

*В. А. Абрамов*

## СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: стигматизация, психиатрическая помощь, реабилитация, социальная защита.

Стигматизация психиатрии проявляется в негативно-предубежденном отношении к ней общества и дистанцировании от решения ее проблем. Стигма психического расстройства определяется как признак недоверия или пренебрежения, сопровождающийся мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях и отдаляющий пациента от остальных [5].

В советский период отношение государства к потребителям психиатрической помощи базировалось на представлении об их непереносимой социальной опасности и необходимости защиты общества от этой опасности. Поэтому социальная политика в вопросах организации психиатрической помощи приобрела отчетливый стигматизирующий характер и реализовалась в следующих направлениях:

1. В приоритетном развитии институционализированной психиатрической помощи как удобной формы ограничительно-изоляционных санкций и дистанцирования государства от конструктивного решения психиатрических проблем и проблем конкретного человека.

2. В организации внебольничной психиатрической помощи, с ее преимущественно диспансеризационным направлением (в конечном счете приведшем к злоупотреблениям психиатрией и навешиванию ярлыка «карательная психиатрия»), оказавшейся не в состоянии удовлетворить потребности населения в альтернативных видах психотерапевтической и психосоциальной помощи, по существу лишив значительные контингенты пациентов с пограничными психическими расстройствами права выбора и сузив реальные возможности получения психиатрической помощи до уровня психиатрического стационара.

3. В содержании стационарной психиатрической помощи, использовавшей преимущественно биологические подходы к лечению (в т.ч. шоковые), длительную изоляцию, надзорные функции, патернализм во взаимоотношениях с пациентами, что при отсутствии адекватной социальной

стимуляции создавало условия для их социального выключения.

4. В необоснованной монополизации психиатрами права на социальную интеграцию пациентов, без привлечения компетентных в этой работе специалистов (психологов, социальных работников и др.).

5. В исторически сложившейся тотальной обособленности психиатрии, ее кастовости, ограничивающей возможности социального контроля за качеством жизни и реализацией прав пациента.

В настоящее время основной предпосылкой стигматизации («нормативом» социальной политики государства) в области психиатрии является социальная допустимость иронического и пренебрежительного отношения к психиатрическим проблемам и потребителям психиатрической помощи, поощряемая всеми ветвями власти. Стигматизация затрагивает все сферы психиатрической помощи (медицинское обслуживание, социальную реабилитацию, социальную защиту) и осуществляется через социальное отвержение, дискриминацию и социальную изоляцию, приводя к нарушениям у пациента ощущения «самости». Стигма психических расстройств и дискриминация по отношению к психически больным остаются наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни этих людей [12].

В цивилизованном обществе постановка психиатрического диагноза воспринимается чаще всего с позиций гуманной интерпретации социальных (поведенческих) отклонений. В условиях стигматизации психиатрическая диагностика нередко олицетворяет собой акт дегуманизации и исключения пациента из состава полноценного общества. Конкретные «выталкивающие» процессы происходят в сознании семьи, родственников, друзей, сослуживцев пациента, которые под разными предлогами (прямо или косвенно) демонстрируют стремление избавиться от таких лиц и достичь состояния собственного комфорта.

Апофеозом негативного отношения к психиатрическим пациентам является констатация т.н. «вредных условий труда» медперсонала психиатрических учреждений. Осознание и идентификация этой «вредности» с позиций терапевтического взаимодействия едва ли могут способствовать формированию партнерских отношений между медперсоналом и пациентом, а, скорее, дистанцируют их. В конечном счете это приводит к маргинализации психически больного, его необратимому социальному выключению, в т.ч. из сферы социальной политики государства.

Стигматизация пациентов проявляется и в их неинформированности ни о своих правах и гарантиях, ни о способах их защиты; не знают наши пациенты, большинство из которых является инвалидами, что дискриминация инвалидов запрещена и преследуется законом. Судя по отсутствию соответствующих обращений, они не знают о том, что главным защитником прав и свобод человека является суд. В 55 статье Конституции Украины государство гарантирует каждому право на обжалование в суде решений, действий или бездействия органов власти, местного самоуправления, должностных лиц. Не информированы наши пациенты и о возможности обращений к Уполномоченному Верховной Рады Украины по правам человека.

Программа ВПА, направленная на дестигматизацию, преследует следующие цели:

- увеличить осведомленность населения о природе шизофрении и право выбора лечения;
- улучшить отношение населения к больным, страдающим шизофренией и их семьям;
- организовать мероприятия, направленные на устранение дискриминации и предубеждения.

Однако для украинской психиатрии эти меры едва ли станут результативными, пока не произойдет кардинальных изменений в организации психиатрической помощи. Ни общеобразовательные программы, широко используемые за рубежом [7], ни правдивая информация о психических расстройствах и их последствиях [3], ни конструктивная программа ВПА, направленная на дестигматизацию, не изменят отношения общества (в т.ч. психиатров) к потребителям психиатрической помощи, пока она не станет приоритетным направлением социальной политики государства, направленным на

удовлетворение потребностей пациента, и пока не будут приняты и выполняться законодательные, образовательные и социальные меры, направленные на социальную реинтеграцию пациентов. Дестигматизация по-существу возможна при существенных изменениях содержания психиатрической помощи в рамках системы адекватного профессионального (междисциплинарного) реагирования на социальную дисфункцию пациентов и при создании равных возможностей для их участия в социальной жизни и развитии.

