

ИЗУЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ПО ВОПРОСАМ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

²Н.Б. Есимов, ¹Ұ.Қ.М. Бейсенбай

¹ «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы

² Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В работе представлены примеры дестигматизации в разных странах. В анализе описан международный опыт борьбы со стигмами дискриминации в разных странах, с различными социально-экономическими условиями жизни. Психоневрологические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней в Регионе после сердечно-сосудистых заболеваний. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALYs – годы жизни, утраченные в связи с болезнью и преждевременной смертью).

Цель исследования - изучить опыт интеграции программ дестигматизации психически больных в разных странах.

Ключевые слова: психиатрическая стигма, самостигматизация, психические расстройства, мотивация к лечению.

Введение. Стигма может быть препятствием для выздоровления от психического заболевания, т.к. служит барьером для обращения за помощью. Так, 32% участников исследования признали, что у них были проблемы психического здоровья, но из-за стигмы, они первоначально были не в состоянии обратиться за помощью, а 62% участников исследования заявили, что они или их знакомые отказывались искать профессиональную помощь, несмотря на то, что знали, что они нуждались в ней. Стигма продолжает оказывать влияние на людей с психическими заболеваниями, даже после того, как первоначальная помощь получена. Многие преждевременно прекращают лечение [1].

Данные по ВОЗ: Психоневрологические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней в Регионе после сердечно-сосудистых заболеваний. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALYs – годы жизни, утраченные в связи с болезнью и преждевременной смертью). Только на долю депрессии, являющейся третьей по значимости причиной бремени болезней, приходится 6,2% всех DALYs). На долю самоповреждений, являющихся одиннадцатой по значимости причиной, DALYs приходится 2,2%, а на болезнь Альцгеймера и другие виды деменции, занимающие четырнадцатое место в списке причин – 1,9% DALYs. По мере старения населения число людей с такими нарушениями будет, по-видимому, увеличиваться. На долю психоневрологических расстройств приходится также более 40% всех хронических заболеваний, и они являются важнейшей причиной утраты здоровых лет жизни в связи с инвалидностью. Важнейшей отдельно взятой причиной является депрессия. Пять из пятнадцати важнейших факторов, оказывающих влияние на бремя болезней, приходится на долю психических расстройств. Во многих странах 35 - 45% случаев невыхода на работу, связаны с проблемами психического здоровья. Одним из наиболее трагических последствий психических расстройств являются самоубийства. Девять из десяти

стран мира с наиболее высокими показателями самоубийств находятся в Европейском регионе. Согласно последним имеющимся данным, ежегодно добровольно уходят из жизни около 150 000 человек, из которых 80% – мужчины. Самоубийства являются ведущей и скрытой причиной смерти среди молодых людей, занимающая второе место после дорожно - транспортных происшествий в возрастной группе 15 - 35 лет [2].

Исторически люди, страдающие психическими расстройствами, были исключены из жизни общества на самых различных уровнях и испытывали негативное отношение и дискриминацию со стороны общества [3]. Серьезные изменения сложившейся ситуации, как отмечает Н. Моран [4], наблюдаются в западноевропейских странах в 70 - 90 гг. XX в. Этот, как его обозначает Н. Моран, «самый драматический сдвиг в социальных реакциях на психически больных людей» [3] обусловлен деинституализацией, разработкой нового подхода к лечению больных, когда, по сути, происходит переход от содержания больных в психиатрических клиниках к их интеграции в общество. Суть нового подхода можно описать через следующие основные принципы:

- снижение количества пребываний в клинике и уменьшение продолжительности госпитализации;
- помощь больным должна предоставляться междисциплинарными командами в амбулаторных условиях;
- оказываемая помощь должна быть индивидуализированной и гибкой;
- интеграция медицинской и социальной помощи;
- при оказании помощи больному человеку предполагается опора на ближайшее социальное окружение его друзей и родных [4].

