

ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ СЛУЖБ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Отчет о совещании Рабочей группы

Корк

28 июня - 1 июля 1977 года



ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
Всемирная организация здравоохранения
КОПЕНГАГЕН
1980

ICP/MNH O30 II

Примечание

Настоящий отчет подготовлен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения для правительств государств-членов ВОЗ, входящих в Европейский регион, а также для участников Совещания Рабочей группы по вопросу о факторах, препятствующих развитию служб охраны психического здоровья. Ограниченное количество экземпляров отчета, предназначенных для лиц, связанных с данной областью исследования по своему служебному положению или по роду своей профессиональной деятельности, имеется в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене по адресу: Scherfigsvej 8, 2100 Copenhagen Ø, Denmark.

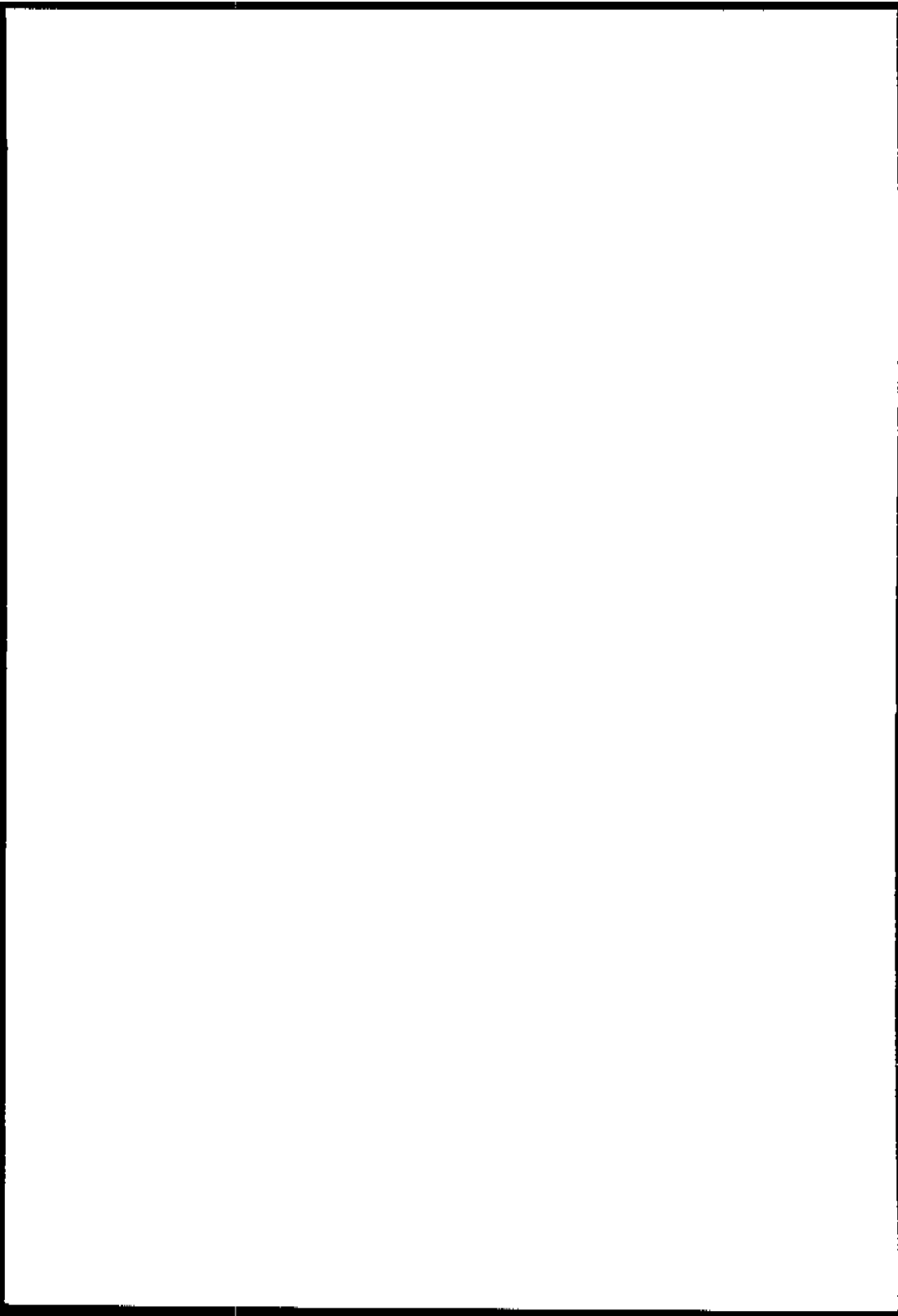
Выраженные участниками данного совещания взгляды и точки зрения не обязательно отражают решения или установленную политику Всемирной организации здравоохранения.

Используемые в отчете обозначения и приводимые в нем материалы не являются выражением мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, либо их властей или же по вопросу определения их границ. Когда в заголовках таблиц дается обозначение "страна или район", оно подразумевает страны, территории, города или районы.

Настоящий отчет имеется также на английском и французском языках.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
1. Введение.....	1
2. Обзор материалов о положении по странам.....	4
3. Концепция всеобъемлющей охраны психического здоровья населения.....	11
4. Отрицательные факторы, связанные с отношениями.....	13
5. Факторы, препятствующие информации.....	18
6. Факторы, препятствующие развитию кадров.....	24
7. Факторы, препятствующие освоению материальных ресурсов.....	28
8. Факторы, препятствующие координации.....	32
9. Факторы, препятствующие администрации и политике...	36
10. Выводы.....	40
11. Рекомендации.....	42
Приложение I Повестка дня.....	44
Приложение II Участники.....	45



1. ВВЕДЕНИЕ

В совещании Рабочей группы по вопросу о факторах, препятствующих развитию служб охраны психического здоровья приняли участие 21 эксперт из 16 стран Европы и Соединенных Штатов Америки и 2 штатных работника Европейского регионального бюро ВОЗ. В числе участников были клинические психологи, психиатрические клиницисты, администраторы, работающие в больницах и службах психического здоровья, академический психиатрический персонал, ответственный, прежде всего, за преподавание и научные исследования, старший медицинский и административный персонал, работающий в районных и национальных отделах охраны психического здоровья, а также психиатрические медсестры, работающие в этой области и в области администрации. (Список участников дается в Приложении II). Присутствовал также ряд наблюдателей от местных психиатрических служб, расположенных в Корке или вокруг него, а также от кафедры психиатрии Коркского университета.

Рабочую группу приветствовал г-н Д. Вилан, Помощник секретаря, Министерство здравоохранения, Дублин, который, выступая от имени Заместителя Премьер-министра и Министра здравоохранения Республики Ирландия, отметил, что Региональное бюро Всемирной организации здравоохранения со времени своего основания проявляет особый интерес к развитию служб всесторонней охраны психического здоровья, которые бы базировались среди обслуживаемого ими населения. Поэтому возникла потребность в большей координации между этими коммунальными службами охраны психического здоровья и системами общей охраны здоровья населения, социального обеспечения и просвещения в расширении сотрудничества с добровольными и другими заинтересованными негосударственными организациями в этих областях. Хотя в большинстве европейских стран уже предприняты шаги в этом направлении, ни в одной из них этот процесс полностью не завершен. Однако, каждое правительство в Регионе заинтересовано в создании рациональной программы развития коммунальных служб всесторонней охраны психического здоровья. Необходимо, следовательно, выявить и донести препятствия, тормозящие выполнение такой программы.

Д-р А.Е. Барт, Региональный специалист по охране психического здоровья, выступая с приветственной речью от имени д-ра Лео А. Каприо, директора Европейского регионального

бюро ВОЗ, отметил, что первичная цель долгосрочной программы Регионального бюро по охране психического здоровья, которая была одобрена Региональным комитетом в 1970 году, заключается в том, чтобы добиться объединения психиатрической помощи с другими типами лечения в общих больницах с социальной коммунальной помощью и с первичной медико-санитарной помощью в клиниках, в кабинетах семейных врачей, и у больных на дому.

Д-р Барт напомнил, что участники Рабочей группы по вопросам будущего психиатрических больниц, собиравшиеся в Маннахайме 2-5 ноября 1976 г.^а, пришли к выводу, что психиатрические отделения и психиатрические больницы не должны больше располагаться в отдалении от обслуживаемых групп населения, и что все новые и существующие общие больницы должны иметь психиатрические отделения, которые бы обеспечивали население в охватываемом районе рядом служб, включая, кроме прочего, амбулаторную помощь, стационарное и дневное лечение, а также вмешательство при кризисных ситуациях. Участники этой Рабочей группы также высказали мнение, что службы психического здоровья должны тесно сотрудничать с первичной помощью и общими медицинскими службами, а также с социальными учреждениями в обслуживаемых ими районах.

Стационарная помощь в такой системе будет лишь одним из ряда возможных типов лечения. Поэтому, чтобы определить, какие другие части системы лечения вероятнее всего поначалу принесут облегчение симптомов и будут наиболее полезными для больного и его семьи, потребуется соответствующая предварительная оценка болезни, а также оценка потребностей больного. Следует также после этого обеспечить свободное передвижение больного между различными частями психиатрической службы в зависимости от меняющихся потребностей больного и его семьи и изменения болезни под воздействием лечения.

Тип выбираемой помощи должен всегда быть таковым, чтобы в минимальной степени ограничивать свободу, создавать зависимость и одновременно служить тем инструментом, который вероятнее всего дает наиболее эффективные результаты лечения.

^а Европейское региональное бюро ВОЗ. Будущее психиатрических больниц: Отчет о совещании Рабочей группы. Копенгаген, 1979 г. (документ ICP/MNH 019 II).

Персонал в психиатрических больницах длительного пребывания подвергается риску профессиональной изоляции и потери социальной ориентировки, что может привести к низкому моральному состоянию кадров. Чтобы это предотвратить, им следует давать работу вне больниц, например, в клиниках или вообще вне службы здравоохранения, в коммунальной области или в социальных и других агентствах помощи.

Д-р Барт напомнил Рабочей группе, что долгосрочная цель программы Регионального бюро по охране психического здоровья была четко изложена и одобрена как органами здравоохранения, так и административными учреждениями и профессиональными работниками; она заключается в том, чтобы обеспечить создание служб всесторонней охраны психического здоровья населения. Однако, гораздо меньше ясности наблюдается в вопросе о средствах, при помощи которых будет решаться эта проблема. Существует много факторов, которые тормозят достижение этой цели. Региональный директор поэтому поручил Рабочей группе выявить эти сдерживающие факторы, которые препятствуют развитию служб всесторонней охраны психического здоровья населения, и внести предложения по их преодолению.

Участники избрали д-ра Д. Уэлша Председателем совещания. Д-р Х.К. Фаули был назначен Составителем отчета. Д-р А.Е. Барт исполнял обязанности Секретаря Рабочей группы.

С тем, чтобы Рабочая группа могла быстрее перейти к выполнению своей главной задачи по разработке рекомендаций, ее участники договорились считать, что все имеют единое мнение по таким концептуальным вопросам, как параметры психиатрической болезни, масштаб деятельности служб охраны психического здоровья и желательность достижения цели ВОЗ, заключающейся в создании универсальных служб всесторонней охраны психического здоровья населения. Участники затем представили в форме конспектов ранее распространенные материалы, в которых описывалось состояние развития служб охраны психического здоровья в их странах. Для определения степени, в какой они действуют как препятствия в развитии служб всесторонней охраны психического здоровья населения в каждой стране, были изучены некоторые или все из нижеследующих вопросов: нехватка соответствующей информации о размере и характере проблем психического здоровья и ресурсах, отсутствие национальных методов по охране психического здоровья; отсутствие

и недоступность служб; неадекватное кадровое укомплектование; нехватка финансовых ресурсов; устаревшее и неподходящее законодательство; предвзятость непрофессиональных и профессиональных кругов к психически больному; сопротивляемость изменениям и неадекватность научных исследований.

2. ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ О ПОЛОЖЕНИИ ПО СТРАНАМ

Если представлять здесь все материалы полностью, то они будут повторять друг друга, и даже после их сокращения отчет получился бы нежелательно длинным. Поэтому из каждого документа было взято то, что казалось наиболее важным, но ни один из документов не был всеобъемлющим, и поэтому авторам приносятся извинения, если такой отбор и жесткое сокращение их идей покажутся им проявлением неуважения к затраченным усилиям.

Алжир. В Алжире психиатрические службы развиты слабо. Наиболее важными сдерживающими факторами являются не только нехватка финансовых и материальных ресурсов, но также неспособность принять идеи и этику охраны психического здоровья населения на коммунальном уровне. Почти не наблюдается политической инициативы или стремлений социальных органов отвлечь на психиатрию часть ресурсов, используемых для решения других неотложных проблем, таких как транспорт, санитария и службы срочной медицинской помощи. Профессиональные круги интенсивно противятся переменам, а система распределения ресурсов больше поощряет сохранение статуса кво с преобладающей ролью крупных психиатрических больниц, расположенных в отдаленных местах. Секторизация и многопрофильный характер служб едва признаются даже как желательные цели и практически не существуют в каких-либо значительных масштабах.

Бельгия. Политические, экономические и административные плановые работники иногда сталкиваются с трудностями понимания клинической психиатрической точки зрения и потребностей населения в охране психического здоровья. Хотя существует национальный план для систем психиатрической помощи, добиться его гибкого применения на местном уровне крайне трудно. Имеется хорошо развитая сеть внебольничных служб,

но они слишком строги в отборе типа пациентов и часто дублируют сами себя. Стационарные психиатрические лечебницы полагаются в отдалении и являются в кадровом отношении недоукомплектованными, особенно медсестрами. Общественность предпочитает оказывать добровольную помощь и продолжать оказывать финансовую поддержку непсихиатрическим службам. До сих пор еще психиатрическая болезнь и психиатрические проблемы вызывают повышенное чувство страха и настороженности даже при нынешнем широком признании психиатрической болезни и проблем как социального, а не медицинского явления. Это также проявляется в отказе разных учреждений и людей смежных специальностей работать совместно. Закон о принудительной госпитализации уже устарел, и сейчас опасаются, что недавно обнаруженные новые законы приведут к чрезмерному вниманию к процедурным и юридическим вопросам. Научные исследования не получают достаточной финансовой поддержки, особенно долгосрочные исследования обеспечения и качества помощи.

Франция. Хотя и признается существование других серьезных факторов, препятствующих развитию служб охраны психического здоровья, огромное значение придается глубокой природе отношения населения к психиатрии. До сих пор еще общественность испытывает значительное чувство страха перед психической болезнью и психически больным, и даже коммунальные психиатрические службы настроены предвзято и отказываются от случаев тяжелых психических или психопатических расстройств. Семьи также проявляют сдержанность в отношении тех типов лечения, которые делают их ответственными за большую часть необходимой помощи, и одновременно клянут больных за их болезни; некоторые семьи, по-прежнему, отказываются от своих больных родственников. Отказ некоторых психиатров заниматься больным, если только последний сам не ищет добровольного лечения, сбивает людей с толку и вызывает в некоторых случаях тревогу и гнев. Возможно, что непреднамеренно такое отношение породило сомнения относительно медицинской роли и привилегий психиатра.

Федеративная Республика Германии. Здесь была подвергнута сомнению концепция коммунальной помощи, поскольку сама концепция и утверждение о ее желательности считались в некоторой степени теоретическими, и даже отчасти идеологическими, и недостаточно основанными на научных данных или местных исследованиях. Особо подчеркивался тот факт, что

плохие результаты из стран, где уже были введены всеобъемлющие службы охраны психического здоровья, не всегда должным образом учитывались в планировании новых служб. В Федеративной Республике Германии федеральные Земли имеют координированные планы развития коммунальной охраны психического здоровья, но упор неизбежно делается на крупные учреждения. До сих пор еще мало дневных и амбулаторных отделений психиатрической помощи и подобных отделений в общих больницах. Была описана проблема смены обслуживаемых районов в целях приближения служб к окружающим больным и сопоставлена с централизованными попытками ввести частичную специализацию. В Федеративной Республике Германии одним из серьезных препятствий является, по всей видимости, не только отсутствие соответствующим образом подготовленного персонала, но нехватка подходящих людей, которые проявили бы заинтересованность пройти подготовку для выполнения такой сугубо специфической работы. Поскольку за большинство вопросов в области здравоохранения отвечают правительства Земель, результатом этого являются различные подходы к улучшению психиатрических служб. Одним из явных недостатков такой структуры являются иногда медико-санитарные, социальные и другие законодательства, которые бывают в некоторых случаях противоречивыми. Научные исследования слишком ориентированы на потребности и возможности университетских клиник и не отражают в достаточной степени реальных потребностей всего населения и служб.

Греция. Страна еще очень далека от того, чтобы иметь всеобъемлющие службы коммунальной охраны психического здоровья. Общие больницы не имеют специальных коек для психически больных. Немногочисленные дневные стационары и другие коммунальные службы, а психиатрические больницы и их амбулаторные отделения, в основном, расположены вокруг двух главных городов, так же как и основное большинство практикующих психиатров, вследствие чего значительная часть страны не охвачена специализированным обслуживанием вообще. Кроме того, закон от 1862 года является устаревшим и репрессивным, вследствие чего больничное лечение может проходить лишь больной, помещенный принудительно. Психиатрические службы испытывают серьезную нехватку денежных средств. Предвзятость и отказ общественности даже со стороны бывших уже излечившихся психиатрических больных продолжают быть серьезными и основными причинами, тормозящими внедрение коммунальных служб.

Венгрия. В стране хорошо развиты информационные службы, существует гибкая юридическая система и прогрессивная национальная политика охраны психического здоровья, но последняя еще не развернута полностью из-за серьезной нехватки кадров и неадекватности профессиональной подготовки. А подготовка социальных работников почти не проводится. Существуют большие несоответствия между городом и деревней в пользу города. Экспериментирование с учреждениями "открытых дверей" и внебольничными службами проводится лишь в ограниченной степени. Предубеждение все еще остается значительным, а его последствия объясняются как результат отсутствия средств. Возможно, что именно по этой причине охрана психического здоровья занимает второстепенное место в общем бюджете здравоохранения страны.

Ирландия. В стране ощущается нехватка информации, которая сопровождает или, возможно, усугубляет плохое планирование и неспособность установить очередность задач в области охраны психического здоровья. Профессиональные работники не хотят учитывать и использовать данные систем информации. Не хватает финансовых средств для адекватного развития коммунальной охраны психического здоровья.

Италия. В стране фактически нет достоверных данных, на основании которых можно было бы осуществлять планирование. Имеется очень мало профессиональных работников, и поэтому основной упор делается на лечение в больницах и химиотерапию. Существует большое несоответствие между северными и бедными южными районами страны в распределении ресурсов, а национальная система здравоохранения была создана только недавно. Нынешнее законодательство, хотя и устаревшее, не считается здесь серьезным сдерживающим фактором в развитии коммунальной службы охраны психического здоровья. Полагают также, что за последнее десятилетие значительно ослабили предупреждения и преданность к психической болезни.

Нидерланды. Как и в большинстве других стран, здесь препятствия, рассматриваемые с точки зрения психиатрической помощи, выглядят значительно серьезнее, чем при их рассмотрении с точки зрения психической болезни. Имеются социальные и медицинские данные, но их ценность и применимость вызывают сомнение; статистика психических болезней имеется лишь по стационарной больничной психиатрической помощи. Проводится очень мало ориентированных на изучение служб исследований, помимо тех, что осуществляются в регистре

единичных случаев. Мало сведений о том, как используются в целом хорошо распределяемые ресурсы. Психиатрические больницы распределены по стране неравномерно и, как внебольничные службы, организуются и финансируются совершенно отдельно.

Внебольничные и общие больничные службы работают по чрезвычайно выборочной схеме и могут вообще не обслуживать некоторые группы больных. Существует всеобщая нехватка и неравное распределение кадров, которые могут быть усугублены нечетким описанием ролей и демократией бригадной работы. Службы охраны психического здоровья недостаточно финансируются, а замене устаревших психиатрических больниц не придается достаточная первоочередность. Продолжает существовать предубеждение общественности, которое не в последнюю очередь выражается в том, что центральные и местные органы управления отказываются принимать на работу бывших психически больных. Некоторое нежелание профессиональных кругов приветствовать перемены объясняется неясным характером предложений об изменениях.

Норвегия. Размер охватываемых областей и нехватка персонала вместе с исторически особым развитием служб на местах вызвали несоответствие между реальными потребностями населения и способностью служб их удовлетворять. Сейчас задача заключается в том, чтобы уменьшить нужды, обеспечить обслуживанием группы риска, которым не уделялось внимание и улучшить координацию, подготовку кадров и работу систем информации, что вместе может позволить лучше делать оценку предоставляемого обслуживания.

Польша. Недавно в стране была введена политика охраны психического здоровья, в которой подчеркивается первичная профилактика и роль бригады первичной помощи. Скоро появится новое и более гибкое законодательство, касающееся охраны психического здоровья. На практике, однако, до сих пор в неоправданной степени полагаются на крупные больницы, месторасположение которых является очень неудачным для тех районов, которые они обслуживают. Деятельность, хотя и обширной сети амбулаторных служб, сосредоточена на последующем наблюдении за больными, выписанными из больниц и на принудительном лечении алкоголизма, вследствие чего имеет место общее пренебрежение неврозом и легкими формами психозов. Среди населения заметны боязнь и предубеждение по отношению к психически больным, а в медицинских административных

органах распространено узковедомственное отношение, которое, возможно, является причиной и несомненно способствует созданию трудностей, возникающих из-за малого значения, придаваемого охране психического здоровья в национальном бюджете. Персонал очень немногочислен и имеет скорее биологическую, нежели психосоциальную ориентацию.

Португалия. До 1974 года психиатрические службы были развиты слабо и почти исключительно представляли собой психиатрические больницы или частный сектор. С того времени психиатрические службы начали изменяться в условиях обширных политических, местных, правительственных и социальных изменений, вызванных демократизацией и децентрализацией. Службы очень плохо укомплектованы и весьма неравномерно распределены, но недавно законодательство с пользой объединило аспекты социальной и медико-санитарной помощи. Давно работающий персонал противится изменениям, но ощущается настоятельная необходимость отказаться от прежней сильной зависимости от служб прибрежного района и особенно Лиссабона. Пока еще, однако, рано говорить о тех последствиях, которые эти многомерные политические и социальные изменения могут оказать на возможное перераспределение и реорганизацию служб охраны психического здоровья.

Румыния. В стране действует национальный план для независимых районов и секторов, в котором главный упор делается на коммунальную психиатрию, и в реализации которого достигается определенный прогресс, сдерживаемый, однако, неравным распределением и удаленностью некоторых имеющихся ресурсов. Далее, быстрая индустриализация и урбанизация в некоторых районах требуют новых медицинских служб, в обеспечении которых психиатрия занимает второстепенное место, вследствие чего население часто очень удалено от психиатрических служб, которыми ему приходится пользоваться. Новые идеи в архитектуре больниц и ограничения стоимости строительства означают, что в некоторых случаях новые здания не позволяют сразу начать использовать современные и всесторонние методы психиатрического лечения. Расширение новых внебольничных служб тормозится нехваткой кадров и отсутствием удобных помещений. Плохо налажена координация, особенно координация усилий социальных работников, в бригадах охраны психического здоровья. Хотя отношение общественности сейчас значительно улучшилось, все еще проявляются настороженность и предвзятость, а бывшие психические больные

сталкиваются с трудностями в получении признания и работы в обществе. Вследствие этого психиатры "смягчают" диагнозы, предназначенные для административных целей, которые, в конечном счете, делают чрезвычайно трудной интерпретацию национальных данных.

