Введение.

Стигматизацией принято считать предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков.

Стигматизация психически больных по факту наличия психиатрического диагноза, является причиной дополнительных страданий этих людей, препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию.

Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни.

Эти формы социального отчуждения происходят в семье, на работе, в личной жизни и общественной деятельности, в области здравоохранения и средствах массовой информации.
И именно из-за этих проблем дестигматизация начинает рассматриваться как один из ключевых аспектов не только социальной реабилитации, но и возможности лечения вообще, и Борьба со стигматизацией психически больных ó одно из ведущих направлений программ Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

Любое психически больное лицо имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, признанных во [Всеобщей декларации прав человека](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml)[1](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_helth_care.shtml#a1), [Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml)[2](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_helth_care.shtml#a2), [Международном пакте о гражданских и политических правах](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml)[2](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_helth_care.shtml#a2) и в других соответствующих документах, таких как [Декларация о правах инвалидов](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/disabled.shtml)[3](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_helth_care.shtml#a3) и [Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/detent.shtml)[4](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_helth_care.shtml#a4).

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ

Настоящий Закон определяет правовые, социальные, экономические и организационные основы в сфере психиатрической помощи населению, включая гарантии прав граждан при ее оказании.

**Статья 2. Предмет регулирования настоящего Закона**

1. Настоящий Закон регулирует отношения, возникающие при организации проведения психиатрической помощи, и определяет гарантии прав граждан при ее оказании.

2. Настоящий Закон распространяется на граждан Республики Казахстан, а также иностранцев и лиц без гражданства, находящихся на территории Республики Казахстан, при оказании им психиатрической помощи.

**Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами**

1. Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Республики Казахстан.

Ограничение осуществления прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законом Республики Казахстан.

2. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

* получение квалифицированной медицинской помощи;
* получение информации о своих правах и о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
* получение психиатрической помощи по месту жительства, а также в случае необходимости - по месту нахождения;
* обследование и лечение в психиатрическом стационаре;
* получение помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
* все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показателям;
* отказ на любой стадии лечения от использования медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото- видео- или киносъемки;
* приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи (с согласия последнего), для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;
* помощь адвоката и законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом;
* обжалование в судебном порядке установленного диагноза психического расстройства (заболевания), в том числе с привлечением независимых экспертов.

3. Не допускается ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании наличия психического заболевания, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрической организации органов здравоохранения или психоневрологической организации органов социальной защиты населения или специального обучения. Лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законом Республики Казахстан.

4. Признание гражданина Республики Казахстан или лица без гражданства недееспособным вследствие психического заболевания или слабоумия осуществляется судом с установлением над ним опеки. Установление опеки влечет ограничение на период болезни его прав и свобод в соответствии с законом Республики Казахстан.

**Статья 6. Ограничение выполнения отдельных видов профессиональной деятельности**

1. Гражданин может быть временно, с правом последующего переосвидетельствования, признан непригодным, вследствие психического расстройства, к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, а также работы, связанной с источником повышенной опасности, в соответствии с решением врачебной комиссии, наделенной правами государственными уполномоченными органами, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний. В случае несогласия гражданина с таким решением, оно может быть обжаловано в суде.

2. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работы, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Республики Казахстан и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

**Статья 7. Защита прав и интересов граждан, которым оказывается психиатрическая помощь**

1. Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

2. Защиту и законных интересов несовершеннолетнего и лица, признанного в установленном порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители.

3. Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи осуществляет адвокат или законный представитель. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Республики Казахстан. Администрация организации, оказывающей психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением случаев, предусмотренные в подпункте 1) пункта 5 статьи 23 и подпункте 1) статьи 29 настоящего Закона.

**Статья 8. Сохранение врачебной тайны**

Сведения о наличии у гражданина психиатрического расстройства, факты обращения за психиатрической помощью и лечение в организации, оказывающей такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом.

**Статья 11. Согласие на лечение**

1. Врач обязан представить лицу, страдающему психическим расстройством, или его законному представителю, или адвокату информацию о характере психического расстройства, о целях и методах лечения, а также данные о продолжительности рекомендуемого лечения, о возможных болевых ощущениях, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О представленной информации делается запись в медицинской документации.

2. Лечение страдающего психическим расстройством лица производится после получения согласия его или его законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных в пункте 3 настоящей статьи.

3. Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным законодательными актами Республики Казахстан, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме случаев неотложной госпитализации, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

4. В отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящей статьи, а также и другим категориям больных, страдающих психическими расстройствами, не допускается применение опытов, испытаний медицинскими средствами и методами.

**Статья 12. Отказ от лечения**

1. Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных в пункте 3 статьи 11 настоящего Закона.

2. Лицу, отказавшемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя и врача-психиатра.

 **Глава 2. Обеспечение психиатрической помощью и
социальная защита, гарантированная государством**

**Статья 16. Психиатрическая помощь и социальная защита, гарантированная государством**

1. Государством гарантируется:

1) неотложная психиатрическая помощь;

2) оказание психиатрической помощи при стихийных бедствиях и катастрофах;

3) консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

4) все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

5) социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

6) решение вопросов опеки и попечительства;

7) консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических организациях;

8) социально-трудовое устройство инвалидов и социально-бытовое устройство престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

9) обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами.

2. Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и в целях их социальной защиты государство:

1) создает все виды организаций, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

2) организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

3) создает лечебно-производственные предприятия, а также специальные производства, цехи или участки с облегченными условиями труда для трудовой терапии, обучения новым профессиям для трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов;

3. Все организации, оказывающие психиатрическую помощь, должны соответствовать предъявляемым санитарно-гигиеническим и противоэпидемиологическим нормативам.

**Статья 34. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах**

1. Пациенту, помещенному в психиатрический стационар, должны быть разъяснены его права и установленные в стационаре правила языка, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации с последующим уведомлением законного представителя.

2. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

* обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросу лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом, подавать жалобы и заявления в государственные органы и адвокату, встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине, исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны;
* выписывать газеты и журналы;
* получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;
* получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производственном труде;
* вести переписку;
* получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;
* пользоваться телефоном;
* принимать посетителей;
* иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

3. Индивидуальная подписка на газету и журналы, пользование услугами связи и так далее осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются, или за счет благотворительных поступлений.

**Статья 35. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи**

1. Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

2. Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда по мнению врача-психиатра иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющего непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации с уведомлением его законного представителя.

3. Сотрудники правоохранительных органов обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольного освидетельствования, недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу с целью его осмотра. В случаях, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализированного лица (лиц), подлежащего госпитализации, сотрудники правоохранительных органов действуют в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

**Статья 36. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара**

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом:

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью, а также соответствие организации предъявляемым санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям; предоставлять лицу, страдающему психическим расстройством, или его законному представителю текст настоящего Закона, правила внутреннего распорядка психиатрического стационара, адреса и телефоны государственных и общественных органов, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в государственные органы, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке оповещать его законного представителя или иное лицо по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествий с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителей, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

ПОНЯТИЕ О СТИГМАТИЗАЦИИ.

 «Стигма» — в переводе с латинского означает клеймо. Приклеивание ярлыка можно рассматривать как аналог практики клеймения преступников, распространенной в прошлом.

Такая форма борьбы с преступностью нередко инициировала новые, более тяжелые преступления, как реакцию на социальное отторжение. Значительный вклад в понимание того, как люди, получившие ярлык девианта, справляются со своей девиантностью, внес Ирвинг Гоффман.

В одной из своих работ он исследовал людей с определенными характерными чертами, благодаря которым другие находят этих людей необычными, неприятными или девиантными (Гоффман, 1963). Гофман назвал эти характерные черты стигмами, и его особенно интересовало то, как люди, имеющие стигмы, справляются с ними.

Анализ Гоффмана начинается с людей имеющих физические недостатки и, постепенно, представляет широкий ряд других отклонений. В итоге Гоффман показывает, что наличие стигмы не есть нечто необычное, свойственное небольшому кругу физических и моральных калек, а является достаточно распространенным среди «обычных граждан». Он утверждает, что «… наиболее удачливые из нормальных, вероятнее всего имеют свои полускрытые недостатки, и для каждого маленького недостатка существует социальное обстоятельство, посредством которого он может превратиться в большой недостаток» (1963).

Имея видимую всем стигму, человек заранее готовится к негативным реакциям других членов социума. Одновременно с этим люди с латентными стигмами стараются скрыть свойственные им недостатки, выстраивая взаимодействие так, что бы другие ничего не узнали.

Утаивание часто становится обременительным. Примером может служить описанный в литературе случай с миссис Г., чей муж был помещен в психиатрическую лечебницу. Для того, что бы скрыть от соседей то, что для нее являлось стигмой, она сказала им, что ее муж в больнице из-за подозреваемого рака. Каждый день она спешила получить почту, пока соседи не успели захватить ее с собой. Она отказалась от вторых завтраков в аптеке с женщинами из соседних квартир, чтобы избежать их вопросов. Перед тем, как пригласить их к себе, она прятала всякие материалы, связанные с больницей и т.п. (Иароу, Клаусен, Робине, 1955).

**Типы стигмы*.***

Гофман предложил различать несколько типов стигмы. Стигма может быть связана:

1) с *физическим дефектом*, *деформацией*;

2) с *дефектом индивидуального характера* (эти дефекты характера возникают, например, в результате психического заболевания, алкоголизма, тюремного заключения, употребления наркотиков, безработного статуса индивида, его низкого социального статуса, в частности, связанного с безработицей, с невозможностью получать образование);

3) *с родовой стигмой* (это дефект, определяемый принадлежностью индивида к определенной расе, национальности или религии, причем, это распространяется на всех членов каждой из этих категорий) .

ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ.

 1. выделение и "маркирование" человека с психиатрическим диагнозом;

 2. присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных;

3. отнесение его к "категории" душевнобольных, которая противопоставлена обществу и 4. последующее снижение социального статуса этого человека.

Пинел ввел понятие "стигма-осознанность" (Pinel, 1999) для описания того, насколько больные осознают влияние собственной стигмы и какие психологические последствия это вызывает. В литературе также описан близкий к этому процесс - самостигматизации (Link, 1999; Михайлова и др., 2002) - осознания больным наличия психиатрического диагноза, усвоения и применения к себе мифов о своем психическом заболевании, с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов; это, по мнению авторов, ведет к снижению социального статуса, самооценки больных, что в свою очередь усиливает стигматизацию, т.е. этот процесс представляет собой порочным круг. Самостигматизация представляется изменением системы отношений больного, которая становится нозоцентрической.

При шизофрении самостигматизация отражает измененное болезнью восприятие реальности.

Ряд причин определяет необходимость особых подходов к больным шизофренией. С одной стороны, диагноз шизофрении связан с наибольшим количеством стигматизирующих стереоти- пов. С другой, лица с указанным заболеванием являются наиболее беспомощными перед негативным отношением окружающих в связи с социальной беспомощностью. Кроме того, эти больные не редко провоцируют стигматизацию окружающими в связи с заметными со стороны проявлениями болезни и побочными действиями лекарственных препаратов. Работа с указанными больными вызывает особые сложности в силу наличия у них нарушений кри- тичности, мотивационно-волевых расстройств и несостоятельности механизмов социально опосредованного обучения.

При невротических расстройствах самостигматизация представляется способом ухода от разрешения внутреннего конфликта. При аффективных расстройствах во время обострения самостигматизация отражает измененное болезнью восприятие реальности, а в ремиссии является реакцией личности на факт психической болезни.

**Взгляды и представления населения в области психического здоровья**

Для оценки популярности среди населения различных представлений в области психического здоровья были подсчитаны положительные ответы 732 респондентов на утверждения опросника «Психическое нездоровье в общественном сознании».