Борьба со стигматизацией оказывается одной из главных задач общественного здоровья, ибо стигматизация и дискриминация больных негативно влияет на качество их жизни, способствует их изоляции и социальному исключению, создает серьезные препятствия самому лечению, а также воздействию соответствующих профилактических программ [5]. Снижению стиг-

мы, безусловно, способствует принятие мер на уровне политики в области общественного здоровья. В случае психически больных людей существуют меры, разрабатываемые на уровне ВОЗ. На уровне Европейского союза борьба со стигматизацией и социальным исключением людей, страдающих психическими заболеваниями, является одним из пяти приоритетных направлений [6]. Информационные кампании, проводимые в рамках борьбы со стигматизацией, на международном и национальном уровнях в различных странах, среди прочих целевых групп имела и самих журналистов, дабы изменить способ освещения психических болезней и самих больных [7]. Информация, нацеленная на дестигматизацию людей с психическими заболеваниями, транслировалась с помощью плакатов, брошюр, сайтов Интернета и пр. Однако эффективность кампаний оказывается под вопросом. Например, замеры, проведенные в Великобритании за пять лет, до начала информационной кампании Changing Mind и через пять лет после нее, показали, что изменения в attitudes по отношению к людям с психическими расстройствами едва ли заметны. В отношении больных шизофренией идею об их опасности разделяли 71% опрошенных респондентов до кампании и 66% - после; идею об их непредсказуемости - 77% и 73% соответственно, идею о сложности коммуникации с ними разделяли 58% и 52% - соответственно [5]. Анализируя способы снижения стигмы, П. Корриган и К. Козылюк [8] предлагают различать три основных способа: протест, просвещение и контакт. В первом случае речь идет о публичных выступлениях или акциях против несправедливости различных форм стигмы, а также против соответствующих attitudes и поведения. Опасность этой меры заключается в том, что можно, например, таким образом добиться отмены какого-либо фильма, в котором определенная категория людей подвергается стигматизации, но attitudes и поведение в отношении самой категории людей, подвергающихся стигматизации, едва ли изменятся. Кроме того, П. Корриган и К. Козылюк указывают на действие эффекта психологической реактивности - люди отвечают на сообщение, заложенное в протесте, по принципу «не говорите мне то, что я должен думать!» [8]. Во втором случае речь идет о просветительской мере, направленной на то, чтобы заменить стереотипы знанием фактов. Хотя эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что психически больные люди более склонны к насилию, чем люди без этих заболеваний, разница не столь велика, как она представляется на уровне обыденного знания. Наконец, третий способ снижения стигмы представляет собой межличностные контакты с психически больным человеком. Этот способ, опирающийся не только на теоретические положения, высказанные в работах Г. Олпорта и Т. Петтигрю, но и на эмпирические факты, является наиболее эффективным по сравнению с протестом и просвещением [8]. Непосредственный контакт с представителем стигматизируемой группы способствует изменению attitudes и поведения в отношении самой стигматизируемой группы. Очевидно, что дестигматизация больных представляет собой длительный и сложный процесс, предполагающий использование различных средств. Кампании по снижению стигматизации зачастую нуж-

даются в соответствующей теоретической основе [7], в противном случае они оказываются дорогостоящими и неэффективными мерами [5]. Ключевым является определение тех конструктов, которые должны измениться, выбор соответствующей социально-психологической модели, ибо, как мы продемонстрировали выше, стигма может быть интерпретирована различными способами, соответственно, в каждом случае требуется понимание того, по каким механизмам будет происходить снижение стигмы, насколько длителен этот процесс и устойчивы ли его результаты.

Первые попытки дестигматизации. Попытки преодолеть предубеждения против психически больных были разными. Так, во многих странах (в Казахстане в том числе) пытались завуалировать терминологию, избегая слова «психиатрия». До сих пор и в США, и у нас некоторые психиатрические учреждения называются клиниками или центрами «психического здоровья». Некоторые психиатрические отделения стали называть «отделениями функциональной неврологии», а психиатрические диспансеры в одно время пытались переименовать в психиатрические консультации. Психиатров и сейчас часто называют психоневрологами и психотерапевтами. В дальнейшем, попытки дестигматизации касались учреждений, а именно реорганизация отделений, так, впервые поступающие не сталкиваются с больными, у которых заболевания наблюдалось на протяжении длительного времени нежели первой группе. Так, больные снижают риск самостигматизации.

Ниже приведен международный опыт борьбы со стигмами дискриминации в разных странах, с различными социально-экономическими условиями жизни [9].