Швеция. Службы в стране все еще опираются на традиционные учреждения и используют ограниченный соматический подход, в котором не учитывается многопрофильный характер существующих проблем. Хотя в 1974 году официально было рекомендовано создать всеобъемлющие секторизованные службы, пока что создана только одна такая служба. Нехватка финансовых средств не является серьезным препятствием, но финансовые ассигнования больше стимулируют продолжение зависимости от крупных учреждений, директора которых определяют размер этих ассигнований и политику лечения в своих службах. Различия в психиатрических идеологиях, вызывающие путаницу и непонимание, также тормозят прогресс. В стране слишком мало психиатров, а в системе обучения психотерапия является предметом, который не особенно балует вниманием. Законодательство представляет серьезное препятствие для многопрофильной бригадной работы.

Турция. В стране мало что делается для развития всесторонней охраны психического здоровья; отсутствуют районы обслуживания, имеется мало возможностей для наблюдения за больным после его выписки из психиатрического учреждения. Нет современного законодательства по охране психического здоровья, как нет и систем социального обеспечения. Население испытывает страх перед психической болезнью и психиатрическим лечением и среди него бытуют существенные предубеждения против психически больного. В сельских районах особенно наблюдается достойное сожаления соперничество между религиозными органами и психиатрией в вопросе о том, кому из них следует заниматься психически больным.

Соединенное Королевство. Службы в некоторых районах страны продолжают оставаться отдаленными и недоступными. Ощущается весьма значительная нехватка всех специализированных кадров, кроме медсестер. Недостаток финансов является серьезной проблемой, но правительство официально провозгласило политику, направленную на ее ослабление. Предубеждения среди общественности и традиционно реакционное отношение профессиональных кругов, которое создает сопротивление преобразованиям, также считаются серьезным препятствием.

Соединенные Штаты Америки. В число факторов, препятствующих созданию нормального положения, входит нехватка финансов, которая объясняется политической наивностью психиатрических работников, преференциальные системы страхования, а также ориентирование финансирования на болезнь, а не на охрану здоровья. Те средства, которые выделяются на охрану психического здоровья, - около 1% валового национального продукта или около 14% бюджета всей системы здравоохранения - направлены скорее на поддержание больничной системы помощи, нежели на развитие коммунальной помощи. Отрицательное отношение персонала к переменам и беспокойство расплывчатости ролевых функций вместе с изменяющимися дефинициями ролей являются серьезными препятствиями в эволюции коммунальной охраны психического здоровья. Таким же препятствием является и плохое исполнение административных функций профессиональными медицинскими работниками в сравнении с профессиональными организаторами.

Во время дискуссии Рабочей группы по докладам о положении дел в странах стало очевидным, что необходимо точно определить концепцию всесторонней охраны психического здоровья населения (см. раздел 3). Группа сочла целесообразным рассмотреть различные ограничения под шестью отдельными заголовками, посвященными отношениям (раздел 4), информации (раздел 5), кадрам (раздел 6), материальным ресурсам (раздел 7), координации (раздел 8) и административному управлению и политике (раздел 9).

3. КОНЦЕПЦИЯ ВСЕОБЪЕМЛЯЮЩЕЙ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В начале своих дискуссий Рабочая группа должна была конкретно выяснить разные концепции, входящие в понятие всеобъемляющей охраны психического здоровья населения. В частности, предстояло изучить концепции всесторонности и коммунальной ориентации, и в этом отношении стали очевидными возможные внести путаницу расхождения во взглядах.

С одной стороны, охрана психического здоровья населения может рассматриваться как система обслуживания населения, основывающаяся на бихевиоральных и социологических

науках, которая предназначена для оказания помощи не только отдельным лицам и их семьям, но также и конкретным группам в обществе преодолеть стрессы, вызываемые в процессе жизни в психологическом климате и материальными условиями, в которых они находятся. Сторонники этой точки зрения рассматривали оказываемую помощь как позитивную охрану психического здоровья, а также как обоснование для создания программы охраны психического здоровья населения. Это мнение о коммунальной ориентации бригады психиатрической помощи распространено, главным образом, на североамериканском континенте, где всеобъемлющий характер помощи, который заключается в выполнении бригадой полностью всех функций по охране психического здоровья и обслуживанию психически больных вплоть до длительного лечения в больнице и, включая его, не играет какой-либо существенной роли в концепции коммунальной охраны психического здоровья населения.

В соответствии с другой точки зрения, концепция всеобъемлющей коммунальной охраны психического здоровья населения рассматривается как движение, направленное на то, чтобы перевести службу, ориентированную на болезнь, из ведения ограничивающих свободу больниц в область более либерального внебольничного обслуживания и на дому. Такая точка зрения, судя по всему, больше распространена в Европе.

Участники Рабочей группы признали наличие этих расхождений во взглядах, как и то, что в разных странах, и разных частях одной страны будут существовать разные приоритеты в службах охраны психического здоровья. Однако Группа сочла важным подчеркнуть всеобъемлющий характер коммунальной службы охраны психического здоровья населения. Таким образом, всеобъемлющая коммунальная служба охраны психического здоровья населения не зиждется исключительно на коммунальной основе, поскольку ее составные элементы будут лишь частью всего ряда служб и средств, которые должны быть в распоряжении общества. Потребность в развитии одной или нескольких частей этой всей системы будет зависеть в большей степени от социальных требований в обслуживаемом обществе и от понимаемых и признаваемых потребностей общества.

В последующей дискуссии по вопросу о факторах, препятствующих развитию всеобъемлющих коммунальных служб охраны психического здоровья населения и способах их преодоления участники Рабочей группы рассматривали предмет со всех точек зрения и всегда учитывали степень всестороннего характера

действий, который должен заключаться в решении проблем психического здоровья населения, а также психических проблем отдельных лиц и семей в любом географическом или архитектурном окружении, которое наиболее приемлемо для эффективного разрешения этих проблем.

4. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОТНОШЕНИЯМИ

Участники Рабочей группы признали, что наиболее универсально действующим фактором, отрицательно сказывающимся на дальнейшем развитии или внедрении всеобъемлющих служб охраны психического здоровья населения, является постоянное беспокойство и предрассудки, которые вызывает у большинства людей психическая болезнь, как и ярлык позора, все еще сопровождающий психическую болезнь и психически больных во многих странах мира.

Г-жа М.Р. Мамеле (Франция) представляя этот предмет дискуссии, высказала предположение, что этот страх и ярлык позора возникает по двум основным причинам. Во-первых, психически серьезно больной человек подвергается определенному риску подвергнуться ограничениям или потерять свободу, единственную в своем роде и в некоторых случаях очень трудно возвращаемую. Это, в сочетании с потерей самоуправления, которое, как считают, вызывается самой болезнью, означает, что обычный человек, который в большей или меньшей степени считает, что он может рационально распоряжаться своей собственной жизнью, боится потерять это управление своей собственной судьбой, как это случается у психически больного человека. Это чувство страха и беспокойства затем центрируется на психически больных лицах и выражается индивидами или обществом в целом в отношениях неприятия и враждебности. Этот аспект предвзятости усугубляется случайным, но продолжающим встречаться злоупотреблением власти отдельными психиатрами. Хотя и редкие в большинстве стран, эти случаи злоупотребления авторитетом получают дурную огласку среди населения и во многом способствуют развитию антипатии к психиатрии.

И, во-вторых, г-жа Мамеле высказала мнение, что главными были заявления о том, что в каждом случае психическая

болезнь и психически больной являются качественно такими же, как физическая болезнь или физически больной человек. Это не так, и психиатры должны винить во многом самих себя за то, что сегодня они попадают в ими же приготовленную ловушку при попытках снять позорный ярлык с психического заболевания. Поведение психически больных в меньшинстве случаев действительно необычно, что вызывает озабоченность и беспокойство, а также сожаление и, как ни парадоксально, большая неофициальность лечения и большая вероятность того, что больной останется в обществе, привлекли внимание именно к этому меньшинству, а не к тому, послужившему главной причиной организации коммунальной помощи для психически больных факту, что основное большинство психически больных ведут себя нормально.

Психиатрия, как дисциплина, сначала отделялась от неврологии и в самые последние годы появилась тенденция вообще отделить психиатрию от медицины. Поэтому некоторые говорят об обитателях, а не о стационарных больных, о клиентах, а не о пациентах и о проблемах, а не о симптомах. Отношение персонала к психически больным, которое временами включает угрозы с целью успокоить пациентов и, которое до сих пор можно было наблюдать лишь в закрытых больницах, сейчас распространилось на все население. Эта тенденция понимать психиатрическую болезнь, как нормальное явление, была сверх того усложнена тенденцией к терапевтической пассивности среди некоторых психиатров, уверовавших в независимость своих больных и в невмешательство до такой степени, что, даже будучи уполномоченными делать это, они по причинам совести и даже в ущерб самой жизни, не хотели кого-либо лишать свободы. Таким был случай широко распространенного нежелания вмешиваться в саморазрушающие формы поведения, одной из которых является тяжелая форма алкоголизма, рассматриваемые населением с точки зрения здравого смысла как болезни, которые так вредны для всех, что требуют определенного типа принудительного профилактического ограничения свободы.

Не следует забывать, что законодательные принудительные меры предусмотрены как для охраны больного, так и для защиты населения, и что дома для умалишенных рассматриваются как убежища от внешнего мира, а не как тюрьмы, отделяющие больных от людей в обществе. Психиатр был поставлен или сам поставил себя в трудное положение. В противоположность другим врачам, обязанности которых начинаются и кончаются их

большими, психиатр имеет такую ответственность и обязанности в отношении больного, которые иногда вступают в конфликт с обязанностями, которые он имеет перед обществом. Он имеет власть над свободой лиц, которую, как опасаются люди, он применит к ним, когда они попадут к нему на лечение. Одновременно они желали бы, чтобы он использовал эту власть и в отношении других, кто попадает к нему на лечение. Кроме того, не облегчает интеграцию больного с его семьей и обществом то обстоятельство, когда повсеместно провозглашаемые, но плохо разработанные этиологические теории ставят в вину семье и общественности саму болезнь. Не очень удивительно, что реакция общества и семьи больного по отношению к психически больному человеку продолжает представлять сочетание беспокойства и антипатии, неприятия и даже мести, скрывающейся под сочувствием и заботой.

Сколько бы ни подвергалось осуждению такое отношение людей, оно будет оставаться горькой правдой до тех пор, пока семья и общественность не будут обладать навыками и ресурсами для того, чтобы восстановить доброе отношение к больным и искупить ту вину, которую они будут продолжать чувствовать, если будут нести ответственность за стратегии психически больных.

Однако, к счастью, хотя до сих пор к психической болезни относятся с опаской, есть также много свидетельств сочувствия к психически больным людям и заботы о них. В настроениях общества также заметна готовность признать концепцию коммунальной помощи при условии, что она составляет одну, но не единственную часть ресурсов, предназначенных помочь таким людям восстановить здоровье и в как можно большей степени приспособиться к состоянию постоянной инвалидности. Таким образом, элемент всеобъемлемости, означающий ряд служб и средств, которые в отдельности или вместе будут удовлетворять все потребности больных в обществе, имеет такое же значение, а с общественной точки зрения еще большее значение, чем концепция о развертывании некоторых или большинства этих служб на коммунальной основе.