 Была выявлена значительная социальная дистанция по отношению к психически больным. Примерно половина опрошенных считает, что общение с психически больным вряд ли будет полезным или приятным, а 15 % респондентов признаются, что прекратят общаться с человеком, узнав, что он имеет психиатрический диагноз. Меньшая часть опрошенных (31 %) приемлют психически больного в качестве коллеги по работе, соседа по лестничной клетке (25 %), 39 % согласились бы, чтобы человек с психическим расстройством входил в компанию их друзей.

Показано, что взгляды о необходимости ограничения прав и свобод психически больных являются довольно популярными. 63 % разделяют мнения о том, что психически больные не должны иметь детей, 45 % полагают, что они не могут учиться в ВУЗе. В целом 61 % респондентов считают, что человеку с психическим расстройством нельзя доверить ответственное дело. Почти половина (43 %) опрошенных полагают, что психически больных необходимо изолировать, а 6 % - физически уничтожать, как обузу для общества.

Из негативных качеств психически больных наиболее распространены мнения об их опасности (70 % респондентов) и непредсказуемости (77 %). В то же время большинство населения не разделяют предубеждений о низких умственных способностях психически больных (18 % опрошенных); чаще считается, что это умные и интересные люди (76 %).

Отмечается высокая популярность взглядов, относящихся к альтернативной по отношению к традиционной медицинской модели болезни, отрицающих биологический характер психического заболевания. Сюда относятся представления о том, что причиной психических заболеваний может быть "ворожба", "порча" (38 %) или мнения о том, что психические болезни являются наказанием за грехи (19%). 35 % опрошенных полагают, что за психически больных порой принимают людей, которые на самом деле контактируют с инопланетянами.

Факторизация матрицы ответов на утверждения опросника позволила выделить ряд независимых смысловых компонентов общественного сознания. Было выделено 4 фактора, описывающих, соответственно, 19 %, 12 %, 7 % и 5 % общей дисперсии. Негативное отношение к психически больным оказывается неоднородным и распадается на 2 фактора: «Контроль и отвержение» и «Агрессивное неприятие».

Первый фактор «Контроль и отвержение» включает утверждения, связанные с ограничением прав и дистанцированием по отношению к психически больным. Из негативных качеств людей, страдающих психическими заболеваниями, акцент ставится на их социальную опасность ("Психические больные опасны" – 0,57), непредсказуемость ("Поведение психически больных чаще абсолютно непредсказуемо" – 0,61), бесполезность и ненадежность ("Психически больному нельзя доверить ответственное дело, на него нельзя положиться" – 0,65). Отрицается приоритет личной свободы и ответственности людей с психическими заболеваниями, считается, что общество вправе принимать решения за психически больных. Безопасность общества ставится выше личной свободы психически больного ("Можно пожертвовать свободой психически больного ради безопасности личности" – 0,48; "Если есть риск, что психически больной может совершить опасные для окружающих действия, хотя пока он ничего не совершил, лучше сразу изолировать его" – 0,49).

 Во второй фактор «Агрессивное неприятие» вошли утверждения, выражающие негативное отношение к лицам с психическими заболеваниями, причем оно связывается больше с неприятием психически больных как личностей, восприятие их как "плохих людей". Психически больные наделяются низким интеллектом (0,54), отрицается возможность психически больного быть "хорошим человеком" (0,63), умным. В отличие от первого фактора, в котором подчеркивается необходимость контроля и изоляции психически больных, в данном случае речь идет об активно агрессивном отношении, вплоть до возможности их уничтожения как обузы для общества (0,48). Открыто выражаются отрицательные эмоции, агрессия по отношению к ним (неприязнь – 0,64; негодование – 0,58; раздражение – 0,44). В случае наличия у человека психиатрического диагноза выражается готовность немедленно прервать с ним отношения (0,50).

 Также «Небиологические представления о психическом заболевании» значимый вес имеют суждения, в которых отрицается или ставится под сомнение объективный характер психопатологии, медицинская модель психического заболевания. Предполагается, что психическое заболевание – это "результат безволия, слабого характера" (0,56), "признак талантливого человека" (0,47), пробуждение особых способностей (0,53), наказание за грехи (0,47). Вина и ответственность за заболевание перекладывается на самих психически больных ("Психически больные во многом сами виновны в своем заболевании" - 0,56). Считается, что психическое расстройство отчасти выбор самих больных, связанный с желанием пользоваться преимуществами заболевания, например, нежеланием соблюдать общественные нормы (0,49).

Оценка влияния социо-демографических переменных, профессиональных знаний и опыта общения с психически больными на баллы по факторам опросника позволяет выявить ряд закономерностей. «Контроль и отвержение» более свойственно для людей старшего возраста (R=0.22) и менее выражено среди таких профессиональных групп как врачи-психиатры, социальные работники и журналисты (p<0.05). «Агрессивное неприятие» чаще присуще лицам молодого возраста (R=-0.27), мужского пола, а из профессиональных групп – работникам правоохранительных органов (p<0,05).

 «Небиологические представления о психическом заболевании» связаны с более низким образовательным уровнем респондентов. Наличие таких взглядов способствует несколько более позитивному отношению к психически больным (R=-0.14).

Гильберт рассматривает (Gilbert, 2001) "эволюционные корни", лежащие за социальными и психологическими проявлениями стигм. Они заключаются в:

1. избегании опасного члена общества и связанный с этим страх;

 2. восприятии психически больных как генетически негодных;

3. как сексуально негодных;

4. как негодных для совместной деятельности;

 5. а также, потребности в чувстве превосходства.

Т. е. на формирование стигмы психической болезни оказывают влияние три взаимосвязанных фактора:

 проблема знания (невежество),

проблема отношения (предрассудки),

 проблема поведения (дискриминация).