Южная Африка. В Южной Африке при разработке проекта документа «Нормы и стандарты» в рамках контракта с Министерством здравоохранения специалисты провели консультации по вопросам оказания психиатрической помощи с 300 представителями заинтересованных сторон, включая работников служб охраны психического здоровья, менеджеров, людей с психическими расстройствами, лиц, осуществляющих уход, и ученых. Были распространены опросные анкеты по ресурсному обеспечению служб охраны психического здоровья, организованы посещения девяти провинций, проведены консультации и организованы фокус-группы для разработки стандартов в области охраны психического здоровья. На это потребовалось восемь месяцев. Исторически службы охраны психического здоровья в Южной Африке были непропорционально фрагментированы, что потребовало разработки национальных стандартов во избежание повторения такой ситуации. Данные стандарты послужили руководством по адаптации мер по повышению качества в провинциях и на местном уровне [10].

Австралия. Национальные стандарты Австралии по оказанию услуг в области охраны психического здоровья были приняты после проведения консультаций на государственном уровне с профессиональными организациями, лицами с психическими расстройствами, лицами, обеспечивающими уход, руководителями служб охраны психического здоровья и представителями правительства [11]. Окончательный документ представляет собой набор ориентированных на результат стандартов,

которые применимы ко всем службам психического здоровья: государственным и частным, стационарным и по месту жительства. В данном документе содержатся показатели, которые являются средством оценки работы служб психического здоровья на предмет их соответствия требуемым стандартам, что, в свою очередь, необходимо для получения сертификата в жесткой системе аттестации. Стандарты регламентируют степень интеграции стационарного лечения и обслуживания по месту жительства, а также степень интеграции служб экстренной и реабилитационной помощи и вопросы соблюдения прав лиц с психическими расстройствами.

Эстония. В Эстонии реформирование службы охраны психического здоровья вызвало изменения во многих областях. В 1989 г. была создана Эстонская ассоциация психиатров, в 1993 г. в г. Тарту открыт Центр охраны психического здоровья, в 1994 г. начало работу Агентство по психосоциальной реабилитации Эстонии и Агентство по защите прав психически больных, а в 1996 г. принят Акт об охране психического здоровья. Основная цель реформы заключалась в применении международного опыта и оказании помощи специалистам по планированию. В 1998 г. рабочая группа, состоящая из представителей различных профессий, агентств и институтов, разработала основные концепции программы по охране психического здоровья, которые были приняты Министерством социального обеспечения. Основная цель программы состоит в улучшении качества жизни людей, нуждающихся в услугах охраны психического здоровья. Были разработаны планы по повышению качества работы социальных и реабилитационных служб, созданию и оптимизации работы сети поставщиков услуг, и повышению доступности государственных служб охраны психического здоровья для целевого контингента. В рамках продолжающихся реформ планируется постепенная реинтеграция в общество около 3000 человек с длительными психическими нарушениями, в настоящее время пребывающих в институтах социального обеспечения. Каждый год планируется реинтегрировать 10% пациентов. В рамках государственного бюджета выделены необходимые средства на данные цели [12].

Румыния. В Румынии специалисты в области охраны психического здоровья и представители общественности, столкнувшись с пассивностью со стороны государства, в 1990 г. основали Румынскую лигу по охране психического здоровья. Данная организация принимала участие во всех мероприятиях по реформированию системы охраны психического здоровья. В 1998 г. была сформулирована Национальная программа по охране психического здоровья. В 1999 г. большинство психиатров-реформаторов были избраны в Национальный исполнительный комитет Румынской ассоциации психиатров. В 2000 г. эксперты ВОЗ провели в Румынии аудиторскую проверку служб охраны психического здоровья. В 2001 г. был принят новый закон об охране психического здоровья, соответствующий европейским нормам и стандартам. Поддержка ВОЗ была крайне необходима в течение всего длительного периода проведения нормативной и законодательной реформы [13].

