

Актуальные задачи организации психиатрической помощи на современном этапе

А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, Б.Г. Бутома
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева»

Резюме. В статье представлен взгляд авторов на современные проблемы психиатрии. Проведена параллель между существующими мифами, явлениями стигматизации, нарушениями комплаенса и как результат недостаточность психиатрической помощи. В этой связи встает вопрос о дальнейшем развитии и расширении при обслуживании психически больных психотерапевтической (врачи-психотерапевты) и социальной (специалисты по социальной работе и социальные работники) служб, организуемых на разных этапах психиатрического наблюдения за больным.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, стигматизация, комплаенс.

Actual problems of the organization of the psychiatric care at the present stage

A.P. Kotsubinsky, A.N. Erichev, B.G. Butoma
St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. In clause the sight of authors at modern problems of psychiatry is presented. It is drawn a parallel between existing myths, stigma, infringements of compliance and as result insufficient of the psychiatric help. In this connection there is a question on the further development and expansion at the service for mentally ill patients by psychotherapeutic (doctors-psychotherapists) and social (experts on social work and social workers) services, arranged at different stages of psychiatric supervision over the patient.

Key words: the psychiatric help, stigma, compliance.

Эффективность работы службы охраны психического здоровья связана со многими факторами: организационная структура, уровень профессиональной подготовки кадров, техническая оснащенность и т. д. Однако в конечном счете все зависит от того, обратится ли человек за помощью и примет ли он эту помощь в предлагаемой форме. Это тем более важно подчеркнуть, что подавляющее большинство нуждающихся в помощи людей от нее уклоняются [1-4].

Анализ причин этого уклонения связан со многими трудностями. Как правило, если больной обращается к врачу, то его мотивы более или менее известны. Если же он к врачу не обращается, то, во-первых, мы не знаем, действительно ли он нуждается в помощи, а во-вторых, мотивы уклонения остаются неясными. Несколько проясняют вопрос данные, полученные нами при индивидуальном обследовании 150 пациентов в форме неструктурированной беседы. В результате такого опроса обнаружено, что основные мотивы уклонения от сотрудничества сводятся к следующим.

1. Страх учета в психоневрологическом диспансере, связанный с возможностью тех или иных ограничений в профессиональной и/или социальной сферах, ожидаемым запретом на рождение детей.

2. Опасение, что контакты с психиатрической службой скажутся на официальном статусе индивидуума в учреждении, где он работает, и нанесут вред его социальному положению. Это касается в особенности служащих из числа средней и высшей администрации.

3. Ожидание того, что контакты с психиатром и психотерапевтом, получив известность, отрицательно повлияют на межличностные отношения на работе и дома, затруднят образование семьи. Возникает опасение, что в конфликтной ситуации окружающие могут использовать в своих интересах «ярлык» психически больного.

4. Недостаток информации о психопрофилактической помощи. В частности, представление, что разрешение личностных проблем зависит только от внешних обстоятельств, и непонимание того, что психолог или психотерапевт может оказать существенную помощь не только в понимании возможных причин возникновения заболевания, но и способов преодоления способствующих его возникновению дезадаптивных личностных установок. Нередко наблюдается отождествление психопрофилактической помощи с наркологической («Я не наркоман и не алкоголик, зачем мне к вам обращаться?»)

5. Страх зависимости от психотропных лекарств, а также того обстоятельства, что прием психотропных средств отрицательно скажется на потенции.

6. Слабая установка на получение помощи.

Анализ показывает, что перечисленные здесь мотивы уклонения от обращения к психиатрической службе суть частные выражения более сложных феноменов социального сознания: 1) наличие **психиатрической мифологии**, обуславливающее явления **стигматизации** и **самостигматизации** пациентов; 2) несовершенство **системы психиатрической помощи**. В конечном счете это

в значительной степени и определяет **готовность индивидуума к сотрудничеству**

Психиатрическая мифология. Суммируя все, известное нам по этому предмету, мы пришли к выводу, что у населения существует достаточно оформленная система мифов о психиатрии, то есть *психиатрическая мифология*, которая встроена в систему других социальных мифов и вполне согласуясь с ними [7–9].

Анализ факторов, обуславливающих возникновение психиатрической мифологии, позволяет выделить следующие [7]: 1. Недостоверность информации. 2. Мифопоэтическое мышление. 3. Универсальность существования социальных мифов. 4. Нарушение этических норм больными. 5. Защитная функция.

