

УРОВЕНЬ РАСПОЗНАВАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ОПИСАННЫХ В КАРТИНКАХ СЛУЧАЕВ ШИЗОФРЕНИИ

А. В. Голенков

Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова

В литературе под психиатрической грамотностью понимают «знания и представления о психических расстройствах (ПР) в связи с их выявлением, лечением (сопровождением, управлением) и профилактикой» [12]. Данное понятие содержит несколько компонентов: а) способность распознавать ПР и/или различные типы психологического дистресса; б) знания и представления о факторах риска их развития и причинах; в) знания и представления о самопомощи (вмешательствах) при развитии ПР; г) знания и представления о возможностях психиатрической помощи; д) отношения, которые облегчают выявление ПР и обращение за специализированной медицинской помощью; е) знания о поиске информации по вопросам психического здоровья [13, 14].

Шизофрения является самым известным ПР среди населения. Наш опрос жителей Чувашии показал, что 27% называли ее чаще всего в своих ответах. Однако только 4,5% лично встречались с такими больными [2]. Среди студентов-медиков из ПР шизофрения упоминалась уже в 37,3% ответов. Из слов, которые больше всего подходят к описанию психически больного человека, на первом месте стояли обидные прозвища, клички, другие выражения, производные от нее («шиза, шизик, шизуха, шизофреник» и др.) [1]. Не случайно, что «шизофрения» является не только названием ПР (болезни), но и «решающей частью стигматизации», «метафорой диффамации» [9]. И.И.Михайлова к мероприятиям, направленным на дестигматизацию больных, относит повышение психиатрической грамотности населения [5].

В современных исследованиях довольно подробно обсуждаются вопросы идентификации шизофрении среди различных поло-возрастных [6, 7, 13, 14, 18, 20], этнических [12–14, 17–23], социально-экономических и профессиональных групп [21]. В качестве измерительного инструмента чаще всего используются так называемые вignetты (клинические описания, «картинки»), которые включают вопросы о причинах этого ПР, отношении населения к врачам, методам лечения и профилактики [4, 7, 11–14, 16–20, 22, 23]. В Австралии вме-

сте с обучением населения и медицинских работников проводятся регулярные опросы населения, изучающие в динамике психиатрическую грамотность, уровни стигмы и дискриминации общества по отношению к больным шизофренией и другим ПР [13, 14, 16–19]. Детально и критически анализируются образы психиатрии и шизофрении, создаваемые средствами массовой информации и медийного пространства [8, 10, 17].

Цель исследования: определить уровень распознавания населением описанных в вignetтах случаев шизофрении, а также его осведомленность о причинах этого расстройства, медицинской помощи и ее эффективности.

Материалы и методы

Опрошено 570 жителей Чувашии (260 муж. и 310 жен.) в возрасте от 18 до 78 лет (средний возраст – 39,8±13,4 года). Высшее образование имели 42,6% респондентов, среднее специальное – 43,2%, среднее – 11,8%, начальное – 2,4%. Врачей было 6 человек, медицинских сестер – 11. В городских поселениях проживало 73,3%, в сельских – 26,7%. Расчет необходимого размера (доверительная вероятность 97%) выборки (561 чел.) производился на калькуляторе¹ при доверительном интервале – 4,6% для 1 243 431² жителя республики.

Каждому респонденту давалось одно из двух описаний шизофрении (приложение), предложенных К.М.Griffiths и соавт. [12]. В итоге были собраны 332 заполненные анкеты с ситуацией, описывающей острую шизофрению, и 238 ответов респондентов с оценками хронической шизофрении.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения – М, стандартного отклонения – SD) и χ^2 -распределения (таблицы 2×2 и 3×2). Когда один или несколько показателей были меньше 4, использовали поправку Йейтса.

¹Сурин А. Калькулятор выборки. Расчет выборки маркетингового исследования. <http://marketolog.biz/index.php?pid=75>.

² На 01 января 2013 г. <http://ru.wikipedia.org/wiki/Чувашия>.