Греция. Основателем программы «откройте двери» [14], основана Ассоциация семей с целью охраны пси-

хического здоровья; Обширный проект для школ создан в сотрудничестве с Министерством образования с целью пропагандировать терпимость к разным людям, уважение к правам человека, а через эти понятия переходить к признанию людей, страдающих душевными болезнями; Организованы тренировочные программы для 180 профессионалов, которые возглавят районные отделы после реформы психиатрической системы в Греции. Более 1,5 млн. листовок и брошюр с объяснением сущности шизофрении и стигмы распространены через газеты, разосланы по квартирам вместе с квитанциями водопроводной кампании по всей стране при помощи Министерства здравоохранения и социального обеспечения. В ее рамках было проведено около 200 мероприятий, направленных на борьбу со стигматизацией, достигнуто заметное повышение уровня знаний и улучшение отношения общества к данной проблеме. Целью программы является разрушить вымыслы и превратные представления и в отношении больных шизофренией. Стигматизация создает порочный круг отчуждения и дискриминации, что может приводить к изоляции от общества, потере трудоспособности, алкоголизму или наркомании, бездомности и чрезмерному использованию стационарных лечебных заведений, что, в свою очередь, снижает шансы на выздоровление. Существующие предубеждения ухудшают качество жизни людей, страдающих шизофренией, и их семей, не позволяя им жить и работать с другими людьми. Данная программа имеет четыре особенности, которые отличают ее от других программ в данной области:

- уделение основного внимания заболеванию шизофренией;
- тесное сотрудничество между работниками служб охраны психического здоровья и лицами, страдающими от этой болезни, а также членами их семей в разработке и реализации мер вмешательства;
- проводимые мероприятия ориентированы на конкретные группы населения, включая журналистов, работников правоохранительных органов, врачей общей практики, учащихся средних школ и государственных служащих;
- глобальный характер программы, который позволяет новым группам действия на местах изучать опыт других групп в области методологии и используемых ими материалов для коммуникации. Веб-сайт программы [14] переведен на семь языков и служит одним из ресурсов в поддержку усилий по борьбе со стигматизацией во многих других странах.

Германия. Дестигматизация в Германии направлена на Общественные организации, поддерживающие стигматизированные меньшинства. Наряду с описанными технологиями в ФРГ созданы общественные организации, представляющие интересы больных.

1. Совет пациентов (Patientenrat) из выбранных пациентов, который поддерживается и не пациентами и имеет право голоса при принятии решений руководством психиатрической больницы.

2. Семейный совет (Familienrat), образованный из родственников психически больных.

3. Независимый совет (einer Patienten Vertrauensperson - PVP Rat), поддерживающий пациентов, который избирается из состава персонала психиатрической боль-

ницы. Основная его задача - взаимодействовать с пациентами, помещенными в клинику принудительно, в том числе и отстаивать их права [15].

Шотландия. «Комплексный подход к укреплению психического здоровья».

Цели национальной программы укрепления психического здоровья и благополучия населения в Шотландии [16] включают следующее:

1) повышать общественную информированность о психическом здоровье и психических болезнях и содействовать укреплению психического здоровья и эмоционального благополучия;

2) устранять проявления стигматизации и дискриминации, с которыми все еще продолжают сталкиваться люди с проблемами психического здоровья;

3) предупреждать самоубийства и помогать людям преодолевать последствия самоубийств;

4) содействовать выздоровлению людей с психическими болезнями.

В рамках этой программы охвачены все этапы и условия жизни, включая ранние годы, детство и юность, более зрелый период жизни, трудоустройство и рабочую жизнь, психическое здоровье и благополучие местных сообществ, общественные службы. Программа представляет собой национальный стратегический подход к охране психического здоровья населения, а также часть интегрированной политики охраны психического здоровья, которая вносит существенный вклад в улучшение здоровья и экономическое богатство страны, содействуя физическому и психическому благополучию всего населения. В рамках этой программы реализуется стратегия научных исследований и оценки, и каждый основной компонент работы подвергается независимой оценке. В цели программы входят сбор и распространение фактических данных по улучшению психического здоровья, а также поддержка развитию практических подходов. Программа имеет хорошо разработанную стратегию осуществления, а все заинтересованные учреждения работают в тесном сотрудничестве, что обеспечивает наилучшее использование имеющейся инфраструктуры.