Всемирная программа действий в отношении инвалидов под созданием равных возможностей понимает «процесс с помощью которого такие общие системы общества как физическая и культурная среда, жилищные условия, социальные службы и службы здравоохранения, образование и работа, социальная жизнь в целом, делаются доступными для всех». Принцип равенства прав предполагает, что потребности потребителей психиатрической помощи имеют такое же важное значение, что и потребности здоровой части населения, что эти потребности должны учитываться в планах социально-экономического развития государства, и что все средства следует использовать таким образом, чтобы каждый пациент имел равные возможности для участия в жизни общества.

Любой пациент, в т.ч. хронически инвалидизированный, имеет право оставаться жить в своей семье и получать необходимую поддержку в рамках обычных систем здравоохранения, образования, занятости и социальных услуг. При этом ограничение возможностей не является основанием для отказа от создания условий для их реализации. Равные права предполагают также создание условий для максимально возможного выполнения пациентами своих обязанностей как членов общества.

Таким образом, дестигматизация психиатрии возможна только при адекватной социальной политике на различных уровнях психиатрической помощи:

1. Медицинское обслуживание, включающее диагностику и лечение.
2. Социальная реабилитация - как социально организованное реагирование на болезнь и ее последствия.
3. Социальная защита (поддержка) - универсальная и, как правило, адресная система услуг.

## Медицинское обслуживание (психиатрическая помощь)

В Украине нет органа, координирующего вопросы охраны психического здоровья и психиатрической помощи. Линейная политика государства в этой сфере (психиатрия как одна из медицинских специальностей), как известно, находит выражение в организации управления психиатрической помощью Минздравом Украины и его региональными управлениями. Содержание и направленность ее не меняются в течение нескольких десятилетий. На прежнем (остаточном) уровне остается финансирование психиатрической помощи, практически не происходит ее структурная реорганизация, не претерпела необходимых изменений система многоуровневой подготовки специалистов. Даже в крайне важных вопросах клинического использования МКБ-10 возобладали формально-директивный подход, подменивший принципом кодирования необходимость ее многоаспектного внедрения.

В Украине по- существу (*de facto*) преобладает попечительская форма психиатрической помощи, оторванная от общей системы здравоохранения и сконцентрированная в психиатрических больницах на большом расстоянии от многих населенных пунктов, что делает ее малодоступной для значительной части населения. Широко используется принцип патернализма, в свое время делегированный психиатрам для защиты прав пациентов, не способных самостоятельно такую защиту осуществлять. В принципе такие отношения (навязываемая помощь из гуманных соображений с риском потери автономии для пациента) допустимы лишь в ограниченных ситуациях и не должны распространяться на весь контингент стационарных больных. Однако в реальной клинической практике под прикрытием приверженности к патернализму, персонал нередко затушевывает низкую реабилитационную активность и отсутствие стремления к созданию атмосферы, побуждающей пациентов к самореализации в деятельности.

Настоящий этап реформирования психиатрии, начавшийся во многих странах в 60-е годы, не затронул украинскую психиатрию. Об идеях деинституционализации и децентрализации психиатрической помощи, о развитии центров общественной психиатрии и ее сближении с общесоциальной сетью, о смещении акцентов в сторону оказания мультидисциплинарной психиатрической помощи украинские психиатры узнали только в последние годы, главным образом благодаря усилиям АПУ. Совсем недавно для них открылись такие хорошо известные в

Европе направления психиатрической помощи как общинное психиатрическое обслуживание, социальная работа, регионализация психиатрической помощи, работа с группами пользователей и их семьями.

Все эти годы государство (СССР), используя психиатрию в политических целях, боролось с инакомыслящими, санкционировало недобровольную госпитализацию «правдоискателей», поощряло гипердиагностику шизофрении, безуспешно убеждало мировую психиатрическую общественность в соблюдении прав человека, всемерно способствовало «закрытости» психиатрии, избегало обращения к зарубежному опыту охраны психического здоровья. Психиатрические проблемы интересовали государство прежде всего с точки зрения достижения политических целей, но не с позиций гуманизма, приближения психиатрической помощи к общеевропейским стандартам и повышения ее эффективности. Решение вопросов социальной реабилитации ограничивалось неквалифицированной трудотерапией в ЛТМ и занятостью пациентов в немногочисленных спеццехах на промпредприятиях.