Психиатрическая мифология является системой своего рода пугал, отрицательных примеров, якобы обозначающих границы душевной нормальности. По сути дела это система запретов, указаний того, как не следует себя вести, чтобы не быть причастным к ненормальным. Иными словами, психиатрическая мифология включается в систему норм, регулирующих социальное поведение, и выполняет две основные функции. Во-первых, как любая форма психологической защиты, она снижает уровень тревожности индивидуума, его страх потерять контроль над собственным поведением и стать изгоем. В этом заключается ее положительная роль. Во-вторых, подчеркивая и утрируя предполагаемую или реальную «инакость» персонажей мифологии (за понятием «умалишенный», «ненормальный» и пр., независимо от конкретного образа, в большем или меньшем отдалении стоит тот самый «сумасшедший с бритвою в руке», который психиатрической мифологией выводится за рамки социального мира), общество неправомерно вытесняет их за рамки социума со всеми вытекающими из этого негативными последствиями. В этом заключается безусловно отрицательная роль психиатрической мифологии [7–9].

При попытке систематизации всего многообразия психиатрических мифов обнаруживается, что мифотворчество касается всех без исключения разделов этой области медицины. Главным объектом мифотворчества является образ «сумасшедшего», который в сознании населения предстает как [8]: 1. Устрашающий тип. 2. Тип дурака. 3. Неуравновешенный тип. 4. Тип человека с особо тонкой душевной организацией (утонченный тип). 5. Мистический тип. Другими объектами мифотворчества являются представления неспециалистов обывателей об этиопатогенетических факторах, а также о сущности психиатрического диагноза, взгляды на который обыватели рассматривают в трех аспектах: дефинитивном, операциональном и социальном. Мифологизированными являются и представления общества о течении и прогнозе заболевания, способах лечения и профилактики, организации и режиме лечебных учреждений, профессиональных и личностных качествах врачей. Среди обширной мифологии, касающейся

лечения, выделяются следующие методы воздействия на психически больных: психогенно-шоковые, обыденно-бытовые способы, экзотические методы, чудодейственность «нового лекарства», надежность лишь «старых средств». Мифологизированными являются и образы врачей-психиатров: врач всезнающий, «люди в белых халатах», врач-чародей и чудаки [9].

При этом бытующие в обществе представления об организации и режиме психиатрической больницы довольно точно соответствуют реальным приютам для душевнобольных, существовавшим до начала психиатрических реформ.

Непосредственным результатом существования психиатрических мифов являются широко известные явления **стигматизации и самостигматизации**.

Стигматизация — негативное выделение (этикетирование) обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной группы). По сути, стигматизация представляет собой вариант социального давления на индивидуума (или на социальную группу) с навязыванием ему (ей) статуса «стигматизированных» [10].

Исследования показывают, что в целом общество является для пациентов источником негативных влияний. Процесс негативного выделения психически больного (стигматизации) начинается с момента информирования общества о факте установления диагноза психического расстройства, либо с появления заметных для окружения нарушений его способностей, внешнего облика, поведения, а также «инаких» (непонятных другим) интересов. В обзоре J. Rabkin [21] отмечается, что факт психического заболевания принимается обществом как нечто очень нежелательное. О практически повсеместном наличии социальной дистанции по отношению к психически больным свидетельствуют и более поздние исследования [20].

В материалах Всемирной психиатрической ассоциации указывается, что во всех странах имеются предпосылки для предвзято негативного отношения к психически больным [1]. В качестве таких предпосылок можно указать на: 1) готовность так называемых здоровых лиц к признанию психически больных объектами предвзятости; 2) социальная допустимость самой предвзятости, то есть отсутствие негативной реакции общества на отвергающее отношение к больному; 3) недостаток персональных знаний большинства людей об объекте предвзятости.

В социально-психологической основе предвзятого отношения лежит не столько собственно странность поведения больного [16], сколько биологически, эволюционно, исторически и культурально сложившаяся реакция людей на реальные, предполагаемые или даже воображаемые (мифические) социально-психологические особенности пациентов, проявляющиеся в их эмоциональной,

интеллектуальной и поведенческой инакости [4], отклонении от «общепринятой» в данном обществе нормы поведения, трудностях приспособления к окружающей обстановке [16].