Соответственно и малообъяснительным кажется главное замечание, которое автор выводит относительно дестигматизации: "в конце концов стигматизация будет меньше только по мере того, как мы будем меньше заботиться о собственной личной выгоде".
Оригинальное описания мотивации стигматизирующих предложил М.М. Кабанов, который связал стремление стигматизировать с наличием трех мотивационных компонентов:

 1. потребности в сохранении удовлетворительных условий своей жизни

2. потребности в сохранении нормального уровня функционирования - сохранении своего интеллектуального уровня и

3. потребности в сохранении своей эмоциональной стабильности. Соответственно психически больные со стигмой, в представлении автора, являются "угрожающими" удовлетворению этих потребностей. (Кабанов, 2001).

Одним из главных психологических механизмов стигматизации, описываемый практически всеми авторами является проекция: приписывание другому (или группе других) черт отвергаемых человеком (или референтной группой) в себе.
Подразумевается, что людям с психиатрическим диагнозом не просто будут приписываться те или иные черты, закрепленные в мифе или стереотипе, а то, что их поведение будет негативно оцениваться в зависимости от черт воспринимающего. Об этом же пишет Кабанов М.М.: "человек склонен представлять психическую болезнь поражающей то, что он считает наиболее ценным в человеческой личности" (Кабанов, 2001).

Обобщая различные взгляды, сформулированные в рамках всех анализируемых моделей, авторы указывают, что стигма и предубеждение выполняют три основные функции:

1) эксплуатация и доминирование;

2) усиление социальных норм;

3) избегание болезни.

 В случае стигматизации ВИЧ-позитивных одновременно задействованы две функции – усиление социальных норм, а также избегание болезни .

Опрос людей с психическими расстройствами показал, что многие из них стремятся скрывать наличие у них расстройства, испытывают неловкость, избегают общения с прежними знакомыми; в результате усиливается межличностная отгороженность и бытовая, семейная, трудовая [дезадаптация](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B5%D0%B7%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BF%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), которые могут приводить к [хронификации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) расстройства, частым[рецидивам](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D0%B2_%28%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%29), злоупотреблению [психоактивными веществами](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B2%D0%B5%D1%89%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0) и т. п. Сходные результаты показали и многочисленные обследования, проводившиеся в [Великобритании](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F)и [США](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D1%91%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%A8%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8B_%D0%90%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B8).

К причинам дискриминации и стигматизации исследователи относят также недостаточную осведомлённость общества в области психиатрии; подсознательный страх, подкрепляемый «журналистскими бомбами» — избирательными и мелодраматическими сообщениями в [средствах массовой информации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BC%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8) практически обо всех случаях насилия, совершаемых душевнобольными; в связи с чем общественность плохо представляет себе характер и реальную частоту таких случаев.

Многие исследования подтверждают тот факт, что существенную роль в дискриминации играет низкая информированность населения и отдельных людей о проблемах психического здоровья: доказано, что люди, обладающие более обширными знаниями о психических заболеваниях, а также опытом общения и взаимодействия с психически больными, имеют гораздо меньше предрассудков.

По данным ряда зарубежных и российских исследований, в прессе преобладает негативная информация как о психиатрии и психиатрах, так и о психически больных. Одно из исследований показало, что тема [противоправных](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C) действий, совершаемых душевнобольными, в СМИ относится к наиболее популярным темам, касающихся психиатрии (23 %). Среди газетных публикаций, содержащих упоминания о психически больных, доля статей со ссылками на преступления составила 40 %. В СМИ часто встречаются пренебрежительные наименования, уничижительные производные от психиатрических терминов: «шизофреник», «псих» и др.[[62]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.A1.D0.B5.D1.80.D0.B5.D0.B1.D1.80.D0.B8.D0.B9.D1.81.D0.BA.D0.B0.D1.8F-62) Односторонняя фокусировка при описании [психопатологических](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) симптомов лишь на наиболее броских, пугающих аспектах проблемы ([императивное](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D1%8E%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F#.D0.98.D0.BC.D0.BF.D0.B5.D1.80.D0.B0.D1.82.D0.B8.D0.B2.D0.BD.D1.8B.D0.B5) содержание обманов восприятия, перечисление [бредовых](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%B5%D0%B4) фабул) при игнорировании других проявлений психической патологии тоже способствует стигматизации.

Вместе с тем в действительности люди с психическими заболеваниями в основном не агрессивны и не являются убийцами. Случаев [агрессивного поведения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B3%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) среди них столько же, сколько среди здоровых индивидов (около 3 %).

По данным разных исследователей, лица, страдающие психическими расстройствами и совершившие преступления, составляют лишь 1—3 % среди всех нарушителей[уголовного законодательства](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE)[[6]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.A3.D1.81.D0.BE.D0.B2-6). Особенно редко совершают преступления больные, страдающие [депрессией](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F), и лица со [слабоумием](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BB%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%83%D0%BC%D0%B8%D0%B5): в этих случаях риск правонарушения в десять раз меньше, чем у здоровой части населения. Исходя из статистики исследований, американский учёный Д. Монахан сделал вывод, что на основании [клинических](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC) данных нельзя осуществить точный прогноз насильственного поведения (в частности, дискуссионной является связь диагноза «[шизофрения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B8%D0%B7%D0%BE%D1%84%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F)» с риском насилия)[[68]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-68).

Другие исследования отмечают возрастающий риск агрессивного поведения у лиц с психическими расстройствами преимущественно при [десоциализации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) и социальной изоляции, наличии криминального [анамнеза](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B7), тюремном заключении, отсутствии трудоустройства и определённого места жительства, злоупотреблении[алкоголем](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%BA%D0%B8) и [наркотиками](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA), неблагоприятных обстоятельствах в детстве (неблагополучной семейной обстановке, отсутствии родительского внимания, нарушении развития); делается вывод, что опасность психически больных людей предопределяют социальные, а не клинические факторы.

История дискриминации.