За последние десятилетия практически не изменилось содержание стационарной психиатрической помощи. Подготовка нескольких поколений специалистов осуществлялась на неизменных позициях нозологической систематики психических расстройств с приоритетным использованием биологических методов лечения (в т.ч. шоковых) и явной недооценкой психотерапии (индивидуальной и групповой), методов поведенческой и семейной терапии. Игнорируются важнейшие принципы общеевропейской стратегии лечения больных с психическими расстройствами, направленные на: 1) возможно более продолжительное пребывание пациента в привычной домашней обстановке; 2) создание условий для максимально коротких сроков стационарного лечения; 3) обеспечение доступности специализированной психиатрической помощи всем нуждающимся. Психиатрические службы практически обходятся без клинических психологов, психотерапевтов и социальных работников. Традиционные описания психического состояния пациентов в форме «статусных психопатологических клише» отражают отсутствие системного «видения» пациентов. Если обращение в психиатрическое учреждение в цивилизованной стране предполагает комплексное обслуживание пациента с широким диапазоном медицинских, психологических и реа-

билитационных услуг, а также квалифицированную социальную помощь, то в нашей стране такое обращение нередко исчерпывается оказанием стандартной и однообразной психиатрической помощи, ориентированной на биологическую модель заболевания. Учебные программы по психиатрии десятилетиями не изменяли своего содержания и утверждались формально. В психиатрических больницах до настоящего времени сохраняется классическая психиатрическая атрибутика: режимное содержание больных с различными формами изоляционно-ограничительных санкций, пребывание больных в наблюдательных палатах с постоянным надзором, ограничение жизненного пространства, решетки на окнах, фиксация возбужденных больных, длительное (нередко годами) пребывание в отделении.

И хотя современный профессиональный подход к медицинскому обслуживанию в этих условиях практически невозможен, почти ничего не делается для коренных изменений в этой области. Используемые стандарты медицинского обслуживания не могут в полной мере удовлетворить потребности населения в альтернативных видах психиатрической помощи. До настоящего времени Минздрав Украины ни структурно (не создано управление охраны психического здоровья), ни функционально (на методологическом и организационном уровнях) не определил основных направлений реформирования психиатрической помощи. Происходящие изменения затронули лишь сокращение службы, основные тенденции которого прослеживаются при сравнении статистических отчетов Минздрава Украины за 1988 и 1996 годы:

1. Структура стационарной и амбулаторной психиатрической помощи за истекшие годы практически не изменилась. Существенные изменения затронули показатель обеспеченности психиатрическими койками, который снизился на 21,5% (с 68243 до 53550). На 21,3% сократилось количество коек в психиатрических больницах и на 1,7% в психоневрологических диспансерах. На 29,3% сократилось число психиатрических коек в областных, городских и центральных районных больницах, составляя в общей сложности 5,3% от общего психиатрического коечного фонда. Вызывают удивление 150 психиатрических коек (110 - для взрослых и 40 - для детей), которые обеспечивают реализацию научного потенциала двух НИИ психиатрического профиля.

Таким образом, в Украине сохраняется доминирующая и централизующая роль психиатри-

ческих больниц в оказании психиатрической помощи населению. Происходящее сокращение коек является следствием экономических факторов, а не стратегическими подходами к реформированию службы.

Аналогичная тенденция наблюдается и в отношении психиатрических коек для детей, число которых сократилось на 24,4% и составляет 5,2% от общего количества психиатрических коек в стране. На 33-41% сократилось число детских психиатрических коек в детских областных и городских больницах и в клиниках НИИ, а их удельный вес в структуре детской психиатрической помощи (13,6%) свидетельствует (как и в организации психиатрической помощи взрослым) о сворачивании тенденции к децентрализации психиатрической помощи и ее интеграции с общесоматической помощью.

2. Число занятых должностей врачей-психиатров сократилось с 4615 до 4215 (на 8,7%) и практически не изменилось во внебольничной сети. Число физических лиц на занятых должностях уменьшилось на 7,2%.

3. Практически не изменились основные показатели деятельности психиатрических стационаров. Отсутствует типичная для европейских стран тенденция к снижению средней длительности пребывания больного в стационаре (64,6 дня). В тоже время почти в два раза (с 1,25 до 2,1) возрос показатель больничной летальности.

4. Существенные количественные и качественные изменения произошли в отношении контингента больных, состоящих на диспансерном учете. Общее количество их уменьшилось на 23,4% и составляет 887988 человек (или 173,8 на 10 тыс. населения). На 13,3% уменьшилось число больных психозами (61 на 10 тыс. населения), на 35,1% - число больных с психическими расстройствами непсихотического характера (69,2 на 10 тыс. населения), на 40% число лиц с умственной отсталостью (30 на 10 тыс. населения). На 40,2% уменьшилась распространенность психических заболеваний среди детей (172 на 10 тыс. населения). Указанные тенденции связаны не с истинным снижением количества психически больных, а с переводом (включением) многих из них в консультативную группу наблюдения, а также со снижением обращаемости за традиционными (нередко рутинными) формами психиатрической помощи.

Контингент психически больных, имеющих группу инвалидности, возрос на 12,4% и составляет 235489 человек (46,1% на 10 тыс. человек).

