 / Т.Ф. Папандопулос // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1973. Т.73, вып. 4, - С. 595 — 602.
6. Cooper J.E. Sartorius N. Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialization / J.E. Cooper, N. Sartorius // British Journal Psychiatry. — 1977. — V. 130. P. 50 — 55.
7. Laing R. The politics of experience. London, 1967. — 156 p.
8. Фуко М. Помешательство и иррациональное. История помешательства в классический период. Париж, 1961.
9. Szasz T. The myth of mental illness. — London, 1962.
10. Ястребов В.С. Деинституционализация и ее последствия / Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1986. Т. 86, № 8. — С. 1243— 1249.
11. Мицумото Сато. Переименование шизофрении — опыт Японии / С. Мицумото // Новости медицины и фармации. 2009., № 303. С. 87 — 88.
12. Улыбина У.В. Психология обыденного сознания. — М., 2001. — 263 с.
13. Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы — отношение к предубеждениям и обвинениям / Пер. И.Я. Сапожниковой. М., 2001. 215 с.
14. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come / P. Byrne // Journal of the Royal Society of Medicine. — 1997. — V. 90. — P. 618 — 621.
15. Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S. Stigmatisation of people with mental illnesses / A.H. Crisp, M.G. Gelder, S. Rix // British Journal Psychiatry. — 2000. — V. 177. P. 4— 7.
16. Haghigat R. A unitary theory of stigmatization / R. Haghigat // British Journal Psychiatry. — 2001. — V. 178. P. 207 — 215.
17. Link B.G., Struening E.L., Rahav M. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav // Journal of Health and Social Behavior. — 1997.

- V. 38. – P. 177 – 190.
18. Angermeyer M.C. Образ психиатрии в обществе // Обзор современной психиатрии. – 2001. – Т. 9. – С. 1 – 7.
 19. Wolff G. Community Knowledge of Mental illness and Reaction to Mentally ill People / G. Wolff // *British Journal of Psychiatry*. – 1996. – P. 191 – 198.
 20. Sartorius, N. (1998) Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, 352, 1058-1059/
 21. Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия / В.С. Ястребов // Психиатрия психофармакотерапия. 2001. Т.2. № 1.
 22. Арбитайло А.М. Этнические предубеждения и возможности юмора для их преодоления. Автореф. дисс. канд. психол. наук. – М., 2008.
 23. Смирнова Ю.С. Социально-психологический анализ феномена предубеждений к стигматизированным группам / Дисс. на соискание уч. ст. канд. психол. наук: 19.00.01 / Белорусский гос. пед. ун-т. – Минск, 2005.
 24. Осокина О.И. Проблемы стигматизации больных, перенесших первый эпизод психоза. / О.И. Осокина // Медицинская психология, 2009, № 2 – 3. С. 51– 58.
 25. Коцюбинский А.П. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях / А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома, В.В. Зайцев // Социальная и клиническая психология. 1999. Т. 9, № 3. – С. 9 – 13.
 26. Rahman A., Mubbashar M.H., Gater R., et al. Randomised trial of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan // *Lancet*. 1998. – V. 352. – P. 1022 – 1025.
 27. Lawrie S.M. Stigmatisation of psychiatric disorder / S.M. Lawrie // *Psychiatric Bulletin*. 1999, 23. – P. 129 – 131.
 28. Улыбина Е.В. Психология обыденного сознания. – М., 2001. – 263 с.
 29. Meise U. et al. "... не опасные, но все еще пугающие". Программа против стигматизации шизофрении в школах / U. Meise // Обзор современной психиатрии. 2001. – V. 9 – P. 8 – 9.
 30. Smith M. Medical First International Conference on Reducing Stigma and Discrimination "Together Against Stigma": Materials. – 2001. P. 67.
 31. Rabkin, J. (1974) Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, P. 9 – 33.
 32. Thompson M., Thompson T. Discrimination against people with experiences of mental illness. – Wellington, 1997.
 33. Jones A.H. Психическое заболевание, ставшее достоянием общественности: конец стигме? / А.Н. Jones // Обзор современной психиатрии. – 2001. - № 5. – С. 6.