Участники Рабочей группы высказали мнение, что эти препятствия, связанные с отношениями, возникающие из чувства страха или из-за невежества, можно ликвидировать только в том случае, если общественность и другие профессиональные работники будут иметь более правдивое и реальное представление о психической болезни и ее лечении. Поэтому важно не

переоценить больного или лечение, потому что в прошлом нереальный оптимизм в этом отношении приносил большой вред. Психиатры должны быть готовы представлять для тщательного изучения свою работу и методы, и должны быть до предела честными в своей ответственности перед обществом за психически больного и в своих требованиях к нему, чтобы общественность была, как можно лучше информирована. Это даст обществу стимул чаще посещать существующие учреждения; это будет означать большее вовлечение бригады охраны психического здоровья в процесс просвещения населения, в жизнь общества и в общественные отношения, а также участие населения в разработке политики и в организации служб охраны психического здоровья.

Помимо борьбы с помощью этих и других средств с сегодняшними отрицательными аспектами плохого информирования населения, необходимо отметить более положительные аспекты санитарного просвещения. Например, необходимо демонстрировать и пропагандировать, но без чрезмерности, относительную редкость потери свободы и физической изоляции, редкость случаев иррационального поведения и потери контроля над самим собой, относительно высокие проценты выздоровления и частые случаи полного излечения. Нужно развеять до сих пор распространенные мифы о психических расстройствах, так, чтобы они были лишены излишнего драматизирования и были показаны в своей большей части как почти незаметные. Следует особо подчеркивать непродолжительность пребывания большинства людей в психиатрических больницах, а также ошибочность утверждения, что некоторые психиатрические больницы являются учреждениями длительного пребывания. В самом деле, продолжительность пребывания всех, за исключением небольшой группы лиц, помещаемых в эти больницы, является, возможно, более краткой, чем пребывание многих людей в так называемых отделениях неотложной помощи.

Психиатры, однако, должны опасаться "подслащивания пилли", чтобы не обмануть надежд населения. Естественно, когда дело касается лечения, необходимо, чтобы психиатры соблюдали осторожность в своем оптимизме, сдержанность в своих требованиях и честно признавались в допущенных ошибках и неудачах.

Чтобы коммунальные психиатрические службы стали всеобъемлющими, необходимо так организовать службы и распределить обязанности смежных медико-санитарных и других учреждений,

чтобы ни одному нуждающемуся не могло быть отказано в помощи или лечении. Психиатры должны признать, что в прошлом имели место случаи выборочного отказа заниматься некоторыми случаями трудного поведения и отказа от некоторых больных. Сделав это, они должны стараться не допускать подобного в будущем. Бригада охраны психического здоровья должна иметь четко установленный круг своих обязанностей и там, где он не охватывает все возможные случаи, механизм координации должен поощрять позитивную селективность и специализацию разных бригад во всеохватывающей службе. Более того, служба всеобъемлющей охраны психического здоровья не должна оставлять семьи больных/клиентов с таким чувством, будто их стремления получить помощь забыты или игнорируются, оставлять их с чувством разочарования в попытках добиться этого.

Всеобъемлющая коммунальная служба охраны здоровья населения должна играть важную просветительную роль, которую она будет выполнять с еще большей готовностью ввиду своей близости к населению конкретного обслуживаемого района. С помощью профессиональных санпросветработников и посредством лучшего использования средств связи бригада будет способна вступить в контакт с населением, врачами первичной помощи и другими медицинскими специалистами, а также с другими учреждениями помощи, такими, как полиция, отделы социальной работы, церкви и органы просвещения.

Участники Рабочей группы признали необходимым, что ответственные за службы охраны психического здоровья должны рассматривать как психическое здоровье, так и психическую болезнь и сознавать, что в отношении детей и родителей молодых людей следует иметь больше возможностей в учебных программах для ознакомления со здоровым развитием как личности, так и интеллекта. Им нужно создать условия, в которых они могли бы лучше осознать и обсудить губительный характер их поведения и образа жизни, который они предпочитают, и развивать в них большее понимание таких жизненно важных аспектов взрослой жизни, как их чувства, их взаимоотношения, их эмоциональное благополучие, более вольное и свободное использование досуга. Можно надеяться, что это уменьшит степень предвзятости и пренебрежения, а также окажет определенное влияние на профилактику расстройств психического здоровья.

Члены Рабочей группы часто говорили о роли и использовании средств массовой информации - прессы, телевидения и радио - в информировании и изменении взглядов населения.

Было высказано общее мнение, что средства массовой информации не использовались в полной мере для развития охраны психического здоровья. Было признано, что некоторые журналисты больше заинтересованы в сведениях сенсационного характера, нежели в объективной информации; такое положение может быть исправлено через обогащение навыков и знаний психиатров, которые дают интервью и участвуют в программах, и через повышение готовности взять на себя инициативу по просвещению населения. Полезно будет ознакомить студентов журналистики с вопросами психического здоровья и болезни, и хотя много, если не большинство, психиатров скажут, что одна из их функций и заключается в облегчении связей, будет полезно признать, что у журналистов есть такие навыки и опыт в области использования средств массовой информации, которые могли бы позаимствовать психиатры, выполняющие важные задачи по просвещению населения. Это особенно касается члена бригады всесторонней охраны психического здоровья населения, в которой он функционирует как сотрудник по связи с прессой или главный выразитель мнения общественности. Важным аспектом общественных отношений является необходимость иметь какого-то одного человека в бригаде всесторонней охраны психического здоровья населения, который был бы широко известен как специалист, назначенный для этой работы.

5. ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ИНФОРМАЦИИ

Г-н Дж.У. Ганнибал, Технический специалист по охране психического здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ, открыл дискуссию о том, как нехватка информации может быть и действительно является препятствием для возможного успеха и тормозом для такого типа развития, которое было бы желательным в коммунальных службах психиатрической помощи.

Результаты проведенных Региональным бюро исследований показывают, что ни одна страна не имеет всего необходимого объема соответствующей общенациональной информации на центральном уровне, которая была бы легко доступна для внешних групп, проявляющих законный интерес к охране психического здоровья или связанных с ней данных. Кроме того, такая информация в каждой стране редко сопоставима с информацией в других странах, в результате чего, международное сравнение в

лучшем случае ненадежно, а в худшем - вообще невозможно. К сожалению, предварительные результаты местных и региональных исследований, проводимых сегодня в Европе под эгидой Регионального бюро, показывают, что информация, собираемая даже на этих локальных и региональных уровнях, не является легко доступной или всесторонней и сопоставимой. Во многих районах заметно нежелание соответствующих социальных и других органов здравоохранения сотрудничать в развитии новых систем сбора информации и даже в издании имеющихся сегодня данных. Например, хотя и признается роль социально-демографических факторов в происхождении и проявлении плохо приспособленного поведения и патологической симптоматики, такие социально-демографические данные, как уровни безработицы, уровни преступности, подробности относительно жилищных условий, структуры семьи и стандарты условий для обучения часто недоступны для тех, кто занимается планированием служб здравоохранения. В конкретном случае планирования служб охраны психического здоровья, когда такая информация доступна для плановых работников, создается впечатление, что они лишь в редких случаях принимают ее во внимание, хотя признается, что колебания в этих факторах могут, например, очень значительно влиять на один и более аспектов программы службы охраны психического здоровья, которую предстоит внедрить в конкретном районе.

Г-н Ганнибал, сам по профессии социолог, считает, что очевидные недостатки в этом отношении могут быть исправлены лишь через развитие усовершенствованных систем национальной информации вне и, в конечном счете, вместо существующих систем сбора данных, которые в большинстве стран являются рудиментарными. Если это будет сделано, то в будущем можно создать не только банк предварительных данных для анализа, но также действующую и кумулятивную систему для сравнительной оценки, которая может использоваться в контроле заболеваемости и в планировании лечения и изменения в обслуживании.

Переходя к другому, не учитываемому аспекту, выступающий обратил внимание на социальные задачи профессиональных психиатров, обязанных, по его мнению, просвещать население и других профессиональных работников в отношении природы открытой психической болезни и психологических проблем, которые могут возникнуть от социальных неудач или от физической

болезни или сопровождать ее. Нехватка такого типа информации сказывается на той предвзятости, с какой относятся к психически больному.

Во время общей дискуссии участникам стало очевидно, что успех в развитии служб всесторонней охраны психического здоровья населения тормозится двумя видами неведения. С одной стороны, это неведение, проявленное общественностью и профессиональными группами в медицине и в связанных с охраной психического здоровья дисциплинах в отношении природы психиатрической болезни и психологических проблем, которые в совокупности составляют охрану психического здоровья. Будучи причиной неудачи в выявлении болезни, это неведение выражается кроме того в презрении и предвзятости и лежит в основе уже обсуждавшихся препятствий в отношениях.

Прогресс также сдерживается недостаточностью знаний у тех же самых людей, общественности, медико-санитарных и других профессиональных работников о характере и доступности существующих служб и о возможностях для такого развития служб, которое бы более эффективно служило населению. Врачи не имеют достаточных знаний об имеющихся психиатрических службах; психиатры не знают о всех существующих добровольных организациях; мало кто, помимо непосредственно занимающихся социальной работой, а иногда даже и они, знают тонкости социального законодательства и предусмотренные в нем права нуждающихся членов населения или разбираются в них. Население со своей стороны не может надеяться понять сложные взаимоотношения между разными системами помощи и поэтому, оказываясь в трудном положении и не зная, к кому обратиться, вообще может ни к кому не обращаться за помощью.

Второй тип неведения, с другой стороны, связан с нехваткой фактических эпидемиологических данных. Члены Рабочей группы выразили сомнение в приемлемости и достоверности большей части информации, которая в настоящее время собрана в их странах. Они полностью сознают значительные затраты труда и усилий на сбор данных для существующих сегодня национальных систем информации, но выражают скептицизм в отношении масштабов, в которых эти данные фактически используются в центральном или региональном планировании. Большинство полученной информации не подходит для работы в секторах коммунальной бригады охраны психического здоровья. Было высказано мнение, что это может быть результатом специальных опросов, которые приобрели постоянный характер из-за

нежелания ликвидировать системы сбора информации после того, как они уже были созданы, а также из-за того, что редко организуется внутренний обязательный контроль за ценностью конкретных видов данных в системе, или устанавливается временный предел для оценки полезности какой-либо самой системы сбора данных.

Говорилось также, что слишком часто данные собираются потому, что их легко получить, а не потому, что они полезны или легко понимаются. В качестве примера приводилась общедоступная статистика по больничным койкам. Большинство практикующих психиатров знают, что термин "койка" может иметь много дефиниций, включая имеющиеся и пустующие койки, занятые койки, имеющиеся, но неиспользуемые койки, обслуживаемые койки, необслуживаемые койки, койки для краткосрочного пребывания, койки для длительного пребывания, психогериатрические койки, койки для подростков и наблюдения и т.д. Количество коек подсчитать легко, но сообщение лишь о том, что на 1000 человек населения в конкретном районе приходится N-ое число коек даст, в лучшем случае, мало полезной информации и, в худшем - неправильное представление о ресурсах, имеющихся для населения в рамках психиатрической службы.

Покойный д-р А.Р. Мей сообщил^а в 1976 году: "Становится очевидным, однако, то, что необходимо поставить под сомнение ценность общего коэффициента "коек на 1000 человек населения" как показателя адекватности службы..... При сегодняшней нехватке информации об использовании и распределении существующих ресурсов невозможно решить, какое число коек на единицу населения является оптимальным". Рабочая группа пошла далее этого: она не признала полезность общих коэффициентов коек.