Таким образом, позиция Минздрава Украи-

ны выражающаяся, в частности, в опоре на статистические показатели, не позволяющие оценить ни качества, ни эффективности психиатрической помощи, не может служить эталоном в вопросах ее реформирования. Конечные результаты такой помощи находят выражение в уровне социальной интеграции пациентов и качестве их жизни. Так, сплошное популяционное исследование 3364 больных общепсихиатрических отделений 9 психиатрических больниц показало, что 71% из них являются неработающими инвалидами II группы, 79% не имеют своей семьи, 83% по материальному положению соответствуют статусу нищего, 10% не имеют условий для проживания вне больницы. Многофакторный анализ результатов анкетирования 234 пациентов общепсихиатрических отделений и 91 врача-психиатра позволил ранжировать удельный вес пациентов, неудовлетворенных качеством своей жизни:

72,7% - основными сферами жизни;

81,5% - госпитализацией;

78% - организацией жизненного пространства, не соответствующего условным нормативам;

75,2% - организацией реабилитационного процесса, не соответствующего условным нормативам;

51% - несоблюдением этико-правовых норм.

Интегральный показатель общей неудовлетворенности «качеством жизни» пациентов составил 70,5%; в т.ч. - в оценке врачей - 67,2%, в оценке пациентов - 77,5%. Структура факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов и их удельный вес выглядят следующим образом: 24% - изоляция, 23% - длительность стационарного лечения, 14% - отсутствие условий для нормальной жизни, 9% - прием психотропных средств, 5% - зависимость от персонала, остальные 19% - или «трудно сказать» или «все устраивает». К этому можно добавить и особенности финансирования психиатрической помощи, существенно влияющего на качество (и количество!) жизни пациентов (в психиатрических больницах Донецкой области в 1997 г. выделялось в день 56 коп. на питание и 13 коп. на лечение одного больного; в 1998 г. соответственно 80 и 18 коп.).

Известно, что любое вмешательство по оказанию медицинской помощи осуществляется в контексте соответствующей системы обслуживания населения. В нашей стране такая система предусматривает ставшее анахронизмом диспансерное обслуживание населения, в большей мере предусматривающее диспансерный

учет, чем оказание альтернативных форм помощи, адекватных потребностям пациента.

Эта модель не может рассматриваться как альтернатива лечению в крупных психиатрических больницах или как аналог западных моделей внебольничной помощи. Сделать ее прогрессивной можно только путем изменения целевых установок по оказанию психиатрической помощи по месту жительства, как это делается во многих странах [9,10,13]. Речь идет о так называемой «ассертивной терапии», направленной на выработку умения отстаивать свои права в ситуациях, типичных для жизни в обществе, или тренинг навыков, необходимых для жизни в обществе. Наиболее общими элементами (принципами) такой модели являются [11]:

- помощь предлагается всему населению, проживающему на четко ограниченной территории обслуживаемого района;

- обслуживание базируется на оценке потребностей конкретного человека, в зависимости от результатов которой предоставляется индивидуализированная помощь, ориентированная на предоставление клиенту как можно более широких полномочий и строящаяся на его наиболее ценных положительных качествах и наиболее сильных сторонах;

- помощь нацелена в первую очередь на наиболее инвалидизированных и серьезно больных пациентов;

- обеспечивается непрерывность и последовательность оказания помощи во времени, а также при изменении местопребывания клиента (в случае госпитализации, помещения в интернат, при выписке или переводе в другое учреждение и т.п.);

- службы ориентированы на охват всех нуждающихся, доступны повсюду, где есть необходимость в их помощи, которая предоставляется до тех пор, пока потребность в ней не отпадет, предпочтительно в привычном для клиента социальном окружении;

- помощь предоставляется в условиях, сводящих к минимуму применение ограничивающих мер, и по возможности без длительной госпитализации;

- службы являются частью основной системы здравоохранения и тесно связаны с системой первичной медицинской помощи;

- социальная и профессиональная реабилитация проводится в естественных условиях;

- службы подотчетны пользователям; ведется постоянное наблюдение за качеством оказываемой помощи и ее соответствием потребностям клиентов;

- пользователи, их близкие (или другие лица, которые постоянно заботятся о них) привлекаются к участию в планировании деятельности служб, в проводимой ими работе и оценке оказываемой помощи;

- деятельность служб включает в себя выявление больных, кризисное вмешательство и экстренную госпитализацию, обеспечение местами в специализированных интернатах, общежитиях или других подобных учреждениях, полный объем психиатрического и медицинского обслуживания, помощь в решении жилищного вопроса, материальную и социальную поддержку, оказываемую самому больному и его семье, помощь в адаптивном функционировании в сфе-

рах трудовой деятельности, социальных отношений, досуга и повседневной жизни путем обучения соответствующим навыкам, оказания психологической поддержки, внесения изменений в окружающую среду, проведения разъяснительной работы.

Приемлемы ли указанные принципы для украинского общества? Готово ли оно к их практическому использованию? Ясно одно: их осуществление возможно при условии существенных изменений политики правительства в сферах здравоохранения и экономического развития, что в свою очередь потребует мобилизации и консолидации различных социальных, экономических и политических сил.