С точки зрения А.П. Коцюбинского с соавт. [11] стигматизация пациента по-разному проявляется в поведении разных групп окружения больного, и можно говорить о нескольких типичных путях:

- а) самостигматизация (самого больного и его семьи);
- б) стигматизация со стороны формального и неформального микросоциального окружения;
- в) стигматизация семьи;
- г) стигматизация больного в семье;
- д) стигматизация больного со стороны медицинского персонала.

Самостигматизация больного. «Вся совокупность его (пациента) реакций на заболевание и статус психически больного» — одно из наиболее современных определений самостигматизации [6].

Структурно-динамическая модель самостигматизации, рассматриваемая В.С. Ястребовым [6], представлена ниже.

Сам больной, являясь членом данного общества, оказывается носителем пренебрежительного отношения к душевно нездоровым людям [17] и считает подобные реакции окружающих на душевное нездоровье вполне объяснимыми и неадекватными лишь по отношению к нему. Это обстоятельство способствует непризнанию больным собственного душевного расстройства с последующими многократными отказами от лечения, а в случае признания у себя болезни — появлением представлений о дефектной «инакости»,

недостойной для уважительного к нему отношения со стороны окружающих, то есть «самостигматизации» [1].

В другом случае имеющаяся у больных негативная социальная установка на «душевную инакость» способствует требованию особо щадящего к себе отношения (по механизмам «вторичной выгоды» от болезни), в соответствии с которым они начинают настаивать на исключительности своего жизненного невезения, уникальности имеющих страданий и ожидать от окружения безмерного сочувствия, полного подчинения и выполнения любых прихотей. Усваивая стереотипы роли неспособного и никчемного человека, они становятся вследствие этого социально отгороженными, зависимыми от помощи других, адаптируются в роли инвалида, что ведет к углублению социальной дезадаптации [13].

Наконец, в ряде случаев больные, возвращаясь после лечения в психиатрическом учреждении и опасаясь встретить чрезмерное любопытство и предвзятое к себе отношение со стороны товарищей по работе, начинают вести себя в общении с ними незаметно, надеясь таким образом не стать объектом пересудов. В результате в производственной среде, окружающей больного, формируется мнение, что, несмотря на сохранную работоспособность, он после психиатрического лечения изменился: стал замкнутым, отгороженным, боится высказывать свое мнение, стал излишне конформным. Таким образом, «печать» душевнобольного сначала накладывает на себя сам больной, а вслед за ним и окружающие.

Все три варианта «самостигматизации» являются препятствием как для проведения лекар-



ственного лечения, так и психотерапии и реабилитации в целом.

Стигматизация со стороны формального и неформального микросоциального окружения. В некоторых исследованиях [15; 22] обнаружено, что нередко решающим моментом, определяющим возможность больного шизофренией продолжать обучение или работу, является не психическое состояние, а отношение к больному в учебном или производственном коллективе (микроклимат группы общения, уровень требовательности к обязательному выполнению больным всех нормативных условий).

С момента развития психического заболевания формальное окружение стремится маргинализировать пациентов, а неформальное (нередко вновь избираемое пациентом после начала заболевания) — оказать на него десоциализирующее влияние, что, вероятно, объясняется снижением способности пациентов к полноценному социальному функционированию [11].

Стигматизация семьи. Одновременно со стигматизацией больного идет процесс стигматизации семьи в целом как микросоциальной группы. Стигматизация семьи проявляется как со стороны медицинских работников, так и внесемейного окружения. Это связано с тем, что сложившаяся в обществе негативная психологическая установка не может не обуславливать описанных выше социальных реакций.

По мнению ряда авторов, стигматизации семьи способствуют и невысокого пошиба литературные произведения, в которых позор и виновность «окутывают» родителей, имеющих детей с психическими заболеваниями, что в целом отражает общественное мнение о роли родителей в возникновении психических заболеваний у детей [14].

Стигматизированные семьи ориентируются в первую очередь на лекарственную терапию и в этом отношении становятся ее «пассивными потребителями». В то же время, подчеркивает Н.А. Корнетов [5], «все профессиональные группы, работающие в качестве «проводников» психического здоровья, достигнут лучшего результата, если в качестве партнеров и оппонентов своей деятельности будут иметь различные организации «пользователей» психиатрических услуг и их родственников».

Самостигматизация семьи. Аналогичный процесс, развивавшийся в семье больного, В.В. Зайцев [3] назвал «самостигматизацией семьи». Характерными его признаками оказываются: а) социальная самоизоляция семьи, сокрытие от окружающих информации о заболевании родственника и фиксация лишь на «своей» проблеме; б) демонстрация исключительности своей ситуации, обусловленной психическим заболеванием члена семьи.