Если плановые работники центрального уровня, судя по всему, больше всего развивают системы данных, основанных на переписи населения и проводимых лечених, а также на программах развития с преобладанием административного содержания, то "клиницист" больше заинтересован в когортных исследованиях или регистрах случаев, которые что-то говорят ему о состоянии или состояниях, которые он должен лечить, и результатах лечения каждого отдельного больного или клиента.

^а World Health Organization. Mental health services in Europe. Geneva, 1976 (WHO Offset Publication No. 23)

Местный учет, из которого невозможно ознакомиться с состоянием больного, представляет ценность лишь для данных распространенности, и, поскольку такие данные не ориентированы на принятие мер, профессиональный работник здравоохранения часто видит мало пользы от работы по сбору информации. Как следствие этого, точность данных о проделанной работе часто снижается, а сообщаемые коэффициенты занижены до такой степени, что начинает вызывать сомнения достоверность результатов любого исследования распространенности. Однако, когда местный учет позволяет ознакомиться с предметом изучения и, следовательно, может быть ориентирован на принятие мер, как, например, в случае учета иммунитета или некоторых программ лечения, интерес практикующих врачей повышается, поскольку они тогда видят перед собой осязаемую клиническую цель и пользу от своей работы. С социальной точки зрения такое преимущество вызывает опасения в отношении сохранения конфиденциальности в системах, особенно связанных системах, в любой из которых можно узнать подробности о больном. В таких связанных системах любой человек, проявляющий законный интерес к одному аспекту жизни человека, может довольно легко ознакомиться не только с информацией, непосредственно касающейся его области интереса, которая ранее была добровольно представлена больным, но также и с информацией, лишь отдаленно касающейся его области или вообще к ней не относящейся, которую больной предпочел бы не сообщать в беседе с врачом. Например, там, где программа иммунизации связана с данными о психическом здоровье, теоретически патронажная сестра, занимающаяся поддержанием иммунного статуса ребенка, может узнать, что мать до заужества искусственно прерывала беременность, и что отец — алкоголик. Есть опасение, что такие системы будут оцениваться не только отдельными профессиональными работниками здравоохранения, клинически связанными с человеком, но также и правительственными организациями, которые могут использовать такую информацию в карательных целях или, по крайней мере, для наказания. Во время краткого обсуждения этого вопроса группа не нашла какого-либо легкого решения этой проблемы.

Участники Рабочей группы отметили, что по этой теме раньше было выпущено несколько публикаций Всемирной организации здравоохранения, и поэтому лишь обобщили желательные типы информации. Создание системы данных должно основываться на взятии рандомизированных выборок населения и

исследованиях, которые могут это облегчить. Система должна заниматься когортными исследованиями и исследованиями регистров случаев, исследованиями переписей населения и случаев заболеваний. Необходимы также социально-экономические данные. Кроме того, должно быть больше информации о характере материальных и кадровых ресурсов, имеющихся для решения проблемы плохого психического здоровья. Следует далее исследовать ценность сбора финансовых данных посредством анализа затрат/выгод и финансовой отдачи.

Что касается создания систем сбора информации, то перед этим, по мнению Рабочей группы, необходимо определять и согласовать с теми, кто собирает предварительные данные в клинической области, цель и параметры любой системы. Необходимо также, чтобы всем было понятно, что из-за различий в интересах относительная отдача от предоставляемой информации будет неодинаковой для плановых работников, клиницистов и населения. Временной промежуток между вложением и отдачей для систем информации должен быть относительно коротким с тем, чтобы скептики не могли сказать, что информация представляет лишь исторический интерес и не относится к нынешним условиям. Следует признавать также, что опыт в интерпретации статистических данных среди клиницистов, не говоря уже об интересе к предоставляемой работе, является очень незначительным. Поэтому желательно, чтобы любое сообщение как отдача от посланной информации — сопровождалось каким-либо письменным пояснением и анализом, которые имели бы историческую перспективу и прогнозирующую ценность. Только при этих условиях будут полезными, приемлемыми и надежными результаты работы систем данных, так что их использование будет становиться все более важным и частым в принятии решений, программировании программ, организации клинической работы, санитарном просвещении и первичной профилактике.

Короче говоря, участники Рабочей группы признали введение центральным фактором в развитии нездоровых отношений. Надежащее планирование и логическое развитие служб охраны психического здоровья населения обязательно базируется на точных знаниях распространенности и естественной истории, но здесь имеет место все еще не ликвидированный источник конфликтов вследствие конфиденциальности и в то же время легкодоступности данных в любой национальной системе информации.

6. ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КАДРОВ

Д-р Фельдман (США), представляя вопрос о кадровых ограничениях, которые препятствуют развитию коммунальных служб охраны психического здоровья, поставил перед Рабочей группой и психиатрией в целом эту тему в новом свете, подвергнув сомнению адекватность высшего, как высшего психиатрического, так и последипломного образования, которое бы позволяло клиницисту эффективно работать в области охраны психического здоровья населения. Он также поставил под сомнение тот факт, что назначаемые ответственными за выполнение программы коммунальной охраны психического здоровья лица будут иметь необходимые способности в области управления.

Определенно, в Соединенных Штатах, и у него нет оснований думать иначе о Европе, психиатрическая подготовка и службы коммунальной охраны психического здоровья похожи, по мнению д-ра Фельдмана, на два корабля, которые плывут в ночи, лишь смутно догадываясь о близости друг друга и не имея какой-либо связи. В быстромеменяющейся и развивающейся социальной ситуации, с одной стороны, весьма слабо координировались или не координировались вовсе потребности в обслуживании, с другой стороны - такая же картина наблюдалась в области учебных программ. Последипломная психиатрическая подготовка все еще главным образом основывается на одном из двух принципов: она заключается либо, как в Соединенных Штатах, в глубинном аналитическом подходе к отдельному больному и его проблемам, либо, как в Европе, главным образом в органическом подходе к больному и его болезни. Большой объем работы коммунальной службы психического здоровья, однако, носит другой характер, и большинство персонала, работающего в таких службах, считает, что их профессиональная подготовка была неадекватной в том смысле, что они не получили достаточных знаний о социологической теории и практике или навыков по кратковременной психотерапии, групповой или семейной психотерапии, терапевтическому вмешательству при кризисных состояниях и по обращению с этническими группами мигрантов или с группами национальных меньшинств, все из которых оказались важными для того типа службы коммунальной охраны психического здоровья, который развивается в Соединенных Штатах, а также в некоторых европейских странах. Сейчас накоплен достаточный, но сложный объем знаний,

особенно, в области социальных и поведенческих наук, которые относительно пренебрегались в психиатрической подготовке.

Кроме того, в дополнение к этим недостаткам в первоначальной профессиональной подготовке, лишь очень незначительно продвинулось вперед развитие непрерывного профессионального усовершенствования, вследствие чего опытный клиницист продолжает работать по привычным методам, не приспособляясь к изменяющимся потребностям общества, которое он обслуживает.

Те виды проблем, которые представляет собой больной/клиент в некоторых службах коммунальной охраны психического здоровья, не всегда требуют психиатрического диагноза. Не позволяют они и четко распределить задачи между разными специалистами. По этим причинам работа в службе коммунальной охраны психического здоровья, которая по необходимости должна проводиться в условиях многопрофильной бригады, послужила повсеместно причиной распыленности задач и способствовала эгалитаризму, ведущему к соперничеству между специалистами внутри дисциплинарным трением. Такие чувства очень часто появляются при проведении лечения, вследствие чего приходится переключать внимание с больного/клиента и его проблем на лечебную бригаду и ее проблемы. Персонал, который не работал в таких условиях во время своей подготовки, вряд ли будет поощрять методологию, которая ему неизвестна, и которая, по его мнению, может создать трения для него самого.

Поскольку психиатр, работающий в того или иного рода проектах коммунальной охраны психического здоровья, которые распространены в Соединенных Штатах, нечасто применяет свои знания и навыки по соматическому медицинскому лечению, люди в стране задают вопрос, должна ли медицина быть главным предметом в подготовке психиатра, и не требует ли характер существующих проблем в системе высококачественной коммунальной охраны психического здоровья, а также навыки и основная и дальнейшая подготовка, необходимые для работы в ней, появления "пятой профессии".

Д-р Фельдман также указал на количественные недостатки и пробелы в соответствующем распределении различных профессиональных работников, требующихся для службы коммунальной охраны психического здоровья, а также на относительно плохие прогнозы в планировании кадров. Он считает, что эти плохие прогнозы еще более усугубляются отсутствием

координации между учебными заведениями и теми, кто отвечает за будущее планирование служб.

Организация охраны психического здоровья является пренебрегаемым предметом в подготовке психиатров, многие из которых, находясь на руководящих постах, оказываются ответственными за административные вопросы. Управление кадрами, организация бюджета, принятие решений, а также навыки и методы, необходимые для того, чтобы оказывать влияние на политические решения, которые, в конечном счете, определяют бюджет на охрану психического здоровья — это некоторые из тех областей, в которых администратор должен иметь знания и навыки. Хотя сейчас модно порицать власть и влияние, и высмеивать ценность руководства и потребность в нем, тем не менее необходимо признать, что власть и руководство являются постоянными характеристиками, и что понимание того, как использовать должным образом власть и приобрести качества руководителя, жизненно важно для старших организаторов, и является поэтому неотъемлемой частью административной деятельности в области психиатрии.

В ходе дискуссии было высказано опасение, что стирание четких граней между функциями и основная подготовка, о которых говорил д-р Фельдман, могут увеличить сегодняшнюю нестабильность положения в некоторых профессиональных группах охраны психического здоровья и ухудшить, так называемое, понижающее качество кадров в этой области.

Участники Рабочей группы, однако, согласились в том, что, если психиатрии предстоит практиковать среди населения, получающего всестороннее обслуживание, то следует радикально изменить психиатрический компонент учебных программ по всем связанным с этим дисциплинам. Было высказано мнение, что при разработке программ преподавания и клинической практики на кафедрах должны оказывать большее, чем сейчас, влияние клиницисты, работающие на полной ставке в коммунальных службах с тем, чтобы преподаватели глубже осознавали универсальную многомерность проблем людей, нуждающихся в помощи или с выраженными болезнями. Клинические преподаватели должны будут передать новые знания и навыки в области социальной психиатрии, а всем, особенно руководящему штату, срочно необходимо пройти подготовку по вопросам организации охраны психического здоровья и по методам санитарного просвещения.

Кафедры разных дисциплин должны сотрудничать в большей степени в подготовке по профилирующим предметам, а при проведении высшей или специализированной подготовки будет ценным поочередное экспериментальное направление учащихся в различные подразделения службы коммунальной всеобъемлющей охраны психического здоровья. Ценность такого типа преподавания и практики лежит в такой же степени в личных контактах, устанавливаемых через границы дисциплин, и в повышенном осознании содержания работы и функций других профессиональных работников, как и в приобретении фактических знаний, выходящих за пределы конкретно изучаемого студентом предмета.

Было высказано мнение, что, если улучшится содержание и качество преподавания, повысится и удовлетворенность работой и престиж профессии, что привлечет к ней большее число людей. В свою очередь, повысится профессионализм и опыт, но, как ни парадоксально, при всей этой узкой специализации важно уменьшить трения в многопрофильных лечебных группах, возникающие от споров о круге ведения разных работников и о распределении задач среди разных специалистов. Нужно признать, что некоторые задачи могут быть лучше всего выполнены конкретным лицом в бригаде в силу некоторых черт его или ее личности, а то время, как выполнение других задач будет прямо возложено на того или иного специалиста. Хотя и работая в специализированной области, персонал должен будет признать без беспокойства и опасений за свое профессиональное положение, что каждый член бригады охраны психического здоровья может играть как любую роль, так и роль специалиста.