Финляндия. «Укрепление психического здоровья детей». В Финляндии действующий с 1997 г. европейский проект укрепления здоровья в раннем возрасте [17]) нацелен на разработку методов содействия взаимодействию и укреплению уз между родителями и детьми на раннем этапе, а также на эффективную профилактику психосоциальных проблем в семьях с детьми грудного и раннего возраста. В рамках национального проекта в период с 1997 до 2002 г. было подготовлено свыше 2000 медицинских сестер первичного уровня в половине муниципалитетов страны. В программе подготовки использовалось руководство по идентификации факторов риска и сфокусированным вмешательствам, которые должны использоваться как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и в сотрудничестве со специалистами, например, работающими в детских дошкольных учреждениях и в социальных службах. Кроме того, начиная с 2001 г. проект «Эффективная семья» [18] оказывал поддержку детям родителей с психическими болезнями, конечная цель которого сводится к предупреждению будущих психических расстройств у

детей. Этот проект помогает семьям продолжать свою жизнь независимо от психического расстройства одного из родителей, и он помогает как родителям, так и их детям оставаться здоровыми. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения здоровыми и справляться с повседневными проблемами. Эта программа, используемая работниками социальных служб и здравоохранения, различными партнерами и организациями, содействует развитию профилактических подходов и сотрудничеству между службами, предназначенными как для взрослых, так и для детей. Программа основана на психообразовательном подходе и сотрудничестве со всей семьей, используя в качестве рабочих методов предложенные Beardslee профилактические вмешательства на уровне семьи, а также вмешательства типа «Давайте поговорим о детях».

Нидерланды. Нидерланды имеют широкую систему укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств в рамках своих служб здравоохранения, клиник и неправительственных организаций. Многие из этих служб располагают специализированными бригадами укрепления психического здоровья и предупреждения психических болезней, которые финансируются муниципалитетами или национальной системой медицинского страхования. Институт Тримбоса – национальный головной институт по психическому здоровью и лечению зависимостей [19] выполняет функции координирующего центра в этой области. В частности, институт осуществляет мониторинг состояния психического здоровья населения и информирует лиц, определяющих политику, об организации, доступности и качестве лечебно-профилактической помощи. На протяжении ряда десятилетий профилактические бригады в 50 местных центрах психического здоровья разработали пакет программ профилактики, соответствующий потребностям каждого района. Согласно действующему закону, всеобщее укрепление психического здоровья – одна из задач местных служб, например, в рамках школьного образования. Осуществляемые на национальном уровне программы включают курс «Как преодолеть депрессию», который адаптирован для различных групп (например, подростков, взрослых, пожилых), и профилактические службы для детей родителей с психическими болезнями. Два университета предлагают академические курсы по вопросам профилактики и укрепления психического здоровья. Большинство из 1000 экспертов по профилактике прошли тот или иной курс специализированной подготовки и являются членами Нидерландской ассоциации профилактики и санитарного просвещения. Разработка, оценка и осуществление основанных на фактических данных программ охраны психического здоровья на систематической основе поддерживаются национальной программой научных исследований под эгидой Нидерландского совета по научным исследованиям и развитию в области здоровья.

Европа. Сеть партнеров по укреплению психического здоровья (IMHRA), в которой принимают участие 28 стран и которая поддерживается Европейской комиссией, представляет собой европейскую платформу, позволяющую поддерживать работу по определению стратегических приоритетов и распространению осно-

ванных на фактических данных знаний по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств. Эта сеть разработала европейский план действий по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, который является концептуальной основой для идентификации высокоприоритетных стратегических инициатив по улучшению психического здоровья, которые могут быть реализованы на практике и эффективность которых Укрепление здоровья и профилактика расстройств 57 уже доказана [20]. В этом плане приводятся аргументы в пользу действий и фактические данные об успешных подходах и стратегиях осуществления выбранной политики, благодаря чему она служит основой для разработки эффективных планов действий на национальном или региональном уровнях. В рамках ИМНРА также составляется онлайн-регистр основанных на фактических данных мер укрепления психического здоровья и профилактики психических болезней в Европейском регионе с описанием имеющихся программ, их результатов и основных характеристик реализации этих программ. Для поддержки распространения результатов и осуществления программ и для стимулирования партнерского сотрудничества и действий на национальном уровне национальные партнеры данной сети прилагают усилия для создания в странах коалиций, объединяющих работников здравоохранения различных профессиональных категорий и уровней. Цели таких коалиций включают обмен информацией по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, развитие сотрудничества, а также стимулирование работ.