Выделяют три этапа «семейной самостигматизации»: 1) на первом — члены семьи стараются скрыть факт заболевания родственника, что обычно осуществляется за счет ограничения прежних социальных контактов; 2) на втором, являющиеся критическим для нахождения семьей путей приспособления к проживанию с психически больным — сокрытие информации о заболевании становится невозможным по причине заметной для окружения социальной дезадаптации больного или из-за его необычного поведения; 3) на третьем — семейная адаптация завершается либо окончательной изоляцией семьи, противопоставлением себя обществу, принятием роли «изгоев» и т.п., либо семья находит адекватные пути приспособления, вырабатывая нейтрально-доброжелательное отношение к наличию в ней больного.

Стигматизация больного со стороны медицинского персонала. Нередко стигматизированность может неблагоприятно сказываться даже на поведении врачей и сестер психиатрического учреждения, где лечится больной, вплоть до рекомендаций и информации о болезни для самих больных и их близких [19].

Достаточно часто в психиатрических больницах в отношении пациентов наблюдается поведение, которое в научных понятиях следует определить как патерналистское и директивное, а в бытовых — как неуважительное и формальное. Внешне оно проявляется в демонстративной снисходительности, «похлопывании по плечу», обращении к пациенту на «ты» и только по имени, без отчества (вне зависимости от возраста) [4, 11]. Такой стиль взаимодействия медицинского персонала с больными делает затруднительным формирование согласия (комплаенса) между больным и профессионалом.

Боязнь стигмы заставляет больных избегать общества в целом, в том числе и той его части, которая призвана помочь ему бороться со своим заболеванием, то есть психиатрии, психотерапии, психологии [4]. Конкретным выражением этой боязни является нарушение «комплаенса» — осознанного согласия выполнять медикаментозные, психотерапевтические и иные рекомендации врача, которые являются необходимым условием эффективного лечения.

Фактором, оказывающими существенное влияние на стигматизацию и самостигматизацию пациентов, является система организации в стране психиатрической помощи, негативные тенденции которой отчетливо прослеживаются в течение последних лет.

Следует отметить, что хотя обеспеченность страны врачами-психиатрами на 2009 год (14 360 физических лиц при 16 299 занятых должностей) приближается в расчете на 100 000 населения к экономически развитым странам (10,0 против 10,5), имеется дефицит специалистов с немедицинским образованием, участвующих в лечебно-восстановительной работе, осуществляемой с психически больными [10] (табл. 1).

Одновременно с этим по статистическим данным за 2010 год отмечается тенденция к снижению обеспеченности и врачебными кадрами [10] (табл. 2).

Такого же рода тенденция просматривается и в отношении кадров врачей-психотерапевтов [10] (табл. 3).

Таблица 1
Занятые должности лиц с немедицинским образованием

| Должности | Годы | | | | | | 2010/2005 (%) |
|--|------|------|------|------|------|------|----------------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | |
| Медицинские психологи | 3158 | 3415 | 3432 | 3652 | 3660 | 3616 | 114,5 |
| Социальные работники (расчетное количество — около 6000) | 1464 | 1615 | 1630 | 1858 | 1611 | 1691 | 115,5 |
| Специалисты по социальной работе (расчетное количество — около 2000) | 577 | 655 | 651 | 773 | 846 | 926 | 160,5 |

Таблица 2
Занятые должности врачей-психиатров
(кадры врачей-психиатров)

| Кадровая обеспеченность | 2005 | 2010 | «Потери» |
|-------------------------------|-------|-------|----------|
| Занятые должности (всего) | 19081 | 18835 | - 246 |
| из них на амбулаторном приеме | 8447 | 8407 | - 40 |
| Физические лица | 14448 | 14341 | - 107 |

Таблица 3
Занятые должности врачей-психотерапевтов
(кадры врачей-психотерапевтов)

| Кадровая обеспеченность | 2005 | 2010 | «Потери» |
|-------------------------------|------|------|----------|
| Занятые должности (всего) | 3610 | 3283 | - 327 |
| из них на амбулаторном приеме | 1983 | 8407 | - 264 |
| Физические лица | 1898 | 1800 | - 98 |

Такая ситуация в немалой степени способствует существенному запаздыванию (по сравнению с развитыми странами) в реализации современных тенденций организации психиатрической помощи, которые характеризуются тремя обстоятельствами:

1) повсеместное использование полипрофессиональных бригадных форм обслуживания пациентов;

2) деинституционализация с одновременной организацией задач стационарного звена помощи;

3) создание и существенное расширение различных по своим задачам учреждений внебольничного (стационар-замещающего) звена помощи.