По причинам экономии финансов, а также труда, будет необходимо поощрять в повседневной практике и развивать такие эффективные типы лечения, при которых максимально используются наименее трудоемкие методологии. Поэтому при обучении персонала всем дисциплинам должна быть отражена эта цель через концентрацию внимания на этих методологиях.

7. ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ОСВОЕНИЮ МАТЕРИАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ

Рабочая группа сочла особенно целесообразным, чтобы по этой теме дискуссию открыл представитель развивающейся страны, что и было сделано д-ром М.А. Бакири (Алжир). Д-р Бакири считает основными недостатками материальных ресурсов неадекватность их качества и количества и их несоответствие и плохое распределение. Сами здания уже являются в некоторых случаях препятствием для развития служб, поскольку здания представляют собой капиталовложения не только капитальных фондов, но и отражают личные образ жизни и устремления работающего в нем персонала. Такие капиталовложения ставятся под угрозу, когда предлагают другие методы работы взамен больничной помощи, в результате чего ослабевает интерес к психиатрической деятельности в таких стационарах, и не следует удивляться, что давно работающий штат учреждений противится этому. И, действительно, иногда можно видеть, как работники прибегают к защитной инерции, чтобы противостоять этой угрозе. Это также еще один аспект повсеместных препятствий в отношении для развития служб всеобъемлющей коммунальной охраны психического здоровья.

Д-р Бакири также стремился рассмотреть развитие психиатрии на фоне других многих материальных и социальных изменений, которые вызваны срочными потребностями в любой развивающейся стране, поскольку именно из-за них специалисты по охране психического здоровья должны вести острую борьбу за ограниченные ресурсы в скромном национальном бюджете. Он также коснулся того, как можно установить относительное значение изменений в самой медицине, и отметил, что определенный прогресс, например, в области борьбы с инфекционными болезнями и в области общественного здравоохранения, является обязательным, тогда, как прогресс в других областях, и кое-кто может посчитать такой областью и психиатрию, может считаться лишь желательным. Он высказал мнение, что независимо от уровня социально-экономического развития той или иной страны создание психиатрических служб должно всегда отвечать интересам и нуждам любого общества, поскольку нормальное психическое здоровье является предпосылкой для хорошего социального и экономического развития и прогресса. Очевидно,

однако, что система помощи, подходящая для одной культуры или для одного конкретного уровня социально-экономического развития, не обязательно будет подходить для другой. Например, будет, вероятно, опасно применять в развивающихся странах решения, используемые в индустриальных странах.

Необходимо уделять больше внимания наиболее эффективно-му использованию существующих ресурсов и развитию новых рентабельных источников. Хотя увеличение числа персонала ложится бременем скорее на источники доходов, чем на капитальные ресурсы, способствующие материальному росту, в тех ситуациях, где можно сделать выбор, развитие кадров имеет, возможно, большую важность, чем обеспечение новых дорогостоящих материальных ресурсов. Однако это не должно способствовать развитию мнения о том, что психически больной и психиатрия или область психического здоровья должны обеспечиваться или довольствоваться второсортными жилищными условиями для работы.

Распределение капитальных ресурсов - это в конечном счете дело политического выбора, а в области психического здоровья оно в большей степени определяется субъективными суждениями. Профессиональные служащие, работающие в области охраны психического здоровья, должны поэтому обращать внимание на общественные отношения и на то, как развивается и выражается концепция социальной помощи, поскольку лишь через такое внимание и контроль можно оказать влияние на лиц, принимающих политические решения с тем, чтобы бюджетные ассигнования шли на пользу психически больному или, по крайней мере, как это часто имеет место, не во вред ему.

В последующей дискуссии Рабочая группа выделила два уровня, на которых можно преодолеть препятствия, создаваемые материальными ограничениями. Первый уровень представляет собой различное использование реально имеющихся ресурсов, а второй - те меры, которые могут быть предприняты в целях увеличения бюджетных ассигнований.

Лечебным кадрам уделяется первоочередное внимание в развитии базирующейся среди населения службы всесторонней охраны психического здоровья, и, хотя такие службы должны преимущественно работать во внебольничных учреждениях, которые либо проводят лечение среди населения, либо переносят его туда, не следует пренебрегать и больными службами для хронических больных. Каким бы быстрым или широким ни было

развитие коммунальных служб, больничные службы, по всей видимости, будут действовать, хотя и в уменьшенном масштабе, еще многие годы.

Прежде чем планировать и создавать новые материальные ресурсы, необходимо изучить возможные выгоды, которые можно извлечь от перераспределения имеющихся ресурсов, поскольку гораздо более экономично улучшить и перестроить существующие здания, чем строить новые помещения. Обстановка давно используемых помещений часто бывает более домашней и более способствующей групповой и коммунальной психиатрии, чем преобладающая "стерильная", "клиническая" архитектура многих современных больничных зданий. Однако, там, где строятся новые здания, архитектура и характер деятельности должны быть такими, чтобы они сводили до минимума возможность создания подавляющей больничной атмосферы и поощряли функциональную гибкость. Такие новые здания должны также иметь ограниченный период жизни с тем, чтобы их постоянство не создавало для будущих поколений тех же самых проблем, которые сейчас представляют здания, построенные в середине и в конце девятнадцатого столетия.

Распределение капитальных ассигнований необходимо также для материальных ресурсов, которые будут стимулировать и развивать экономический вклад больного в частично или полностью самостоятельную продуктивную жизнь. Поэтому важно обеспечить не только условия для проживания, но также организовать мастерские для трудовой терапии и взяты под защиту цеха, которые будут это облегчать. Их финансирование требует тщательной координации, поскольку за обеспечение профессиональных и реабилитационных ресурсов часто отвечают разные правительственные органы.

Участники Рабочей группы высказали мнение, что следует оказывать большую финансовую помощь путем поощрения добровольных и негосударственных организаций к содействию в обслуживании психически больных. Выделение средств государственным органом, которые помогли бы добровольной организации создать службу в качестве экспериментального проекта, может привести к тому, что окончательную ответственность возьмет на себя или добровольная организация, или сам государственный орган. Улучшенное распределение бюджета и анализ могли быть более полезны в эффективном использовании имеющихся финансовых ресурсов, но вместо того, чтобы помочь более эффективно их использовать, улучшенный бюджетный

контроль может привести к сокращению финансовых ассигнований. Нужно использовать, если не всю, то, по крайней мере, значительную часть доходов от экономики или сбережений для их дальнейшего освоения персоналом или службами, что, прежде всего, отражается на сбережениях.

Когда дело дошло до рассмотрения того, какую очередность разные страны и общества должны придавать развитию психиатрии, Рабочая группа столкнулась с трудными теоретическими проблемами. В структуре социально-экономических первоочередных задач, признаваемых разными социальными группами, не было обнаружено какого-либо очевидного места для психиатрии. Далее, по всей видимости, на определенном уровне социально-экономического развития управление в области психиатрии с использованием целевых установок оказывается невозможным из-за отсутствия культурных предпосылок на постановку целей. Управление, таким образом, является лишь реакцией на какое-то явление, которое угрожает такой социальной стабильности в том виде, в каком она есть. В такой обстановке развитие социального осознания и конкретизация потребностей, в результате которых современные психиатрические службы приобретут первостепенное значение, происходят лишь по мере того, как в обществе удовлетворяются другие потребности, например, создаются дорожно-транспортные системы, службы электроснабжения, промышленность, водоснабжение и скорая медицинская помощь. Тем не менее, населению следует ясно показать, что сама психическая болезнь стоит чрезвычайно дорого, если ее измерить в потерях производительности и полезности для общества, и что поэтому планирование будущих служб должно основываться на задачах, установленных в целях максимального снижения социальных затрат, а не ориентироваться на быстрые действия в кризисных и неотложных случаях. Очевидно, что этот аспект ассигнований материальных ресурсов является следствием отношений населения в целом и политических руководителей - в частности, что это еще одна причина того, почему Рабочая группа большую роль в развитии факторов, препятствующих функционированию психиатрических служб, отводит нехватке информации и предвзятым отношениям населения.

8. ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ КООРДИНАЦИИ

Один из участников охарактеризовал координацию как наиболее желаемый, но наиболее неуловимый компонент деятельности систем всесторонней охраны психического здоровья во всех странах.

Д-р ван Лонден (Нидерланды), представляя эту тему на рассмотрение, обсудил, во-первых, координацию со службами медико-санитарной помощи и координацию между ними и, во-вторых, координацию между этими службами и немедицинскими учреждениями.

В самой системе медико-санитарной помощи существует три различных и взаимосвязанных области, в которых должна функционировать служба охраны психического здоровья. Ясно, что имеется область самой охраны психического здоровья, которая будет простирается от больничной долгосрочной помощи, краткосрочной помощи в виде принятия мер при кризисных ситуациях или кратковременного лечения, внебольничной помощи в амбулаторных службах или в других возможных альтернативах больничной помощи до разнообразной области частной психиатрии. Эти различные компоненты составляют ресурсы бригады, которая будет отвечать за охрану психического здоровья населения какого-то района, и необходимо, чтобы они координировались так, чтобы в наиболее удобное для него время и наиболее приемлемо для его нужд образом больной мог бы воспользоваться той частью или частями всей службы, которые вероятнее всего будет сопровождаться лечебным эффектом.

Второй областью медицинской помощи, которая во время дискуссии считалась, возможно, наиболее важной, является первичная медико-санитарная помощь. Семейные врачи, вероятно, выполняют основную долю психиатрической медицинской практики, но вызывает озабоченность относительно низкий уровень опыта психиатрической работы среди врачей общего профиля или семейных врачей, а также нагрузки на таких практикующих врачей, которые мешают тем, кто мог бы уделять больше внимания динамическим и психологическим аспектам проблем и недугов своих больных. Очевидно, что большая часть психической заболеваемости остается необнаруженной, и что координация очень слабая и мало известно случаев эффективного совместного лечения или сотрудничества между первичной медико-санитарной помощью и специальной психиатрической службой.

В-третьих, в самой медико-санитарной помощи мало координируются соматическая и психологическая медицина. Психологический компонент, сопровождающий большинство, если не все физические болезни, сопровождающий большинство, если не все физические болезни, которые лечатся в стационарах, во внебольничных службах и в частном секторе, в очень большом числе случаев остается нераспознанным или, будучи распознанным, не лечится; здесь тоже необходимо улучшить сотрудничество.

Помимо этих недостатков в координации, свойственных клинической медицине в системах медико-санитарной помощи, очевидно также, что административная координация необходима между разными уровнями в иерархии органов здравоохранения. Там, где программа лечения многомерна, и где, как это почти всегда имеет место в случае с охраной психического здоровья, она поэтому зависит от ресурсов различных специальностей и служб, необходима тесная и рациональная координация не только в планировании и осуществлении самой программы лечения, но также между деятельностью разных органов. Далее, перспективные предложения по планированию для этих специальностей и органов должны координироваться с учетом их взаимозависимости, а также дополняющего, но конкурирующего характера их заявок на ресурсы.

В последующей дискуссии были выявлены два следующих аспекта проблемы координации. Было отмечено, что функциональное единство клинической бригады охраны психического здоровья требует существенной координации разных профессиональных специальностей в отношении их кадровой политики и их согласованной передачи полномочий. В частности, по-видимому, важно, чтобы в рамках согласованной, но широко разработанной политики действий для отдельных членов бригады психиатрической помощи была обеспечена значительная доля автономии при лечении больных, поскольку ограничения, принятые одним или больше членами лечебной бригады или возложенные на них, могут существенно тормозить или вообще нарушить общий план лечения.