Дискриминация лиц с психическими расстройствами во многих странах носит исторически обусловленный характер: негативные стереотипы, страх и неприятие приводили на протяжении столетий к ситуации, когда общество либо отвергало лиц, страдающих психическими расстройствами, либо не замечало их существования[[2]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.92.D0.B2.D0.B5.D0.B4.D0.B5.D0.BD.D0.B8.D0.B5-2).
Известна позиция [Мартина Лютера](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%8E%D1%82%D0%B5%D1%80%2C_%D0%9C%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%BD), писавшего:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| « | *По моему мнению, все умалишённые повреждены в рассудке чёртом. Если же врачи приписывают такого рода болезни причинам естественным, то происходит это потому, что они не понимают, до какой степени могуч и силён чёрт*[*[80]*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.9A.D0.B0.D0.BD.D0.BD.D0.B0.D0.B1.D0.B8.D1.85-5.3-80)*.* | » |

Вплоть до конца [XVIII](https://ru.wikipedia.org/wiki/XVIII_%D0%B2%D0%B5%D0%BA) — первой половины [XIX века](https://ru.wikipedia.org/wiki/XIX_%D0%B2%D0%B5%D0%BA) узники заведений для душевнобольных [Англии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D1%8F), [Франции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%8F) и [Германии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F) содержались в тяжёлых условиях: в каменных «мешках», лишённые солнечного света и прикованные цепями, зачастую голодая и подвергаясь избиениям[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.9A.D0.B0.D0.BD.D0.BD.D0.B0.D0.B1.D0.B8.D1.85-74). [Ж. Эскироль](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%BB%D1%8C%2C_%D0%96%D0%B0%D0%BD-%D0%AD%D1%82%D1%8C%D0%B5%D0%BD_%D0%94%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D0%BA), посетив психиатрические учреждения в провинциальных городах Франции, в [1818 году](https://ru.wikipedia.org/wiki/1818_%D0%B3%D0%BE%D0%B4) писал:

«Вифлеемский госпиталь», [Уильям Хогарт](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D0%B3%D0%B0%D1%80%D1%82%2C_%D0%A3%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D1%8F%D0%BC)

|  |  |
| --- | --- |
| « | *Несчастные, в интересах которых я возвышаю свой голос, подвергаются обращению, худшему, чем преступники, и живут в обстановке, достойной зверей. Я видел их покрытых лохмотьями, на соломе, которая служит для них единственной защитой от сырости каменного пола. <...> Вот что я видел во Франции, и вот как содержатся душевнобольные почти повсеместно в Европе*[*[81]*](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.9A.D0.B0.D0.BD.D0.BD.D0.B0.D0.B1.D0.B8.D1.85-14.1-81)*.*В [Лондоне](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%BD) и в [Париже](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B6) популярны были представления с участием «буйных» душевнобольных: их запирали в клетки и за деньги демонстрировали публике — в целях нравственного поучения. В воскресные дни в[Бедлам](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%B4%D0%BB%D0%B0%D0%BC) за малую плату пускали посетителей[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.9A.D0.B0.D0.BD.D0.BD.D0.B0.D0.B1.D0.B8.D1.85-11.3-83). В германских домах для умалишённых практиковались избиения плетью и палками[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.9A.D0.B0.D0.BD.D0.BD.D0.B0.D0.B1.D0.B8.D1.85-18.2-84), в качестве метода лечения применялась так называемая механотерапия: вращательная машина, вращающееся колесо и вращающаяся кровать (действие последней приводило к наиболее тяжёлым эффектам: головокружение, тошнота, рвота, [удушье](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%B4%D1%83%D1%88%D1%8C%D0%B5), [кровоизлияния](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B8%D0%B7%D0%BB%D0%B8%D1%8F%D0%BD%D0%B8%D0%B5) в [конъюнктиву](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%8A%D1%8E%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B0) глаз), смирительный стул и смирительная кровать, «мешок» (Sack).Принципы гуманного отношения к людям с психическими расстройствами в [Западной Европе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%95%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0) были заложены[Филиппом Пинелем](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%BB%D1%8C%2C_%D0%A4%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%BF%D0%BF), в [1793 году](https://ru.wikipedia.org/wiki/1793_%D0%B3%D0%BE%D0%B4) буквально снявшим цепи с душевнобольных в парижской государственной больнице [Бисетр](https://en.wikipedia.org/wiki/Bic%C3%AAtre_Hospital)ю. Эта эпоха развития психиатрии характеризуется становлением психиатрии как области медицины, введением принципов гражданской защиты душевнобольных и исключения насилия над ними[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.AF.D1.81.D1.82.D1.80.D0.B5.D0.B1.D0.BE.D0.B2-57). В середине [XIX столетия](https://ru.wikipedia.org/wiki/XIX_%D0%B2%D0%B5%D0%BA) английский врач [Джон Конолли](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B8%2C_%D0%94%D0%B6%D0%BE%D0%BD) предлагает принцип *No restraint* («Никакого стеснения»); спор вокруг этого принципа стал общеевропейским и глубоко символичным.Выдающийся российский психиатр конца XIX века [С. С. Корсаков](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D1%81%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%2C_%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%B9_%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B5%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87) был последовательным сторонником системы *No restraint* Джона Конолли, широко распространившейся на [Западе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%95%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B0). Благодаря Корсакову прогрессивные методы содержания и ухода получили распространение и в России. Первоначально С. С. Корсаковым в частной клинике были отменены любые насильственные меры при лечении душевнобольных, в первую очередь связывание и использование[смирительных рубашек](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D1%83%D0%B1%D0%B0%D1%88%D0%BA%D0%B0). Были упразднены изоляторы, сняты решётки на окнах, создана уютная обстановка в отделениях.  Введенная в частной лечебнице система *No restraint* постепенно начала проникать и в [земские](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B5%D0%BC%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE) психиатрические больницы[[88]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.94.D0.B5.D0.BE.D0.BD.D1.82.D0.BE.D0.BB.D0.BE.D0.B3.D0.B8.D1.8F_.D0.B2_.D0.BF.D1.81.D0.B8.D1.85.D0.B8.D0.B0.D1.82.D1.80.D0.B8.D0.B8-88).Политика [расовой гигиены](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B0%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D0%B0) в [нацистской Германии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D0%B5%D0%B9%D1%85) привела к [стерилизации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%28%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%29), а затем и физическому уничтожению многих людей, страдающих психическими расстройствами, в ходе [программы умерщвления Т-4](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%BC%D0%B0_%D1%83%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%89%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%A2-4)[[90]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-Strous-90). С [1934](https://ru.wikipedia.org/wiki/1934_%D0%B3%D0%BE%D0%B4) по [1945 год](https://ru.wikipedia.org/wiki/1945_%D0%B3%D0%BE%D0%B4) были принудительно стерилизированы сотни тысяч человек. В рамках программы Т-4 были убиты до 275 тыс. человек; в период с [1942](https://ru.wikipedia.org/wiki/1942) по [1945 год](https://ru.wikipedia.org/wiki/1945_%D0%B3%D0%BE%D0%B4) около 1 миллиона пациентов замучены голодом в немецких психиатрических больницах. Считалось, что неизлечимо больные «не заслуживают права на существование» и представляют собой «биологическую угрозу» для немецкой нации[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-Strous-90); кроме того, в качестве одного из оправдательных мотивов выступал экономический эффект от уничтожения «лишних людей», существование которых обходится дорого государству и обществу[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-eaters-93). Программа T-4 послужила началом перехода гитлеровцев от отдельных преступлений к заранее планируемым массовым убийствам[]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-Kaul-92). |