Германия. В г. Марбург, Германия, была создана мобильная служба охраны психического здоровья детей для последующего наблюдения за пациентами, ранее проходившими лечение в стационарных учреждениях, проведения психиатрических консультаций для детей на местах и осуществления надзора за деятельностью учреждений для детей. В состав мобильной бригады входили три специалиста: детский психиатр, психолог и социальный работник. Бригада имела возможность вступать в контакт с лицами, не способными или не желающими посещать крупные центры специализированной помощи. Использование мобильных бригад позволило предоставлять высококачественную помощь эффективным и действенным образом в тех случаях, когда не имелось других возможностей для этого [21].

Австрия, Италия. Примером перехода от стационарного лечения к амбулаторному может служить сокращение числа пациентов в психиатрических больницах Австрии с 12 000 в 1974 г. до 5000 в 2000 г. В учреждениях по оказанию помощи на уровне общины, таких как дневные стационары, кризисные центры помощи и общежития для лиц с психическими расстройствами, преобладает персонал, включающий специалистов различного профиля. В некоторых районах страны предусмотрены процедуры систематического контроля за деятельностью персонала таких учреждений [22]. В регионе Эмилия-Романья, Италия, значительное сокращение числа коек после проведения реформы служб психиатрической помощи в 1978 г. сопровождалось

значительным ростом числа служб на уровне общины. К 1994 г. в этом районе, где проживает 4 млн. человек, в число служб на уровне общины входили 145 центров охраны психического здоровья, 48 центров дневного пребывания или реабилитационных центров, 12 палат для пациентов с психическими заболеваниями в больницах общего профиля, 3 университетские психиатрические клиники, 24 общежития со штатом сотрудников и 123 квартиры с системой наблюдения, а также 7 частных психиатрических клиник [23].

Зимбабве. Тема психического здоровья почти табуирована, а на миллион жителей приходится меньше одного психиатра. Однако специалист Диксон Чибанда придумал, как сделать психологическую помощь доступной. Для этого он поставил во дворе клиники скамейку и попросил пожилую леди посидеть на ней. Теперь проект «Дружеская скамейка» помогает десяткам тысяч людей в разных странах. Рассказываем, как психиатр из Зимбабве придумал новый способ помочь людям в депрессии. Доктор Чибанда работает в Хараре – столице Зимбабве, которая сильно пострадала от жилищной реформы. Как-то раз он заметил, что люди, оставшиеся без крова, нередко общаются с пожилыми женщинами из местных общин, которые стараются помочь людям справиться с горем. И тут Диксону Чибанде пришла в голову гениальная идея: а что если позвать бабушек на помощь? Ведь они есть в каждой общине и их можно научить оказывать психологическую помощь! Так и родился проект под названием «Скамья дружбы». Сначала Диксон попытался попросить помощи у властей, чтобы те выделили средства для работы – у местных бабушек не было даже ручек и блокнотов, не говоря уже о компьютерах. К тому же Диксон хотел, чтобы участницы проекта получали хотя бы небольшую плату. Однако Чибанде отказали в финансировании. Пришлось создавать проект за счёт собственных средств. Чибанда начал проводить уроки среди пожилых женщин из общины. Он изложил им алгоритм экстренной психологической помощи, но, по словам врача, бабушки и сами могли дать фору любому психиатру. А чтобы не тратить деньги на аренду кабинетов, решено было установить скамейки возле местной больницы, куда и по сей день приходят люди, чтобы поделиться своими переживаниями с отрядом бабушек [24].

Выводы. Таким образом, в разных странах предпринимаются меры дестигматизации в зависимости от их социально-экономических, культуральных, демографических особенностей. Имеется обширный опыт внедрения программ по дестигматизации, при поддержке ВОЗ. Исходя из опыта стран необходимо привлечение внимания на законодательном уровне. Реформы, законы, направленность которых характеризовала наиболее тяжелые аспекты жизни психически больных людей, а именно социальный. Создание организации и общин при поддержке государства могло сыграть важную роль в дестигматизации. Финансирование является основной необходимостью, опыт показывает, что отсутствие внимания в сторону данной проблемы увеличивает экономическую убыль. Вполне оправдано проводить «уроки толерантности» как и взрослому так и детскому населению, тем самым увеличивая психогигиену социума.