### Социальная реабилитация

Основополагающей концепцией и смыслом социальной политики в отношении психически больных, особенно инвалидов, является реабилитация. Ее следует рассматривать не как совокупность определенных «техник», а как общую стратегию, сфера которой охватывает не только здравоохранение, но также законодательство, социальные службы и экономику [14].

Реабилитационная методология в психиатрии советского периода формировалась в условиях приоритета институционализированной психиатрической помощи, длительной социальной изоляции больных и крайне ограниченных возможностей социальной экстрамуральной помощи.

Практическое отсутствие клинических психологов и социальных работников, несовершенство структуры, организации и методических приемов превратили гуманную и глобальную цель реабилитации (восстановление социальной и личностной значимости пациента) в лозунг или спорадические попытки энтузиастов «соединить хорошую теорию с малопродуктивной практикой». По-существу, реабилитация как «система разносторонних усилий», требующая разделения полномочий между различными специалистами, была монополизирована психиатрами, которые занялись выполнением несвойственных (непрофессиональных) функций социальной реинтеграции пациентов, создавая иллюзию решения проблемы.

Произвольно происходил отбор методов реабилитации. Так называемые «социотерапия», «терапия средой», «терапия занятостью» и т.д. (спорные понятия, т.к. социум не лечит, а создает условия для оптимального социального восстановления) на самом деле представляли собой совокупность микросоциальных факторов,

использовавшихся для предотвращения депривационных влияний больничной среды. Скорее здесь речь шла о мероприятиях, обеспечивающих активизирующий режим и профилактирующих сползание пациента к изоляции, чем о научно обоснованных методах социальной реабилитации больных. К тому же социальная реабилитация в условиях изоляции (особенно длительной) в общепсихиатрическом отделении невозможна в принципе. Напротив, реабилитационный потенциал человека «гаснет» пропорционально длительности госпитализации. Следует учитывать и общемировую тенденцию к резкому сокращению сроков стационарного лечения в психиатрических больницах, ограничивающихся периодом купирования психотических расстройств. Для, собственно, реабилитационных мероприятий не будет времени.

С другой стороны, интегрировать больного в общество - это не просто выписать его из больницы под наблюдение участкового психиатра. «Вхождение» в общество, или восстановление социальных связей пациента - задача, выходящая за рамки возможностей медицинской помощи. Анахронизмом выглядит сейчас утверждение известных в недалеком прошлом специалистов по реабилитации о том, что психоневрологический диспансер является «внебольничным центром по социальной реабилитации психически больных».

Тем более не являются такими центрами дома-интернаты для психохроников. Так кто же и где должен осуществлять реабилитацию, как основополагающее направление социальной политики государства по отношению к инвалидам?

В стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Ассам-

блеей ООН в 1993г, четко разграничены такие направления как медицинское обслуживание и реабилитация. В многочисленных нормативных актах ответственность за социальную помощь, социальную защиту инвалидов и других категорий социально незащищенных граждан возлагается на Министерство социальной защиты и управления социальной защиты областных администраций. В осуществлении реабилитации, целью которой является достижение оптимального уровня самостоятельности и жизнедеятельности инвалидов, предусматривается лишь косвенное участие органов здравоохранения.

Необходимость проведения реабилитационных мероприятий возрастает по мере прогрессирования дезорганизации психической деятельности пациента и утраты индивидуальных навыков. В этих случаях конечная цель реабилитации (восстановление личностной и социальной значимости) (М.М.Кабанов, 1978) нередко оказывается недостижимой. Существенно затрудняется и реализация такого важного принципа реабилитации как «апелляция к личности», т.к. не всегда удается обнаружить «сохраненные части», с которыми можно работать.

Стратегическая цель реабилитации хронически инвалидизированных больных должна сводиться к обучению (тренировкам) социальным навыкам. Эта цель достигается путем использования ролевых игр, создания условий для взаимодействия с внебольничным окружением, участия в занятии теми делами, которыми занимаются «нормальные» люди, индивидуально составленными программами поведенческой терапии.

По-видимому, бывают и такие состояния, при которых вследствие полной утраты способности функционировать осуществление реабилитационных мероприятий становится невозможным. В этих случаях используют т.н. «протезирование» окружения с избеганием гиперопеки, которая может еще больше усугублять несостоятельность больного.

Многопрофильная реабилитационная деятельность в центрах реабилитации должна быть сконцентрирована на восстановлении пациентов в различных сферах их социального функционирования [8]:

- самобслуживание и уход за собой, что относится к личной гигиене, способности самостоятельно одеваться, следить за своим внешним видом, заботиться о нормальном питании;

- выполнение профессиональных обязанностей и других видов деятельности, что включает

ожидаемый уровень функционирования на оплачиваемой работе (в соответствии с занимаемой должностью), в учебе, ведении домашнего хозяйства;

- функционирование в домашнем и семейном кругу, что подразумевает ожидаемый уровень взаимодействия с супругом (супругой), родителями, детьми или другими близкими людьми;

- функционирование в более широком социальном контексте, что относится к социально адекватному взаимодействию с другими членами общества, к участию в различных формах проведения досуга и к иным проявлениям социальной активности.