1. Повсеместное использование полипрофессиональных бригадных форм обслуживания пациентов.

На Западе на смену традиционной патерналистской медицинской модели лечения с доминирующей фигурой врача-психиатра уже давно пришла модель команды специалистов-партнеров [12]. В условиях психиатрической службы нашей страны, подчеркивают И.Я. Гурович, А.Б. Шмуkler, Я.А. Сторожакова [2], «только такая модель предполагает творческий подход, активность в совершенствовании работы, введение новых методик, вариантов социальных интервенций, поиска наиболее эффективных путей социального восстановления пациентов». В то же время в нашей стране целесообразность бригадных форм помощи в большей степени постулируется, чем реализуется в действительности. При этом к «бригадным» формам обслуживания часто относят лишь разрозненные и осуществляемые на разных этапах заболевания пациента его консультирование различными специалистами, что никак не предполагает ни бригадного осмысления «клинического случая», ни выработки индивидуальной программы лечебно-реабилитационных мероприятий для этого пациента.

2. Деинституционализация. Начиная с 70-х годов прошлого века, она, как известно, охватила психиатрические службы большинства стран, что привело к уменьшению госпитализации в психиатрические стационары и сроков пребывания в них [12].

Идеи деинституционализации существенным образом изменили представление о содержании работы психиатрической больницы и длительности нахождения больных в клиниках. По мнению Лоренцо Торесини, которое он представил в своем докладе, сделанном на конференции Европейского регионального офиса ВОЗ для Европейских национальных координаторов новых независимых государств в сентябре 2008 года, на содержание работы психиатрических больниц большое влияние оказала концепция, что **психиатрические больницы могли бы функционировать как терапевтическое сообщество**.

В то же время необходимо отчетливо представлять, что деинституционализация психиатрических учреждений **имеет свои пределы**. Необходимо отдавать себе отчет в том, что система психиатрической помощи ориентирована не только на добровольный выбор пациентом формы предлагаемого ему лечения, но и на **недобровольную его госпитализацию** (с целью предупреждения аутоагрессивных действий или катастрофически-деструктивного развития заболевания). Кроме того, как общественный институт она должна учитывать **благополучие окружающих больного и общества в целом**, что связано с недобровольной госпитализацией при агрессивном поведении пациента или с назначением ему принудительного лечения (в том числе и в специализированной психиатрической больнице) при обусловленном болезнью делинквентном поведении. Не означает ли наличие трудных для окружающих пациентов, отдельных больных с выраженной социальной

дизинтеграцией и криминальной активностью того обстоятельства, что необходимо не только развивать учреждения, работающие по принципу нестеснения, но и сохранить также структуры, выполняющие **защитные функции**, благодаря которым, наряду с обычным в наше время часто **кратковременным стационарным лечением**, оказывается возможным и нужным проводить в стационарных условиях методы длительного лечения?

Игнорирование этого факта может привести к тому, что внебольничные учреждения под влиянием новой парадигмы могут стать слишком открытыми и психиатрия в целом перестанет выполнять защитную функцию.

Следует упомянуть еще одно существенное обстоятельство. Если развитие психиатрии в 70-е годы прошлого столетия стимулировалось профессиональной дискуссией, то в настоящее время мы должны констатировать, что оно все более определяется в основном экономической целесообразностью. Влияние финансирующих структур на здравоохранение стало в некоторых вопросах весьма ощутимо. На этом фоне все более отчетливым становится результат, свидетельствующий о том, что **экономической выгоды реформирование СИСТЕМЫ психиатрической службы не приносит**. Как показали проведенные исследования, **экономическая выгода деинституционализации, по сравнению с традиционным лечением в стационарах, весьма скромна**, однако значительно более высока степень приемлемости, удовлетворенности и выше субъективная оценка ее принятия со стороны пациентов [18].

Поэтому **довлеющим экономическим интересам должны быть противопоставлены данные обширных исследований психиатрических служб, свидетельствующих о качественной эффективности деинституционализации**, и гуманистические соображения, позволяющие в совокупности избежать неблагоприятных последствий доминирования при оценке эффективности психиатрической службы сугубо финансового подхода.