Список литературы:

1. «Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы». Текст научной статьи по специальности «Социологические науки» Бовина И.Б. Якушенко А.В., В. Г. Ротштейн М.Н. Богдан Основы психиатрической грамотности. – С. 234-236.
2. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров, 2006 год.
3. Foucault M. Madness and civilisation. - L.: Routledge Classics, 1995.
4. Morant N. Social representations and professional knowledge: the representations of mental illness among mental health practitioners // British journal of social psychology. - 2006. - Vol. 45. - P. 817 - 838.
5. Lamboy B., Saias T. R duire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication? Une synth se de la litt rature // Annales Medicopsychologiques. - 2013. - Vol. 171. N 2. - P. 77 - 82.
6. European pact for mental health and well-being // EU High-level conference together for mental health and wellbeing. - Brussels, 2008.
7. Bos A.E.R., Pryor J.B., Reeder G., Stutterheim S.E. Stigma: advances in theory and research // Basic and applied social psychology. - 2013. - Vol. 35. - P. 1 - 9.
8. Corrigan P.W., Kosyluk K.A. Erasing the stigma: where science meets advocacy // Basic and applied social psychology. - 2013. - Vol. 35. - P. 131 - 140.
9. «Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы». Текст научной статьи по специальности «Социологические науки» Бовина И.Б. Якушенко А.В., В. Г. Ротштейн М.Н. Богдан Основы психиатрической грамотности. – С. 345-348.
10. Fisher A.A., Laing J.E., Stoeckel J.E. and Townsend J.W. (1998) Handbook for Family Planning Operations Research Design. Population Council, New York.
11. Kirkman B.L., & Rosen B. (1999). Beyond Self-Management: Antecedents and Consequences of Team Empowerment. Academy of Management Journal, 42, 58-74. <http://dx.doi.org/10.2307/256874>.
12. Paveel and Sarjas 1999 Estonian mental health care reform 30 years in 10 years. Mental health reforms 4: 2-5.
13. B. Tudorache, личный отчет, 2002 г.
14. Schizophrenia. Open the Doors [web site]. New York, World Psychiatric Association, 2004 (<http://www.openthedoors.com>).
15. А. КНУФ, Л.Ю. ЭПОВ Стигма: теория и практика А. КНУФ, Л.Ю. ЭПОВ Стигма: теория и практика.
16. National Programme for Improving Mental Health and Well-being in Scotland. Edinburgh, Scottish Executive, 2004 (http://www.wellontheweb.org/well/well_MainTemplate.jsp?pContentID=910&p_applic=CCC&p_service=Content.show&).
17. The European Early Promotion Project: evaluation of a needs based approach to the promotion of child development and prevention of mental health problems. Tampere, University of Tampere Medical School, 2005. - http://www.uta.fi/laitokset/laaket/bio/research/childpsychiatry_europeanearlypromotion.html.
18. Effective Family Project. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (<http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html>).
19. Trimbos Institute. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction [web site]. Utrecht, Trimbos Institute, 2005 (<http://www.trimbos.nl/default37.html>).
20. A policy for MHP and MDP. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).
21. Remschmidt H., Schmidt M.H., Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young J.G., Ferrari P., eds. Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998:83 – 94.
22. Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>).
23. Fioritti A., Lo Russo L., Melega V. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. American Journal of Psychiatry, 1997, 154:94–98.
24. <https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/>.

ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫ ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯЛАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ БОЙЫНША ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕНІ ЗЕРДЕЛЕУ

²Н.Б. Есімов, ¹Ұ.Қ.М. Бейсенбай

¹«С.Д. Асфендиярова атындағы ҚазҰМУ», Қазақстан, Алматы қ.

²Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Мақалада түрлі елдердегі дестигматизация мысалдары ұсынылған. Талдауда әртүрлі елдерде, әртүрлі әлеуметтік-экономикалық өмір сүру жағдайларымен кемсітушілік стигмаларымен күресудің халықаралық тәжірибесі сипатталған. Психоневрологиялық бұзылулар жүрек-қан тамырлары ауруларынан кейінгі аймақтағы аурулар ауыртпалығының маңыздылығы бойынша екінші себебі болып табылады. Олардың үлесіне мүгедектік нәтижесінде жоғалған өмірдің барлық жылдарының 19,5% тиесілі (DALYs – ауруға және мезгілсіз қайтыс болуына байланысты жоғалған өмір жылдары).