Оценка современного уровня организации, кадрового и методического обеспечения социальной реабилитации больных и инвалидов с психическими расстройствами свидетельствует об отсутствии такого направления в социальной политике государства. По-существу, государство не приняло на себя ответственности за включение их в нормальную жизнь общества.

Между тем, в ряде стран (например, в Японии) в законодательном порядке реабилитация психически больных была поднята на уровень обязанности государственной власти и региональных администраций. Законом здесь предусматривается не только терпимость, но и социальное признание психически больных. Префектуры и местные власти наделены правом проведения в жизнь собственных программ реабилитации психически больных, которые должны обеспечить переход от принудительной продолжительной формы лечения к реабилитации и возвращению в общество хронически больных пациентов.

Изменить сложившуюся ситуацию может национальная программа, которой государство возьмет на себя обязательства в отношении обеспечения равенства возможностей для инвалидов. При составлении такой программы необходимо учесть три важных обстоятельства:

- 1) социальная реабилитация не должна входить в спектр прямых обязанностей психиатрических учреждений; все службы реабилитации должны находиться в сообществе (специальных социальных центрах);

- 2) основным направлением реабилитации является социальная работа, осуществляемая профессионально подготовленными социальными работниками и клиническими психологами;

- 3) потребитель психиатрической помощи должен рассматриваться не как пациент (что характерно для периода институционализированной

реабилитации), и не как клиент (как в период деинституционализации), а как гражданин и равноправный член общества.

Такое отношение понимают как «членство в сообществе» (Community membership), а направление реабилитационной работы (социального включения пациента) должны определять не профессиональные стандарты или консенсус междисциплинарной команды, а конкретные потребности человека. Приоритетом работы здесь становится не столько благосостояние, здоровье, безопасность или развитие человека, сколько самоопределение и отношения с обществом.

Важнейшей сферой реабилитационной деятельности является также системное «видение» пациента и его функциональная (многоосевая) идентификация. Традиционный для отечественной психиатрии синдромально-нозологический подход к оценке психического состояния пациента отражает эволюционно сложившуюся видовую (общечеловеческую) форму приспособления организма к тем или иным условиям жизни. Часто встречающееся рассмотрение психопатологических проявлений болезни как прямого и исключительного следствия болезненного процесса приводит к редукции психической жизни больного до уровня синдромов, делает ее оторванной от особенностей социального функционирования и межличностных отношений. При этом совершенно не раскрываются индивидуальные особенности болезни у конкретного пациента и делается невозможной практическая реализация основополагающего принципа меди-

цины «лечить больного, а не болезнь». С другой стороны, ориентация на клинико-биологический субстрат патологического процесса противоречит концептуальным позициям реабилитационной методологии.

Концептуальная модель, используемая при идентификации пациента, определяет не только особенности диагностического подхода, но и преобладающий вектор (содержание и направленность) оказываемой помощи. Например, если лицо с умственной отсталостью воспринимается как психически больной, не излечимый, не обучаемый, то стратегия помощи будет исчерпываться медицинским обслуживанием (главное действующее лицо - психиатр), а если этот же пациент будет восприниматься как представитель определенной социальной группы со своими правами, общественными запросами и жизненными потребностями, а его состояние оцениваться как такое, при котором возможно достижение определенной социальной адаптации, то программа помощи ему будет иметь социоцентрический характер (действующие лица: социальный работник, дефектолог).

Таким образом, при разработке индивидуальных реабилитационных программ необходимо ориентироваться не на диагноз, инвалидность или ограниченные возможности пациента, а на человека как полноправного члена общества. Только при этих условиях приоритетным при работе с ним будет его самоопределение и отношение с окружающими. Именно такое понимание проблем пациента заложено в принципе многоосевой диагностики МКБ-10.

### Социальная защита и социальная работа

Заострение социальных проблем, как потенциальная угроза социальной стабильности находит выражение в появлении многочисленных контингентов т.н. социальных аутсайдеров, нуждающихся в поддержке государства. Среди них значителен удельный вес хронически инвалидизированных пациентов, которые находятся на периферии общества и самостоятельно не в состоянии следовать социальным требованиям.

Наиболее эффективным механизмом социальной политики (социальной защиты) этого контингента является социальная работа, и как гуманистическое начало, и как форма социального контроля. К сожалению, в нашей стране под давлением экономических обстоятельств стратегия социальной защиты заполняется дискриминационными подходами.