При этом если говорить о нашей стране, то следует признать, что высказываемые некоторыми психиатрами идеи деинституционализации на практике не получили впечатляющей реализации. Так, несмотря на наметившуюся тенденцию к сокращению коечного фонда (с 1990 года на 46505 коек или почти $\frac{1}{4}$ всего коечного фонда за счет закрытия части небольших больниц и стационарных отделений), они по-прежнему многими рассматриваются как **центры организации помощи психически больным**, а идеи гуманизации содержания работы в стационарных психиатрических отделениях, специализации отделений и поиск стационар-замещающих форм помощи осуществляются лишь некоторыми энтузиастами, работающими в этих учреждениях. Не случайно уровень госпитализации в стационары по-прежнему практически не снижается [10], что отражено в табл. 4.

Таблица 4
Уровень госпитализации в стационарные учреждения

| Годы | Уровень госпитализации (на 10 000 населения) |
|-----------|--|
| 1986 | 46,90 |
| 1994–1997 | 44,60–44,80 |
| 2007 | 46,67 |
| 2008 | 45,70 |
| 2009 | 45,10 |

Эта же тенденция прослеживается и в неизменном и не уменьшающемся числе повторных поступлений в стационар больных в том же году [10], что видно в табл. 5.

Таблица 5
Число повторных поступлений больных в том же году

| Годы | Процент повторных поступлений в том же году | |
|------|---|---------------------|
| | Всего | Больных шизофренией |
| 2005 | 19,9 | 28,3 |
| 2006 | 20,3 | 29,1 |
| 2007 | 22,1 | 28,6 |
| 2008 | 21,5 | 28,5 |
| 2009 | 21,4 | 27,7 |

Кроме того, анализ официальных отчетных данных всех психиатрических служб России за 2007 год показывает, что происходит накопление пациентов с частыми и длительными госпитализациями: более 23 % их коечного фонда занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, и их число за последние годы даже несколько увеличивается. Однако решение проблемы «накопления» психически больных в стационарах не может быть решено простой выпиской таких пациентов. В ряде зарубежных работ было показано, что для возможности выписать хронически психически больных из стационара необходима система реабилитации (работа, жилье, свободное время), которая включает в себя связанные между собой различные внебольничные учреждения. В ином случае жизненный путь больных продолжается в приютах для бездомных, интернатах, в местах лишения свободы и связан с драматическим ущербом для качества их жизни.

Таким образом, в настоящее время можно с уверенностью отметить, что деинституционализация пока ни качественно, ни количественно не завершена.

Одновременно можно констатировать снижение эффективности развития внебольничных форм помощи. К сожалению, в условиях общественной экономической и политической пере-

стройки имеет место не повсеместное развитие новых форм внебольничных форм помощи (за редким исключением деятельности отдельных энтузиастов), а уменьшение доступности даже тех из них, которые доказали свою эффективность: многие из этих форм либо минимизировали свою деятельность, либо прекратили ее полностью.

Так, по данным, представленным Н.А. Твороговой [10], а также И.Я. Гуровичем [1, 2], потери психиатрической сети выглядят следующим образом (табл. 6).

| Сеть психиатрических учреждений | 2005 | 2010 | Количество сокращенных единиц |
|--------------------------------------|------|------|-------------------------------|
| Психиатрические больницы | 270 | 234 | -36 |
| ПНД, имеющие стационары | 115 | 83 | -32 |
| ПНД без Стационаров | 173 | 136 | -32 |
| Психиатрические кабинеты (отделения) | 2249 | 2043 | -206 |
| Психотерапевтические кабинеты | 1095 | 888 | -207 |

В последние годы Правительством Российской Федерации проводилась Федеральная целевая программа «предупреждения и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)». В ней существовал раздел-подпрограмма «Психические расстройства», для реализации которой выделялись значительные средства. Существенное место в ней занимали такие направления совершенствования психиатрической помощи, как переход к полипрофессиональному бригадному ее оказанию, укрепление связи с врачами первичного медицинского звена (в частности, районных поликлиник) с целью выявления депрессий, психосоматических расстройств и др. у обращающихся сюда пациентов и совместного оказания им помощи, введению на всех этапах психиатрической помощи психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, внедрению в психиатрические службы страны таких новых организационных форм психиатрической помощи, как реабилитационное отделение в стационарах и внебольничного (настойчивого) лечения в сообществе, полипрофессиональные бригады для работы с семьями психически больных, различные формы «жилья с поддержкой» — «общежития-отделения» в стационарах, «групповые дома» с поддержкой на разных этапах реабилитации, в том числе сателлитные (реабилитационные) для лиц, длительно находившихся до этого в стационарах, квартиры с поддержкой для независимого проживания, формы взаимодействия психиатрических и социальных служб и пр. Однако на практике реализация идей, заложенных в этой программе, осуществляется на явно недостаточном уровне.