В [1960-е годы](https://ru.wikipedia.org/wiki/1960-%D0%B5_%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D1%8B) в западных странах возникли антигоспитальное и [антипсихиатрическое](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8F) движения, следствием которых стало реформирование системы психиатрической помощи ([деинституционализация](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B5%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%82%D1%83%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F)) и распространение идей защиты [гражданских прав](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0) душевнобольных, повлёкшее за собой гуманизацию законодательства в сфере психиатрии. Уже к [1987 году](https://ru.wikipedia.org/wiki/1987_%D0%B3%D0%BE%D0%B4) в большинстве европейских стран, а также в [США](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%A8%D0%90) и [Канаде](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D0%B0) свыше 90 % случаев госпитализаций в психиатрические стационары осуществлялось на добровольной основе[[86]](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BB%D0%B8%D1%86%2C_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%D0%BC%D0%B8#cite_note-.D0.AE.D0.B4.D0.B8.D0.BD-86).

## «Стыдно быть в Казахстане психически больным!» - Бахыт Туменова о правах людей с нарушением психического здоровья

**Выступление на Общественных слушаниях "Отверженные": психическое здоровье и права человека в Казахстане" 26.04.2011**

согласно данным ВОЗ каждый 4-й человек в течение жизни испытывает проблемы с психическим здоровьем, в каждой 4-й семье, по крайней мере, один человек страдает расстройством психического здоровья. Сегодня в развитых странах примерно до 10% населения имеет те или иные расстройства психического здоровья. И эта цифра, по прогнозам экспертов ВОЗ, увеличится через несколько лет до 15%. Но у нас в Казахстане таких больных только 1,8%. Возникает вопрос – или мы особая страна, где нет психических заболеваний, или среди нас ходят более 8% тех, кому не диагностировали психическое расстройство. Может быть, это и является одной из многих причин того, что на сегодня Казахстан занимает одно из ведущих мест в мире по преступности и суицидам среди подростков?

несмотря на все достижения, над людьми, страдающими психическими расстройствами, по-прежнемудовлеет СТИГМА. Стыдно быть в Казахстане психически больным! Мы знаем случаи, когда родители и родственники больного ребенка не хотят, чтобы он получал инвалидность.  Ведь это зазорно, не дай бог, никто не захочет породниться! «Ну что он, да псих, шизик, что с него возьмешь!» — И человек — изгой! Одна из причин этому — низкая правовая осведомленность о том, на что эти люди обладают полным пакетом прав человека.

Эта стигма является препятствием к тому, чтобы компенсировать состояние больного. Некоторые«сохранные» пациенты, не получая навыков и образования становятся еще более оторванными от общества.

Семья, в которой есть инвалид по заболеванию всегда беднее, чем семья, в которой нет такой проблемы. Но семья, которая имеет инвалида с психическим заболеванием, еще беднее. И опять же стигма заставляет людей не говорить о пациенте и его заболевании, особенно в сельской местности.

Существующий в стране малый процент людей с психическими расстройствами связан с проблемой низкой выявляемости болезни на этапах первичной медико-санитарной помощи, с недостаточно высокой квалификацией врача общей практики, отсутствием у него настороженности при появлении первых симптомов эмоциональных заболеваний.

- Не ведется работа по повышению осведомленности общества и преодолению стигматизации психически больных людей, как с источником их дискриминации.

- Недостаточное выявление психических заболеваний из-за слабости первичной медико-санитарнойпомощи, в результате чего  пациенты поступают в клиники с запущенными формами заболеваний.

- Не ведется работа по предупреждению психических заболеваний, а также охране психического здоровья.

- Недостаточная открытость госструктур для общества и полная закрытость системы КУИС.

- **И самая большая проблема  — живучесть унаследованных догм и стереотипов, от которых мы должны уходить.**

### Характер вреда

Вред людям может быть физический и психологический. Небольшое число штатов рассматривает психологический вред в качестве доказательства опасности, оправдывающей недобровольную психиатрическую госпитализацию. Например, штат Айова разрешает недобровольную госпитализацию психиатрического пациента в случае, если имеется вероятность, что он «причинит серьезную эмоциональную травму членам своей семьи или другим, у кого нет разумной возможности избежать контакта с больным...» [45]. «Серьезная эмоциональная травма» определена как « травма, которая не обязательно проявляет себя какими-то физическими характеристиками, но которая может быть распознана и диагностирована лицензированным врачом или другим квалифицированным специалистом в области психического здоровья и которая причинно связана с действием или упущением лица, являющегося или предполагающегося психически больным» [46].

Как изящно заметил один комментатор, закон Айовы предполагает, что травма должна быть « явной не физически, но «медицински »[16].

Отсутствие «разумной возможности избежать контакта» означает, что, к примеру, не соседи бредового больного должны переезжать из своих домов, чтобы избежать психологического вреда из-за непрекращающегося потока ругательств, оскорбительных жестов или угроз, но данный больной из своего, в психиатрическую больницу, в порядке недобровольной госпитализации.