Было также отмечено, что отсутствие координации в конечном счете вредит больным. Некоторые участники Рабочей группы задавали озабоченный вопрос о том, до какой степени в плохо координированных системах охраны психического здоровья больных будут отпихивать от одного органа к другому, где они находятся как бы в Броуновском движении, которое эффективно исключает возможность любой рациональной,

многопрофильной программы лечения или политики действий. Там, где в результате плохой координации не налажен механизм взаимопомощи между службами, где нет процедуры обратного сообщения о действиях, предпринятых принимающими больного службами, больные/клиенты могут даже затеряться где-то между одной службой и другой, и вообще быть исключены из программы лечения или помощи.

В ходе этой общей дискуссии Рабочая группа вскоре столкнулась с препятствием семантического характера. Были изучены сходства и различия между консультацией, координацией, сотрудничеством и интеграцией, и во время этого рассмотрения была обнаружена параллель между, с одной стороны, постепенными изменениями в движении от специализированной помощи к общей помощи и, с другой — разными градациями взаимодействия при консультировании, координации, кооперации и интеграции. Одной из главных возникших проблем была трудность определения того, кто за что отвечает в положении полной интеграции, когда теряются, или, по крайней мере становятся расплывчатыми границы функций, и когда специализация обеспечивается в пользу общего подхода и вмешательства.

Стремясь предложить пути улучшения координации, Рабочая группа высказала мнение, что передача полномочий на принятие решений и ответственности имеет существенное значение во всех учреждениях, занимающихся охраной психического здоровья. Слишком часто реорганизация приводит к централизованной концентрации полномочий, которая, в свою очередь, создает препятствия в административном управлении и в лечении, и вызывает состояние бессилия. При политике секторизации психиатрической помощи необходимо, чтобы сектора и число работающих в них были достаточно малы, чтобы допускать разумный объем контроля, и достаточно крупными, чтобы иметь посты со значительной властью, а также персонал с достаточным старшинством и опытом, с тем, чтобы бригада сектора могла привлекать внимание и пользоваться уважением в своих оперативных решениях и во время терапевтических вмешательств. Там, где контроль охватывает слишком большой объект, неизбежно страдает координация, а там, где наоборот, объект слишком мал, не будет координации в действительном смысле.

Было высказано мнение, что координации можно помочь, если назначать руководящий персонал ответственным за несколько служб с тем, чтобы он нес обязанности в более, чем одной области системы обеспечения помощи. Подобным же

образом в службах здравоохранения следует назначать людей не в учреждения, а в секторизованные бригады психиатрической помощи с тем, чтобы назначаемые лица несли ответственность за всю систему охраны психического здоровья, а не только за ее одну какую-то часть. Под этим, естественно, не имеется в виду, что психиатр, например, обязательно должен работать клинически во всех или даже в большинстве частей системы, а скорее то, что в своей роли административно-го и планового работника - а считается, что все старшие сотрудники играют такую роль - он будет нести какую-то общую ответственность за всю систему, а также конкретную клиническую ответственность за свою ее часть.

Создание бригад всесторонней коммунальной охраны психического здоровья рассматривалось, как основа для хорошей координации. Персонал, работающий в этих бригадах, может с наибольшей готовностью оказать помощь практикующим врачам первичной помощи в их рабочих кабинетах и в центрах здравоохранения, оказывать консультативную помощь на дому и принимать меры при кризисных ситуациях у больных на дому, работать в амбулаториях, действовать в качестве связующего звена между психиатрией и соматической медициной и использовать многопрофильный подход к затратам и оценке. В противоположность персоналу в стационарах, который, главным образом, действует в отрыве от населения района, коммунальная бригада охраны психического здоровья будет физически находиться среди населения, и будет наиболее способной привлечь добровольцев к выполнению своих лечебных программ и поддерживать связь с добровольными организациями в их работе.

Будет также возможно, и действительно желательно, чтобы бригада при планировании обслуживания кооптировала, в свой состав члена какой-нибудь организации, представляющей больных, или представителями обслуживаемой бригадой группы населения, поскольку таким образом можно достичь полезной обратной отдачи от населения в виде осознания и признания им действующей службы.

Члены Рабочей группы высказали мнение, что координация становится тем труднее, чем дальше уходят от прямой ответственности за больного. Клиническая бригада имеет самый большой шанс достичь координации, возможно, потому, что ее члены способны сознательно или каким-то другим образом использовать динамику своей собственной группы в разрешении проблем. Труднее всего установить координацию между

главными органами на региональном уровне в планировании политики, что объясняется, вероятно, размером группы, относительной редкостью взаимодействия, неясностью и концептуальным характером проблем, которые они призваны решать. Поэтому необходимо учредить группы планирования программы охраны психического здоровья и подгруппы по конкретным аспектам психиатрической помощи, например, по лечению алкоголиков, подростков и психически неблагополучных людей пожилого возраста. Однако, такие группы должны быть относительно немногочисленными, иметь конкретный круг обязанностей, и работать по установленному более короткому графику с тем, чтобы воспринимался и передавался смысл срочности и целенаправленности. После представления отчета подгруппы должны распускаться. В этих плановых органах должны будут представлены любые имеющие к этому отношение центральные и местные государственные или добровольные организации с тем, чтобы обеспечить не только координацию и рационализацию в конкретной программе для подспециальности, но и также отражение в планах развития организаций предложений для этой подспециальности.

Хотя много уже известно о динамике взаимоотношений в самих организациях, до сих пор было проведено весьма мало исследований, и поэтому лишь немного известно о взаимоотношениях между организациями и службами по сравнению с тем, что известно о связях внутри них. Возможно, по этой причине реорганизации, которые только изменяют организационную структуру, очень редко меняют общую политику учреждений или даже личное поведение их членов, а это, в свою очередь, возможно, является причиной того, почему так трудно достичь эффективной координации между руководящими органами, учреждениями и организациями.

9. ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ АДМИНИСТРАЦИИ И ПОЛИТИКЕ

Представляя эту тему для дискуссии, д-р Дабровски (Польша) сделал обзор последних законодательных предложений и административных положений по охране психического здоровья и психиатрической помощи, считающимися в Польше двумя отдельными областями. В ходе рассказа он привел примеры препятствий, с которыми сталкиваются многие страны и возможные для них решения.

Будет целесообразно рассмотреть четыре отдельных, но взаимосвязанных вопроса: юридические требования любого законодательства по охране психического здоровья; программу министерского уровня, т.е. национальную политику, которая будет объявлена в установленных законом рамках; предписания, которые будут разработаны для осуществления этой политики; и соответствующие правовые и рабочие программы в таких смежных областях, как социальное обеспечение, трудоустройство или жилищное строительство.

Кажется очевидным, что во многих странах все еще действует в значительной степени ограничивающее и устаревшее законодательство. Закон не должен мешать пройти психиатрическое лечение никому из тех, кто этого хочет добровольно, и должен быть таким, чтобы психиатрическое лечение было доступно на той же самой основе, как любой другой тип медицинского лечения или социальной помощи. Однако, общество через посредство своего законодательства обязано охранять себя и своих членов, и именно в этой области возникает реальный конфликт между необходимостью обеспечить, с одной стороны, безопасность общества и отдельных людей, и с другой — обеспечить, чтобы законодательство по охране психического здоровья не угрожало свободе или правам человека или не лишило его этих прав. Эта дилемма может быть решена лишь через широкое общественное обсуждение связанных с этим моральных и этических вопросов. Такое общественное обсуждение представит информацию для правительственной политики и, возможно, будет определять ее. Это еще один пример того, какое значение имеет верная фактическая информация о психическом здоровье и отсутствие предубеждения и предрассудков как со стороны населения, так и правительства. Важно не допустить, чтобы политическая поспешность или конъюнктурные соображения определяли или срывали долгосрочное планирование в области охраны психического здоровья, поскольку, учитывая то, что конечный результат будет сильно зависеть от отношения населения, этого можно достигнуть лишь через процесс медленных, но последовательных изменений.

В ходе последующей краткой дискуссии участники Рабочей группы вновь подчеркнули необходимость позаботиться о том, чтобы общественность и ее представители в правительстве не были бы так предвзяты к психически больному, больше осознавали размер и характер психической болезни и проблем психического здоровья и были более решительны в стремлении

исправить аномалии и недостатки там, где они имеются в психиатрических службах. Срочно необходимо, чтобы общественность занялась этическими вопросами, связанными с ограничением свободы, а также антиморальностью плохих жилищных условий и унижением человеческого достоинства, которые все еще во многих случаях ассоциируют с охраной психического здоровья. Подобным образом профессиональные работники из области охраны психического здоровья должны быть более чувствительны к изменяющимся ожиданиям общественности в этих вопросах и готовыми к исследованию и совместной творческой критике, возможно, через создание совершенно четких процедур этической и стандартной оценки, и не только для научных целей, хотя это тоже имеет огромное значение, но также для повседневной психиатрической практики. Психиатрия, как специальность, не должна убажкивать себя фальшивым чувством безопасности, веруя в то, что злоупотребления случаются лишь в больницах, поскольку и в самой коммунальной помощи, как соблюдение некоторых практик, так и их нарушение может выйти за пределы допустимых моральных и этических рамок, даже, если это происходит при полном контроле со стороны общества.

Для того, чтобы различные законодательные и рабочие правительственные программы соответствовали друг другу, необходимо обеспечить перекрестное представительство в ведомственных руководящих группах. Желательно также, чтобы эти ведомственные группы получали рекомендации с периферии о необходимости гибкости в интерпретации предписаний и оперативных планов, разработанных в целях выполнения национальной политики. Важно также, чтобы политика определяла цели, а не предписывала методологию, с помощью которой следует достигать этих целей.

В большинстве европейских стран нет четко установленной национальной политики по охране психического здоровья, а те, кто ее имеет, сталкиваются с трудностями в ее реализации. Главная трудность в обеспечении эффективного психического обслуживания связана с неспособностью большинства профессиональных психиатрических работников правильно организовать такое обслуживание и руководить им. С другой стороны, поставленные программные цели часто несоизмеримы с имеющимися ресурсами. Большинство организаторов охраны психического здоровья недостаточно знакомо с методами планирования, бюджетирования и использования программ, которые необходимы для выполнения центральных административных функций.

Приводились разные примеры неудач в администрировании и организации охраны психического здоровья, в том числе создание "психиатрических коек", которые позднее стали излишними; планирование на национальном уровне, которое сталкивается с противоположными действиями на местном уровне; недостаточная координация между службами охраны психического здоровья и социального обеспечения; требования персонала, которым не соответствуют потребности населения и т.д.

Ввиду нехватки времени Рабочая группа не смогла подробно или как-то систематически исследовать сдерживающие факторы, создаваемые механизмами управления в психиатрической помощи. И в действительности, хотя они упоминаются, но едва ли когда обсуждаются вообще, и было бы интересно показать, почему это происходит. Большинство психиатров и медсестер становятся администраторами, поскольку профессиональное продвижение по службе связано с несением административной ответственности, и они обычно занимают эти посты, не имея подготовки по административным вопросам. Для клиницистов это, таким образом, оборачивается тем, что у них уменьшается объем клинической работы, которую они знают, или иногда они совсем бросают ее ввиду выполнения новой и часто незнакомой роли. Новая работа строится насообразительности, доброй воле, иногда опыте, но редко на основе применения знакомых принципов и практики. Из-за своей медленной реакции непонимания подробностей клинической ситуации или открытого отказа от предложения такая "администрация" считается неэффективной. А ведь при этом существуют принципы организации работы, правила управления и даже особый словарь и язык, который клиницисты в целом отказываются признавать, или которые они не изучают. Пока эти взаимозависимые группы - организаторы и клиницисты - не договорятся признавать и уважать знания и опыт друг друга, и не смогут говорить на взаимно согласованном языке, всегда будут иметь место недоверие и ошибки, которые в совокупности являются административными препятствиями для развития. С появлением профессиональной демократии в службах здравоохранения любой член персонала может быть назначен на административный пост, и поэтому в процессе образования все должны получить какие-то понятия и знания об административных вопросах.