 34. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / Кабанов М.М. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. Т.1 – С. 22 – 27.
 35. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come / Byrne P. // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1997. V.90. – P. 618 – 621.
 36. Семин И.Р. Психиатрическая просвещенность и отношение общества к психически больным // В кн.: Руководство по социальной психиатрии. М., 2001. С. 73 – 93.
 37. Taylor M.S., Dear M.J. Scaling community attitudes toward the mentally ill / M.S. Taylor, M.J. Dear. // *Schizophrenia Bulletin*. – 1981. – V. 7. – P. 225 – 240.
 38. Гонжал О.А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / О.А. Гонжал // Психиатрия: Научно-практический журнал / Ред. А.С. Типинов, Н.М. Михайлова. – 2006. - № 3, 2006. – С. 39 – 46.
 39. Corrigan P.W. Самостигма и эффект «зачем пытаться»: влияние на жизненные цели и практики, основанные на доказательствах / P.W. Corrigan, E.L. Jonathon, N. Rusch // Всемирная психиатрия. 2009, Т. 8, № 2. – С. 99 – 106.
 40. Bandura A. The anatomy of stages of change. *Am J Health Prom* 1997; 12: 8 – 10.
 41. Rusch N, Holzer A., Hermann C et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J. Nerv Ment Dis* 2006; 194: P. 766– 73.
 42. Гурович И.Я. Выздоровление при шизофрении / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. 2008, Т. 18, № 2. С. 7 – 14.
 43. Bellack A.S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications / A.S. Bellack // *Schizophr. Bull.* – 2006. Vol. 32, № 3. – P. 432 – 442.
 44. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services / M. Farkas // *World Psychiatry* – 2007. – Vol. 6, № 2. – P. 4 – 10.
 45. Fisher D.B. Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities / D.B. Fisher // *Hosp. Com. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 45. – P. 913 – 915.
 46. Jacobson N., Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication / N. Jacobson, D. Greenley // *Psychical Serv.* – 2001. – Vol. 52. – P. 482 – 485.
 47. Leete E. Stressor, symptom, or sequelae: remission, recovery, or cure? / Leete E. // *Journal of the California Alliance for the Mentally III.* – 1994. – Vol. 5. – P. 16 – 17.
 48. Lehman A.F. Putting recovery into practice: a commentary on "What recovery means to us" / A.F. Lehman // *Com. Ment. Health J.* – 2000. – Vol. 36. – P. 329 – 331.
 49. Liberman R.P., Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century / R.P. Liberman, A. Kopelowicz // *Int. Rev. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 14. – P. 245 – 255.
 50. Liberman R.P., Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research / R.P. Liberman, A. Kopelowicz // *Psychiatric Services*. – 2005. Vol. 56, № 6. – P. 735 – 742.
 51. Ridgway P.A. Re-storying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives / P.A. Ridgway // *Psychiatr. Rehab. J.* – 2001. Vol. 24. – P. 335 – 343.
 52. Walsh J. Social network changes over 20 months for clients receiving assertive case management services / J. Walsh // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1996. – Vol. 19. – P. 81– 85.
 53. Young S.L., Ensing D.S. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities / S.L. Young, D.S. Ensing // *Psychiatr. Rehab. J.* – 1999. – Vol. 22. – P. 219 – 231.
 54. Sullivan P. Recovery from schizophrenia what we can learn from the developing nations. *Innovations and Research in Clinical Services. Community Support, and Rehabilitation* 3 (2), 7 – 15. 1994.
 55. Beale V. Lambrie T. The Recovery Concept: Implementation in the Mental Health System: A Report by the Community Support Program Advisory Committee. Columbus, Ohio, Ohio Department of Mental Health, Aug. 1995. 1 – 20.

Поступила в редакцию 18.03.2013