Угроза причинить вред может рассматриваться как вербальный акт, опасный сам по себе, если она вызывает состояние страха у тех, на кого она направлена. Даже если угроза не вызывает страха, она, тем не менее, может рассматриваться как индикатор будущего поведения и также свидетельствовать об опасности.

Вред может быть причинен не только другим, но и самому себе. Он может быть активным, например вред собственной жизни в результате суицида, или собственной телесной целостности путем нанесения себе физических повреждений. Активный вред легко идентифицировать.

Пассивный вред вызывает больше разногласий в оценках. Категория психически больных, убивающих себя не активно и быстро, но пассивно и медленно была выделена американскими юристами в начале 1970-х гг. и обозначена как gravely disabled (дословно – «угрожающе инвалидизированные»). Они пассивно опасны для себя потому, что не могут, по причине имеющейся у них психической болезни, адекватно обеспечивать себя едой, жильем, одеждой, медицинской помощью. Вред, которому они сами себя подвергают, выражается в том, что они могут замерзнуть или умереть от голода, или у них может развиться тяжелая болезнь из-за отсутствия внимания к самим себе, беспокойства себе, или неспособности действовать из-за болезненной пассивности и апатии. Поначалу полагали, что такие лица не должны рассматриваться как опасные. Однако в последующем некоторые штаты в своих законах включили их в категорию опасных [47].

### Процедуры недобровольной госпитализации

Некоторые штаты установили разную продолжительность недобровольной психиатрической госпитализации для больных, опасных для других и опасных для себя.

В Калифорнии, например, человек, страдающий психическим заболеванием и представляющий опасность лишь для себя самого, подвергается неотложной госпитализации на 72 часа, после чего, при подтверждении наличия психического заболевания и опасности для себя , 14 дневному «интенсивному лечению». По истечении 14 дней пациент, в случае сохраняющейся опасности для себя, может быть задержан в стационаре на дополнительные 14 дней, по прошествии которых штат больше не вправе удерживать его в больнице недобровольно.

В случае опасности для других, пациент также подвергается неотложной госпитализации на 72 часа, затем при подтверждении наличия психического заболевания и опасности для других -14 дневному «интенсивному лечению», по окончании которого, при сохраняющейся опасность для других, недобровольной госпитализации до 180 дней.

Если в течение 180 дней пребывания в психиатрическом стационаре пациент совершает явное опасное действие, недобровольное пребывание в психиатрической больнице может быть продлено еще на 180 дней. В Калифорнии под опасностью для себя понимается «активная» опасность (суицид, самоповреждения). « Пассивно опасные для себя» - неспособные по своему психическому состоянию заботиться о себе (gravely disabled) госпитализируются первоначально на 30 дней, после чего при подтверждении наличия психического расстройства и неспособности удовлетворять основные жизненные потребности – на 1год, с возможностью в последующем продления периода недобровольной госпитализации еще на 1 год [60].

Несколько слов о недобровольной госпитализации в St.Elizabeths[17] - главную и самую известную психиатрическую больницу в столице США, где мне довелось стажироваться в 2002г.

Процедура госпитализации более сложная, чем в России и состоит из двух этапов или стадий: (1) неотложная недобровольная госпитализация (detention for emergency observation and diagnosis) продолжительностью до 21 дня и (2) судебная госпитализация (judicial hospitalization) на период до 1года.

В процессе недобровольной госпитализации важное место принадлежит органу, которого в России не существует, – комиссии по психическому здоровью (Mental Health Commission), представляющей собой некий юридическо-психиатрическо-психологический гибрид. Комиссия назначается председателем Верховного суда округа Колумбия и состоит из председателя (судья) и двух членов (два психиатра или психиатр и клинический психолог со степенью Ph.D,или два психолога со степенью Ph.D.) и является постоянно действующей частью отделения психического здоровья отдела по делам семьи Верховного суда округа Колумбия. Комиссии принадлежит ключевая роль в переводе «недобровольного» пациента с первого этапа госпитализации на второй, а также в продлении недобровольной госпитализации на период более 1 года.

Две важные особенности, относящиеся к правам «недобровольного» психиатрического пациента в Вашингтоне, которых не имеет его «московский собрат»: (1) право на слушание дела о недобровольной госпитализации судом присяжных и (2) *обязательное* предоставление судом адвоката всем не имеющим его или отказывающимся от услуг адвоката «недобровольным» пациентам через 72 часа после начала неотложной недобровольной госпитализации.

C учетом внесенных в 2004г. поправок в закон о недобровольной госпитализации в округе Колумбия[18], процедура недобровольной госпитализации в столице США выглядит следующим образом. В большинстве случаев психиатрический пациент доставляется в больницу с «формой FD 12» – (ходатайство о неотложной госпитализации), которая должна быть заполнена семейным врачом или психологом больного, либо сотрудником департамента социальных служб или полицейским. В ходатайстве указываются факты, свидетельствующие, по мнению заявителя, о наличии у пациента психического заболевания и о том, что по причине этого заболевания пациент с вероятностью нанесет повреждения себе или другим. Иногда больного доставляют в больницу родственники для поступления в качестве «добровольного» пациента», однако, если пациент не произнесет фразу: « Я хочу быть принят в больницу в качестве добровольного пациента», или если он произнесет эту фразу, но откажется подписать форму для добровольной госпитализации или не станет выполнять другие рутинные процедуры, предусмотренные при добровольной госпитализации, дежурный психиатр или психолог обязаны оценить его состояние на предмет наличия показаний для госпитализации в недобровольном порядке. Пациента, поступающего с формой FD-12 также в обязательном порядке обследует дежурный психиатр или психолог и при наличии признаков психической болезни и опасности для себя или других пациент госпитализируется в порядке неотложной недобровольной госпитализации (emergency involuntary hospitalization). Такой пациент может находиться в больнице на основании заключения дежурного психиатра или психолога не более 48 часов. Если больница считает необходимым задержать пациента на более длительное время, она обязана в течение этих 48 часов обратиться в суд с заявлением о необходимости продления неотложной недобровольной госпитализации. Если больница делает это, судья обязан рассмотреть заявление в течение 24 часов. Если судья удовлетворяет его, срок пребывания пациента в больнице продляется на 7 дней (в последующем может быть продлен до 21дня). Одновременно с этим судья назначает пациенту адвоката. Пациент имеет право обжаловать решение судьи о продлении неотложной недобровольной госпитализации в суде. Если больница желает задержать пациента на срок, превышающий 21 день, она должна вновь обратиться в суд с заявлением о необходимости теперь уже судебной госпитализации. В случае, если больница сделала это, суд назначает дату слушания дела комиссией по психическому здоровью. Слушание на комиссии происходит в присутствии пациента и его адвоката.