В американской «Энциклопедии социальной

работы» представлены дефиниции ее категориально-понятийного аппарата:

- социальная защита - система мер, осуществляемых государством и различными общественными организациями по обеспечению гарантированных минимально достаточных условий жизни, поддержки жизнеобеспеченности и деятельного существования человека;

- социальная поддержка - специальные шаги, направленные на поддержание условий, достаточных для существования слабых социальных групп, отдельных семей, лиц, которые испытывают нужду в процессе своей жизнедеятельности;

- социальная помощь - система социальных мер по оказанию соответствующими службами поддержки и услуг отдельным лицам или группам населения для преодоления или смягчения

жизненных трудностей, сохранения их социального статуса, полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе;

- социальное обслуживание - деятельность по оказанию социально-бытовых, медико-социальных, психологических, правовых услуг, помощи в социальной адаптации и реабилитации граждан и их семей, которые пребывают в тяжелой жизненной ситуации;

- социальная реабилитация - процесс восстановления социальных функций человека, его роли как субъекта основных сфер жизни общества;

- социальная опека - оказание помощи индивидам, которым угрожает ущерб со стороны окружающих или в случаях невозможности самостоятельно удовлетворить свои жизненные потребности;

- социальные гарантии - система условий, нормативных установок и мер, направленных на удовлетворение определенного набора благ, услуг, поддержки жизнеобеспечения людей;

- социальное управление - разновидность управления в обществе, функции которого заключаются в регулировании положения всех участников социальной жизни в обеспечении их развития как субъектов социальных отношений.

Какой же парадигмой должно руководствоваться государство в осуществлении социальной помощи психически больным? Если в основу такой парадигмы положить общечеловеческие ценности и принцип всестороннего социального обслуживания в сообществе, то содержание такой помощи должно определяться потребностями пациента, а не сложившимися традициями и уровнем экономического развития.

Государственное управление в области социальной защищенности инвалидов, в т.ч. с психическими заболеваниями, осуществляется Министерством социальной защиты населения Украины, Министерством здравоохранения Украины и местными Советами народных депутатов. Финансирование работы по социальной защищенности инвалидов осуществляется фондом Украины социальной защиты инвалидов. Региональное управление в этой области обеспечивают управления социальной защиты населения и управления здравоохранения областных госадминистраций.

Тесная связь между социальной политикой государства и социальной работой выражается в отношении к социальной работе как к «теории и практике социальной политики правового, социального, демократического государства и гражданского общества», направленных на отдель-

ные социально неполноценные группы и индивидов с целью социальной адаптации их к жизни в среднестатистических условиях конкретного общества [1]. Социальная работа - это профессиональная или волонтерская деятельность, направленная на гарантированную поддержку и оказание социальных услуг конкретному человеку [4]. В широком понимании - это деятельность социальных служб (государственных, частных); в узко-медицинском - воздействие специалистов по социальной работе на пациента с целью оказания помощи в самореализации.

Таким образом, социальная работа - это создание условий для социальной интеграции пациентов, это помощь в решении социальных проблем, а не только уход и опека. Каждый пациент должен почувствовать свою сопричастность со многими аспектами социальной политики государства, ощутить свою принадлежность к сообществу.

В Украине - это абсолютно новое направление (*terra incognita*) теории и практики реабилитации психически больных.

Для его реализации необходимо три условия: создание специальных внебольничных центров социальной реабилитации больных, подготовка социальных работников и создание патронажной службы - функционально определенной социальной структуры при местных органах государственной власти.

Ни одно из этих условий не может считаться выполненным. В нашей стране нет адресной социальной защиты психически больных, нацеленной на полную занятость и универсальную систему социальных услуг. Едва ли можно идентифицировать с «защитой» мизерные пенсионные пособия, скудную кормешку в больницах и интернатовскую опеку.

Ни в Законе Украины об основах социальной защищенности инвалидов, ни в типовых положениях об областных управлениях социальной защиты в перечне лиц, нуждающихся в поддержке не выделены контингенты больных с психическими расстройствами. В различных нормативных документах, затрагивающих вопросы социальной помощи инвалидам, речь главным образом идет о больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата и зрения. Практически отсутствует взаимодействие между участковой психиатрической службой и региональными службами социальной защиты.

Не созданы правовые и нормативные документы, касающиеся социальной защиты психически больных. Психиатрические МСЭК, как

правило, не определяют виды необходимой материальной и социально-бытовой помощи инвалидам.

В Украине нет исследовательских проектов по вопросам социальной политики в области психического здоровья, нет банка данных о хронически инвалидизированных пациентах и ни одного документа, регламентирующего проведение научных исследований по медико-социальным проблемам инвалидности. Единственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, как это ни странно, не имеет психиатрического отдела. Не существует целевых научных программ изучения социальных и экономических вопросов инвалидности по психическим заболеваниям. Ежегодно составляемые главным управлением медико-социальной экспертизы аналитико-информационные справочники ограничиваются минимумом информации о распространенности и удельном весе первичной инвалидности по психическим заболеваниям и не содержат никакого анализа. Такие обзоры непригодны для планирования каких-либо исследований.

По существу не конкретизированы меры социальной помощи в типовых положениях о таких медико-социальных учреждениях как психоневрологический интернат, детский дом-интернат, гериатрический дом-интернат, утвержденных в 1997 году Минсоцзащиты. Весь спектр социальной защиты и социальной работы с направляемым туда контингентом олицетворяется в долгоживущем анахронизме «подопечные».