10. ВЫВОДЫ

В конце дискуссии члены Рабочей группы ясно увидели, что круг их задач весьма обширен и что, как в случае со многими другими совещаниями такого рода, вопросов и проблем было больше, чем ответов и решений. Едва ли было возможно изучить с какой-то тщательностью любой из главных обсуждаемых вопросов. И, поэтому участники Рабочей группы весьма сомневались в необходимости внесения рекомендаций и были очень осторожны в их разработке.

Тем не менее, Рабочая группа признала целесообразным провести исследование сдерживающих факторов в развитии коммунальных служб охраны психического здоровья, поскольку это позволит: во-первых, еще раз подтвердить широко распространенную веру в реальность концепции всесторонней коммунальной психиатрической помощи и, во-вторых, показать ее действенность в некоторых областях. Очевидно, однако, что в некоторых областях еще не начата организация таких служб, и что в большинстве других областей имеют место очень значительные неудачи при попытках их всеобщего развития.

Возможно, что самым важным из того, что поняли участники Рабочей группы в ходе дискуссий, был тот факт, что в то время, как о недостаточном материальном и финансовом обеспечении и нехватке специализированного персонала говорилось больше всего в документах о положении дел в стране, написанных представителями до совещания, самым большим препятствием к успеху, как выяснилось во время дискуссий, являются их взгляды, а не их финансовые возможности. Предвзятость, предубеждение, страх и неведение являются, по всей видимости, коренными причинами инерции и сопротивляемости, которые одинаково проявляет общественность, профессиональные психиатрические работники, лица, планирующие национальную политику и программу, и правительство. Именно этими отношениями объясняются относительно низкие уровни капитальных или доходных вложений и набора кадров, которые являются очевидными тормозами прогресса. Создается впечатление, что психиатрия, как дисциплина, была неоправданно оптимистичной в своих мнениях об уровне терпения, понимания и образования общественности, и есть опасность, что, если двигаться, намного опережая общественное мнение, можно фактически вызвать реакцию против психического больного и против развития коммунальных, базирующихся среди населения служб.

В то время, как некоторые изменения в отношениях, которые будут необходимы, связаны с изменением морали, этики и определением ценностей, фактом является также то, что некоторые из них будут иметь место в результате лучшей информированности. В связи с этим очевидно, что ни одна страна не предлагает достаточных сил для того, чтобы собрать информацию или обеспечить соответствующей информацией население, профессиональных работников психиатрической помощи, планирующих политику и программу, и законодателей.

Другим важным препятствием является нехватка кадров и особенно вспомогательного медицинского персонала. Эти трудности количественного характера еще больше возрастают, когда имеющийся персонал, как это часто бывает, не имеет навыков, необходимых для использования новых психиатрических методов или не проходил соответствующего непрерывного профессионального усовершенствования. Нехватка опытного административного персонала, будь это неспециалисты или медицинские работники, которые могли бы взять на себя руководящую роль, также представляет существенный тормоз для развития службы.

Во время дискуссий Рабочей группы также выяснилось, что во многих случаях не используются в полной степени имеющиеся ресурсы, что они не приспособляются и не изменяются с тем, чтобы удовлетворять изменяющиеся потребности обслуживаемого населения. Кроме того, новые ресурсы бывают часто неадекватными или не соответствующими тем задачам, которые должны выполнять коммунальные службы охраны психического здоровья. Более того, часто случается так, что, когда выделяются новые ресурсы, они не используются тем путем, который скорее всего уменьшил бы зависимость от полностью больничной помощи или содействовал бы развитию внебольничных служб. Коротко говоря, Рабочая группа явно убедилась в том, что весь потенциал существующих ресурсов и соответствующие новые ресурсы, которые должны были бы привести к повсеместному развитию эффективной коммунальной психиатрической помощи, не реализуются удовлетворительно ни в одной из представленных на соещании стран.

Неэффективная координация этих ресурсов и руководство ими препятствуют оказанию всесторонней коммунальной психиатрической помощи. Такие недостатки часто преодолеваются за

счет личного обаяния отдельных лиц, но они существуют, несмотря на добрую волю и добрые намерения, и могут объясняться нехваткой знаний о динамике работы учреждения и отсутствием подготовки по методам управления, которые встречаются повсеместно.

И, наконец, было также отмечено, что в некоторых странах отсутствует политическая воля, могущая придать психически больному и программам психиатрической помощи большое значение при распределении национальных ресурсов. Вероятнее всего, что отсутствие такой воли порождается отрицательными отношениями, которые уже описывались, и что появляющиеся от этого трудности, возрастают от слишком частого и распространенного непостоянства политической направленности и руководства, что приводит в результате к работе со спадами и подъемами и неэффективному и недейственному планированию служб.

11. РЕКОМЕНДАЦИИ

1) Необходимо уменьшить инерцию, предвзятость и предупреждение населения за счет лучшего понимания психической болезни и охраны психического здоровья, что, в свою очередь, потребует более активного участия профессиональных работников в сфере взаимоотношений с общественностью, прессой, радио и телевидением.

2) Необходимо повысить знания о психической болезни и психическом здоровье у населения в целом, у влиятельных органов и лиц, и особенно у местных и национальных законодателей и администраторов посредством предоставления им большого объема фактической информации о психической болезни и проблемах психического здоровья и о характере, целях и потенциале коммунальных служб охраны психического здоровья.

3) Профессиональному штату в психиатрических больницах и в бригадах коммунальной охраны психического здоровья крайне необходимо непрерывное профессиональное усовершенствование и подготовка повышенного типа, в которых учитывались бы достижения в знаниях и изменения в клинической практике, касающиеся коммунальной охраны психического здоровья.

4) Органам просвещения надлежит предпринять более активные усилия по ознакомлению подростков и молодежи с основными профилактическими медико-санитарными принципами, связанными с психическим здоровьем.

5) Необходимо уменьшить нехватку кадров, выделяя больше средств на подготовку персонала из доходных статей, а не вкладывая капитальные фонды в строительство новых зданий, за исключением тех случаев, когда последние нужны обязательно.

6) Ликвидация нехватки кадров зависит от набора кадров, на который, в свою очередь, влияют взгляды населения на охрану психического здоровья, как дисциплину; поэтому необходима будет радикальная переоценка программ подготовки и дефиниции ролей.

7) Необходимо преодолеть нехватку материальных ресурсов наименее дорогостоящим и одновременно наиболее эффективным путем, часто посредством изменения или перераспределения имеющихся ресурсов вместо или до строительства совершенно новых зданий или помещений.

8) Необходимо покончить с плохой координацией путем усовершенствования административной подготовки и научных исследований; посредством более активного привлечения периферийных практикующих врачей или работающих на местах из всех учреждений, занимающихся планированием согласованных местных программ, за которые они будут нести окончательную ответственность, и путем постановки национальных или региональных целей соответствующими ведомствами, работающими в контакте друг с другом.

9) Необходимо сделать более либеральным ограничительное законодательство по охране психического здоровья с тем, чтобы оно согласовывалось с общепризнанными человеческими правами. Законы в области охраны психического здоровья должны регулярно пересматриваться и быть совместными с другими социальными законами.

Приложение I

ПОВЕСТКА ДНЯ

1. Предыдущие мероприятия Регионального бюро, посвященные развитию коммунальных служб всесторонней охраны психического здоровья
2. Факторы, препятствующие развитию служб всесторонней охраны психического здоровья населения:
 - а) нехватка адекватной информации о размере и характере проблем психического здоровья и имеющихся для их разрешения ресурсов
 - б) отсутствие национальной политики охраны психического здоровья
 - в) отсутствие и недоступность служб
 - г) кадровая недоукомплектованность
 - д) нехватка финансовых ресурсов
 - е) устаревшие и несоответствующие законы
 - ж) предубеждение непрофессиональных и профессиональных кругов к психически больному
 - з) сопротивляемость изменениям
 - и) неадекватность научных исследований
3. Предложения по преодолению препятствий
4. Выводы и рекомендации

Приложение II

УЧАСТНИКИ

Временные советники

- Д-р М.А. Бакири, Медицинский директор, Университетский психиатрический сектор Оран-Сиди-Хами, Психиатрическая больница Бакиркей, Стамбул, Турция
- Д-р Ф. Вайюлькем, Главный врач и директор, Психиатрическая больница Бакиркей, Стамбул, Турция
- Д-р А. Бороффка, Заведующий Отделом психиатрии и психической гигиены, Министерство социальных дел земли Шлезвиг-Гольштейн, Киль, Федеративная Республика Германии
- Г-жа Е. Бреннан^а, Старшая медсестра, Больница Святого Стефана, Сарсфилдс, Корт, Гленнаяр, Корк, Ирландия
- Д-р С. Дабровски, Директор Института психоневрологии, Варшава, Польша
- Профессор Р. Дейли^а, Больница Святого Стефана, Сарсфилдс, Корт, Гланмайа, Корк, Ирландия
- Д-р М. Дюпон, Управление учреждений медико-санитарной помощи, Министерство общественного здравоохранения и благосостояния семьи, Брюссель, Бельгия
- Д-р С. Фельдман, Директор, Штатный колледж, Национальный институт охраны психического здоровья, Аделфи, Мэриленд, США
- Д-р Х.С. Фаули, Руководитель врачебной группы, Королевские больницы Данди Слэфф и Страт Мартин, Данди, Ангус, Соединенное Королевство (Составитель отчета)

^а Участие не оплачивается ВОЗ

Д-р П. Калвао, Директор служб охраны психического здоровья, Министерство социальных дел, Лиссабон, Португалия

Д-р Б. Кежди, Институт психического здоровья округа Баранья, Печ, Венгрия

Д-р И. ван Лонден, Генеральный директор общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения и гигиены окружающей среды, Лейджендам, Нидерланды

Г-жа Л. Лунд, Координатор Проекта в Накке, Психиатрическая консультация в Накке, Экторп, Швеция

Г-жа М.Р. Мамеле, Заместитель начальника отдела медико-санитарной помощи и реабилитации, Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Париж, Франция

Д-р Й. Мантонакис, Старший преподаватель, Кафедра психиатрии, Университетская медицинская школа, Афины, Греция

Д-р Дж.Дж.О. Коннор^а, Заведующий медицинской частью, Больница Святого Финана, Килларни, Керри, Ирландия

Г-н Д.О'Салливан^а, Руководитель программы, Южный совет здравоохранения, Корк, Ирландия

Д-р Ф. Пацаро, Главный консультант, Провинциальная психиатрическая больница Санта Мариа делла Пейта, Рим, Италия

Д-р В. Предеску, Медицинский институт, Больница Г.Маринеску, Бухарест, Румыния

Д-р О.В. Стиффельдт-Фосс, Директор служб охраны психического здоровья Норвегии, Министерство здравоохранения и социальных дел, Осло, Норвегия

^а

Участие не оплачивается ВОЗ

Д-р Д. Уэлл, Директор Отдела охраны психического здоровья, Совет медико-социальных исследований, Дублин, Ирландия (Председатель)

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р А.Е. Варт, Региональный специалист по охране психического здоровья (Секретарь)

Г-н Дж.У. Ганнибал, Технический специалист по охране психического здоровья