В результате отмеченного выше осуществляемая на практике система организации психиатрической помощи в нашей стране не способствует снижению актуальности проблем, связанных с психиатрической мифологией, стигматизацией и самостигматизацией больных.

К этому следует добавить, что существующие в обществе мифы о психических расстройствах, стигматизация и самостигматизация — это разные грани одного и того же явления. Без учета этих закономерностей невозможно выстроить эффективную систему оказания психиатрической помощи и сделать ее востребованной у конечного потребителя — человека, страдающего психическим расстройством, и его семьи. Самые эффективные лекарственные средства и детально выстроенные системы психосоциальной реабилитации не эффективны, если больной не обращается за помощью. Следствием перечисленных выше факторов является то обстоятельство, что пациентом и его родственниками отдается предпочтение лечению у специалистов общемедицинского профиля (даже когда больному известно, что его заболевание связано с психическими расстройствами).

Эта проблема является ключевым пунктом современной социальной психиатрии. В определенной мере она аналогична проблеме *compliance* англо-американских авторов, что дословно означает проблему согласия, податливости, уступчивости. Проблема сотрудничества является более общей, поскольку, если в точности следовать значению слова, включает как ситуацию готовности и согласия принять предлагаемую помощь (*compliance*), так и ситуацию активного поиска помощи. Так, в самом диагностическом и терапевтическом процессе мы сталкиваемся с проблемой приемлемости или неприемлемости для больного тех или иных методов. Применение приемлемых или неприемлемых с точки зрения больного видов лечения сопровождается мощным положительным или, соответственно, отрицательным плацебо-эффектом (эксплуатация этого явления некоторыми «целителями» и «чародеями» полностью построена на утилизации соответствующего мифа).

В настоящее время предпринимаются попытки решения проблемы сотрудничества с помощью психобразовательных программ, созданных для работы с пациентами и их родственниками. Однако принципиальные изменения в этой области могут произойти только при кардинальном изменении общественного сознания в той его части, которая представлена психиатрической мифологией.

Выводы. Таким образом, мы должны считаться с мощным влиянием психиатрической мифологии, стигматизации и самостигматизации как с социальной и социально-психиатрической реальностью, определяющей стремление пациента к сотрудничеству с психиатрами. Первое, что необходимо для перестройки общественного сознания — реорганизация психиатрической помощи

на основах добровольности (разумеется, законодательно оговорив те случаи, когда в интересах больного должна быть осуществлена госпитализация независимо от его желания). Во-вторых, систематическая просветительная работа также чрезвычайно важна. В-третьих, в практической деятельности психиатрии необходимо четкое осознание громадного несоответствия между ожиданиями пациентов, продиктованными мифологией, и психиатрическими реалиями. Поэтому в работе с больными, в особенности в первых контактах с ними, считаясь с мифологией как с социально-психологической реальностью, мы не должны впрямую противодействовать ожиданиям пациентов. Следует постепенно, в соответствии с законами психотерапии, заменять мифологические представления индивидуумов

на отвечающие реальности. В четвертых, обязательным представляется не только коренная реабилитационно-центрированная реорганизация работы психиатрических больниц, но и развитие системы различных дифференцированных по своим задачам внебольничных психиатрических учреждений, включая организацию так называемой внедиспансерной психиатрической помощи в общемедицинских учреждениях. Параллельно этому встает вопрос о дальнейшем развитии и расширении при обслуживании психически больных психотерапевтической (врачи-психотерапевты) и социальной (специалисты по социальной работе и социальные работники) служб, организуемых на разных этапах психиатрического наблюдения за больным.