Отсутствие общегосударственных и региональных проектов, направленных на решение социальных проблем в психиатрии, отсутствие системы профессиональной работы, направленной на гарантированную и персонифицированную поддержку и оказание социальной помощи психически больным, сводят ее к уровню импровизированных инициатив, не позволяющих реализовать принципы деинституционализации.

Сохранение значительной социальной дистанции между обществом и социально наиболее уязвимыми лицами с психическими расстройствами способствует маргинализации отношений, многоаспектному невниманию к трудностям их социальной интеграции, социальному острокизму их семей. Смягчить ситуацию может активация новых общественных движений, социальных течений, групп самопомощи, волонтеров, которые создают дополнительные возможности для социальной поддержки, но не должны своими добровольными усилиями подменять работу государственного сектора. В конечном счете соотношение поддержки на государственном уровне и собственных усилий пациента можно выразить простой формулой: «помочь человеку - помочь себе», в т.ч. осознать, насколько это возможно, личную ответственность за свое положение.

Таким образом, психиатрические службы в Украине не интегрированы в систему социальной политики государства. Психиатрия не выделена как особый объект этой политики. Нет органа, координирующего социальную политику в области психического здоровья. Вмешательство правительства ощущается лишь при очередном сокращении штатов в психиатрическом учреждении, средств на ремонт, питание, медикаменты. И это уже система, так же как системой остается социальная незащищенность медперсонала и работа по принципу: «никогда не бывает так плохо, чтобы не стало еще хуже».

Понятно, что в ближайшее десятилетие государство не сможет обеспечить полноценную социальную поддержку всем в ней нуждающимся. Опыт различных стран показывает, что это длительный процесс. Однако обозначить приоритеты и приступить к созданию условий, необходимых для самореализации психически больных как наиболее социально уязвимой категории граждан, государство должно было бы уже давно, придерживаясь международных соглашений и деклараций.

*В.А. Абрамов*

## СТІГМАТИЗАЦІЯ ТА ДЕСТИГМАТИЗАЦІЯ ПСИХІАТРІЇ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Згруповані основні сфери стигматизації психіатрії на різних рівнях психіатричної допомоги:

- медичне обслуговування включно із діагностикою та лікуванням;
- соціальна реабілітація – як соціально організоване реагування на захворювання та його наслідки;
- соціальний захист (підтримка) – універсальна та, найчастіше, адресна система послуг.

Сформульовані основні напрями дестигматизації психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 3-13)

*V.A. Abramov*

## STIGMATISATION AND DESTIGMATISATION OF PSYCHIATRY

Donetsk State Medical University named after M. Gorky

The main spheras of mental medicine's stigmatisation on different levels of psychiatric help are grouped:

- medical care including diagnostic and treating;
- social rehabilitation as a socially organized reacting on disease and its consequences ;
- social defence (support) – universal and, usually, adressed system of services.

The main directions of destigmatisation are formulated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 3-13)

### *Литература*

1. Жмир В.Ф. Соціальна держава, соціальна політика, соціальна робота.// Соціальна політика і соціальна робота. 1997.№2,3. С.11.

2. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Ленинград. Медицина. 1978.- 230 с.

3. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях.// Журнал невропатол. и психиатр. им.С.С Корсакова. 1998. №1. с.9-12.

4. Коваль Л.Г. Підготовка соціальних педагогів і соціальних працівників в Україні.// Соціальна політика і соціальна робота. 1998, 1-2.- с.86-95.

5. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it.// Advances in Psychiatric Treatment. 2000, v.6, p.65-72/

6. Goffman E. Stigma. The negated indentity. Englewood Cliffs, Prentice-Hall. 1963.

7. Lawrie Stephen M. Stigmatisation of psychiatric disorder. Psychiatric Bulletin. 1999, 23, p.129-131.

8. Janca A., Kastrup M., Katschnig H., Lopez Ibor jr. J.J., Mezzich J.E., Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients

with mental disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1996, 31: 349-354.

9. Kovess V., Boisguering B., Reynauld M. Has sectorization of the psychiatric services in France really been effective? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1995, 30: 132-138.

10. Marks I.M., Connolly J., Muijen M., McNamee G. Home – based versus hospital – based care for people with serious mentalillness. British Journal of Psychiatry, 1994, 165: 179-194.

11. Santon A.B., Henggeler S.W., Burns B.J., Arana G.W., Meisler N. Research on field – based services: Models for reform in the devilyery of mental health care to populations with complex clinical problems. American Journal of Psychiatry, 152: 1111-1123.

12. Sartorius N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it. Lancet, 352, 1058-1059.

13. Test M.A. Training in community living. – In Hanjbook of psychiatric rehabilitation, Liberman R.P. (ed). New York, Macmillan.

14. WHO. Psychosocial rehabilitation. A consensus statement. Geneva, World Health Organization. 1996.

15. Энциклопедия социальной работы. В 3-х т. – М., 1991 – 1994. Т.3, с.204.

Поступила в редакцию 18.09.2000г.