Если комиссия не находит оснований для недобровольной госпитализации и рекомендует выписку пациента, это решение обязательно для больницы. Если установит наличие у пациента психического заболевания и признаков опасности для себя или других и невозможность лечить пациента в менее ограничительных (чем психический стационар) условиях, она выносит решение о необходимости недобровольной госпитализации пациента на срок, не превышающий одного года. Если возможность недобровольного лечения в менее ограничительных условиях существует, комиссия рекомендует недобровольное психиатрическое лечение в амбулаторных условиях на тот же срок. В любом из этих двух случаев пациент получает право на слушание дела в суде с участием присяжных.

В суде больница должна доказать наличие у пациента психической болезни и опасности для себя иди других, вытекающей из этой болезни. Требуемый стандарт доказательства - «ясное и убедительное доказательство». Если наличие у пациента психического заболевания и опасности, а также невозможность лечить пациента в менее ограничительных условиях будут доказаны, суд выносит решение о недобровольной госпитализации пациента на период до 1 года. Годичный срок недобровольной психиатрической госпитализации может быть продлен, если больница за 60 дней до его истечения обратится в комиссию по психическому здоровью и предоставит убедительные доказательства необходимости его продления. Больница имеет право изменить статус пациента с « недобровольного» на «добровольный» в любое время.

### Альтернативы недобровольной госпитализации

Практически все штаты требуют, чтобы при решении вопроса о недобровольной психиатрической госпитализации обязательно рассматривалась возможность применения других, менее ограничительных мер, таких, например, как недобровольное лечение в амбулаторных условиях. Недобровольное амбулаторное лечение обычно включает в себя обязательное еженедельное посещение амбулаторного психиатрического учреждения для получения лекарств, проведения лечебных процедур, контроля проводимого лечения, оценки динамики психического состояния и т.д.

**ВЫВОДЫ**

1. Для большинства населения характерно предубежденное отношение к психически больным, которое выражается в значительной социальной дистанции по отношению к ним, представлениях о необходимости ограничении их прав, приписывании им таких качеств как агрессивность, ненадежность, непонятность, сложность и непредсказуемость.

3. Дистанцирование и стремление ограничивать права и личную свободу психически больных связано с восприятием их как опасных, и в то же время слабых, и обусловлено стереотипами: «опасность», «непредсказуемость», «авторитаризм», «благотворительность». Этот аспект стигматизации психически больных больше характерен для лиц старшего возраста и менее типичен для психиатров, социальных работников и журналистов.

4. Агрессивное неприятие психически больных не связано с приписыванием им в качестве характерных особенностей слабости и опасности; оно обусловлено оценочным недифференцированным восприятием больных как «плохих людей». Этот аспект стигматизации чаще свойственен лицам молодого возраста, мужчинам и работникам правоохранительных органов.

5. Большинством населения типичный психически больной воспринимается как человек с острой параноидной симптоматикой.

7. Приписывание психически больным чувства вины и ответственности за свое заболевание соотносится с наличием небиологических представлений о психической болезни и не связано со стремлением ограничения прав и свобод психически больных и контактов с ними.

9. Принципами дестигматизации должны быть активность и гласность с целью привлечения внимания общества к проблеме стигмы, учет мотивации целевых групп,   вовлечение механизма эмпатии. Учитывая то, что большинство населения не разделяет мнения о низких умственных способностях психически больных, программа должна строится на преодолении других предрассудков, в частности об особой опасности психически больных.

**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.**

1. Социально-психологические аспекты стигматизации психически больных//Журнал психиатрии и невропатологии им.С.С.Корсакова. – 2002. - №10, с. 59-68. (соавт. Ениколопов С.Н., Ястребов В.С.)

2. Представление о психически больных и отношение к пациентам психиатрических служб в обществе//Ежегодник Российской ассоциации психологического общества: материалы 3 Всероссийского съезда психологов 25-27 июня 2003 г. Изд-во С-Пб университета, с.139-142. (соавт. Ениколопов С.Н., Ястребов В.С.)

3. Образ психически больного в общественном сознании//В кн.: Клинические и медико-социальные аспекты современной психиатрии (сборник молодых ученых). Под ред. проф. Ю.А.Александровского, Москва, 2003, с. 169-172.

4. Вопросы психического здоровья в материалах российской прессы. – М.: НЦПЗ РАМН – 2004. – 28 с. (соавт. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Михайлова И.И., Степанова А.Ф.)

5. Психиатрическая тематика в материалах российской прессы//Психиатрия. – 2004. - № 2. – С. 63-71. (соавт. Ястребов В.С., Балабанова В.В., Михайлова И.И., Степанова А.Ф.)

6. Кластерный анализ как метод определения феномена стигматизации психически больных//Психиатрия. – 2004. - № 3 (9). – с. 50-54. (соавт. Судаков С.А., Ениколопов С.Н., Мясоедов С.Н.)

7. Социально-психологические факторы, влияющие на стигму психически больных//Материалы Российской конференции психиатров. Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. – М., 5-7 октября, 2004. – с.106-107.

8. Стигматизация психически больных (психологический аспект)//Статья принята к печати в журнал психиатрии и невропатологии им.С.С.Корсакова, № 3, 2005.