Литература

1. Гурович И.Я. О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова // Социальная и клиническая психиатрия.—1999.—В. 3.—С. 5–8.
2. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, А.Я. Сторожакова.—М.: Медпрактика, 2004.—492 с.
3. Зайцев, В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией: автореф. дисс... канд. мед. наук: 14.00.18 / Зайцев В.В.; СПб. науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева.—1999.—23 с.
4. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // Обозрение психиатрии и мед. психологии.—2000.—№ 1.—С. 3–8.
5. Корнетов Н.А. Три важных направления в реформе психиатрии снизу / Н.А. Корнетов.—Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты).—Томск, 1998.—С. 88–90.
6. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации / сост. В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова // Науч. центр психического здоровья РАМН.—М., 2009.—8 с.
7. Скорик А.И. Психиатрическая мифология и проблема сотрудничества / А.И. Скорик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина и др. // Социальная и клиническая психиатрия.—2009.—Т. 19.—Вып. 3.—С. 31–36.
8. Скорик А.И. Психиатрические мифы. Сообщение 1 / А.И. Скорик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина и др. // Социальная и клиническая психиатрия.—2010.—Т. 20.—Вып. 1.—С. 64–69.
9. Скорик А.И. Психиатрические мифы. Сообщение 2 / А.И. Скорик, А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина и др. // Социальная и клиническая психиатрия.—2011.—Т. 21.—Вып. 3.—С. 110–115.
10. Творогова Н.А. О состоянии психического здоровья населения Российской Федерации в 2010 году [Электронный ресурс] / Н.А. Творогова // Презентация к выступлению ст. научного сотрудника ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Н.А., представленная на Всероссийском совещании службы медицинской статистики, состоявшемся в рамках XII Всероссийской конференции «Информационные технологии в медицине-2011», проходившей 13–14 октября 2011 года в Москве.—Режим доступа: www.gosbook.ru/node/367999.
11. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др.—СПб: Гиппократ +, 2004.—336 с.
12. Christodoulo G. Еще раз о реформе в психиатрии / G. Christodoulo // World Psychiatry—2009, n. 8.—P. 121–122.
13. Docherty E.G. Labeling effects in psychiatric hospitalization: A study of diverging patterns of inpatient self-labeling processes / E.G. Docherty // Arch. Gen. Psychiatry.—1975.—V. 32.—P. 562–568.
14. Fuchs L. First person account: Three generations of schizophrenia / L. Fuchs, // Schizophr. Bull.—1986.—V. 12, n. 5.—P. 744–747.
15. Gerard K. Osiągnięcia w studiach osób hospitalizowanych z powodu schizofrenii /K. Gerard, M. Patuska // Psychiat. Pol.—1975.—V. 9, n. 4.—P. 407–416.
16. Jaeckel M. Das Bild des Geisterkranken in der Öffentlichkeit / M. Jaeckel, St. Wieser.—Stuttgart: G.Thieme Verlag, 1970.—93 S.
17. Manis M. Beliefs about mental illness as a function of psychiatric status and psychiatric hospitalization / M. Manis, P.S. Houts, J.B. Blake // J. Abnorm. Soc. Psychol.—1963.—V. 67.—P. 226–233.
18. McCrone P. Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England / P. McCrone, T. Becker // Psychiatrische Praxis.—2000—V. 27, n. 2.—S. 68–71.
19. Meise U. Antipsychotic maintenance treatment of schizophrenia patients: is there a consensus? /

- U. Meise, M. Kurz, W.W. Fleishhacker // Schizophr. Bull.—1994.— V. 20.— P. 215–225.*
20. *Penn D.L. Dispelling the stigma of Schizophrenia: What sort of information is best? / D.L. Penn, K. Guynan, T. Daily et al. // Schizophr. Bull.—1994.— V. 20,— n. 3.— P. 567–574.*
21. *Rabkin J. Therapists' attitude toward mental illness and health / J. Rabkin // Effective Psychotherapy: A Handbook of Research / Ed. by Gurman A., Razin A.— Oxford: Pergamon Press, 1977— P. 162–168.*
22. *Vogel Th. Sociale Auswirkungen der Schizophrenie / Th. Vogel, J. Vliegen // Nervenarzt.—1975.— Bd. 46, n.— S. 569–575.*
21. *Rabkin J. Therapists' attitude toward mental illness and health / J. Rabkin // Effective Psychotherapy:*

Сведения об авторах

Коцюбинский Александр Петрович — д-р. мед. наук, профессор, гл. науч. сотр. отд-ния внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, E-mail: ak369@mail.ru.

Еричев Александр Николаевич — канд. мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: an@erichev.ru.

Бутома Борис Георгиевич — д-р. мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: butbor08@gmail.com.