Зерттеу мақсаты: әртүрлі елдердегі психикалық науқастардың дестигматизация бағдарламаларын біріктіру тәжірибесін зерттеу.

Кілт сөздер: психиатриялық стигма, өзін-өзі ұстау, психикалық бұзылулар, емдеуге уәждеме.

STUDY OF INTERNATIONAL EXPERIENCE ON THE DESTIGMATIZATION OF MENTAL ILLNESS

²N.B. Yessimov, ¹U-K.M. Beisenbay¹«KazNMU named S.D. Asfendiyarov», Kazakhstan, Almaty²Republican scientific and practical center for mental health, Kazakhstan, Almaty

Summary

This paper presents examples of destigmatization in different countries. The analysis describes the international experience of combating discrimination stigmas in different countries with different socio-economic conditions. Neuropsychiatric disorders are the second leading cause of disease burden in the Region after cardiovascular diseases. They account for 19.5% of all years of life lost as a result of disability (DALYs – years of life lost due to illness and premature death).

The purpose of the study: to study the experience of integrating programs for the destigmatization of mentally ill people in different countries.

Key words: *psychiatric stigma, self-stigmatization, mental disorders, motivation for treatment.*

УДК: 37.025.3+ 614.252.1

МРНТИ: 76.01.79.

РЕЧЬ ВРАЧА КАК СПОСОБ ВЫРАЖЕНИЕ ЭМПАТИИ

М.А. Раимбекова, А.Б. Сайбеков

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В статье говорится о взаимоотношениях врача и пациента. Автор считает, что эффективность во взаимоотношениях между врачом и пациентом зависит от, так называемого слова, «эмпатия», т.е. от способности врача понять личные особенности пациента. «Эмпатия» играет огромную роль при установлении доверительных отношений в коммуникации врач-пациент, которые, чаще всего приводят к положительным результатам.

Ключевые слова: *эмпатия, врач, пациент, медицина, речь.*

Введение. Медицина является той сферой деятельности человека, где бывают отношения в системе «врач-пациент». Больные ждут от врачей сочувствия, заботливости. Поэтому считается, что в медицину должны идти люди, умеющие работать в системе «врач-пациент».

В медицинской практике используется термин «Эмпатия», автором этого термина считается Эдвард Титченер, который перевел немецкое слово «Einfuhlung» как «вчувствоваться в...», это понятие описывает процесс понимания произведений искусства.

Эффективность лечения во многом зависит от того, как сложатся отношения между врачом и пациентом. Возникновения положительных отношений и доверия между врачом и пациентом являются опыт и искусство врача, общая атмосфера медицинского учреждения, поведение медицинского персонала, начиная с регистратуры.

Эмпатия медицинского работника помогает лучше прочувствовать состояние пациента. Он должен всегда предусмотреть различные возможности развития заболевания. Общение с пациентом является одним из главных элементов лечебного процесса. Эмпатия врача, направленная на пациента, обозначается как сострадание, сочувствие. В сочувствии отражается переживание медицинским работником. Оно возникает в ситуации, когда воспринимаемое состояние пациента вызывает потребность помочь ему.

Одной из возможности для развития позитивного отношения есть предоставление больному время для рассказа про свою болезнь, то есть возможности свободного, непрерывного рассказа об его переживании, проблемах, жалобах, заботах и опасениях. Врач должен своей личностью, своим присутствием дать пациенту понять, что ему можно доверять. В практике, однако, очень трудно согласовать требование больного со временем врача.

С эмпатией приходится считаться повсюду, и особенно в практике медицины. Жалующемуся больному пытаются помочь словами, прежде всего, стремясь обнаружить физические отклонение - психическим же симптомам придается гораздо меньшее значение, чем физическим. Для соответствующего применения психологии на практике каждому врачу, каждой сестре необходимо постоянно совершенствовать свои знания по психологии и психиатрии. Однако, интерес к повышению опыта врачей в этом направлении все еще незначителен.

Способность врача понять личные особенности пациента, играет огромную роль при установлении доверительных отношений в коммуникации врач-пациент. Врач, который действительно заинтересован в помощи больному в проблеме, с которой тот обратился, несомненно, вызывает большое доверие, и как следствие формирует более открытое поведение со стороны пациента.