Результаты и их обсуждение

Правильно идентифицировали шизофрению 18,07% (103 из 570 чел.) опрошенных, без существенной разницы в распознавании двух вариантов ПР (острая и хроническая шизофрения; 16,9% и 19,7% – соответственно; $p > 0,05$), между полами, возрастными группами и местом жительства респондентов. Достоверно лучше это удалось сделать людям с высшим образованием (23,5% против 14,6% со средним специальным и 12,3% со средним и начальным образованием; $\chi^2=8,52$; $df=2^3$; $p=0,01$) и медицинским работникам (58,8%; $\chi^2=19,85$; $df=1$; $p < 0,001$). 28,6% отметили, что видели в жизни больных, описанных в вignetте, однако это никак не отразилось на результатах правильной идентификации предъявленного ПР (18,4% против 17,9%, кто не встречал таких больных; $p > 0,05$).

Среди неправильных ответов фигурировал довольно большой перечень различных состояний, начиная от «нормы» (психологических характеристик), «невроза», «депрессии, меланхолии», «алкоголизма, наркомании» до «слабоумия», «дебильности, идиотии». На их долю вместе с характеристиками ПР, психически больного человека, включая жаргонные выражения, метафоры, уничижительные слова, пришлось 82,7% высказываний. Так,

«депрессия» (меланхолия) называлась в 6,1% случаев, «паранойя, мания преследования» – в 3,2%, «невроз» – в 2,1%, наркологическая патология («алкоголизм», «белая горячка», «наркомания») – в 1,8%, «страх», «тревога», «фобия» – в 1,7%, слабоумие («дебелизм», «идиотия») – в 1,6%, «навязчивое состояние» – в 1,4% (в сумме – 17,9%). Психологические описания («замкнутый», «одинокий», «беспокойный», «мнительный» и др.) составили 6,8%. Затруднились с оценкой 10,5% респондентов.

Как видно из табл. 1, консультацию психиатра намного чаще рекомендовали респонденты, правильно идентифицирующие шизофрению, а психолога – те, кто ошиблись с оценкой ПР. Они же затруднились с ответом на этот вопрос. Нужно отметить довольно высокий процент вероятных обращений к врачам непсихиатрических профессий и прочим непрофильным специалистам в случае заболевания кого-то из окружения респондентов шизофренией. Довольно высокой оказалась доля опрошенных, плохо осведомленных в вопросах лечения ПР. Естественно, что таких оказалось больше в группе с неправильной идентификацией шизофрении.

Касаясь знаний о причинах ПР, обращает на себя внимание высокая распространенность в населении Чувашии мнений о психологических причинах и других факторах, мало участвующих в развитии шизофрении и не доказанных научно (табл. 2). Напри-

³ Degrees of freedom (df) – число степеней свободы.

Таблица 1

Нуждаемость в помощи специалистов и ее эффективность в группах респондентов (%)

Показатель	Всего*	Ответы		χ^2 ; $df=1$	p^{**}
		правильные	неправильные		
Рекомендуемые консультации и лечение					
Психиатр	46,8	75,7	40,5	42,12	<0,001
Психолог	25,3	10,7	28,5	14,16	<0,001
Психотерапевт	15,6	14,6	15,8	0,1	НД
Невролог	6,1	6,8	6,0	0,1	НД
Нарколог	2,8	4,9	2,4	1,9	НД
Прочие врачи	2,6	0,9	2,4	1,6	НД
Другие специалисты	0,9	–	1,1	2,6	НД
Не знают	8,4	–	10,3	12,93	<0,001
Ожидаемая эффективность помощи					
Полное восстановление	13,5	8,7	14,6	2,4	НД
Частичное восстановление	55,3	64,1	53,3	3,3	НД
Без изменений	7,0	10,7	6,2	2,6	НД
Ухудшение	0,7	1,0	0,6	0,1	НД
Не знают	23,5	15,5	25,3	4,44	0,03

Примечания: * – сумма превышает 100%, так как респонденты давали несколько ответов; ** НД – недостоверно.

Таблица 2

Вероятные причины шизофрении в группах респондентов (%)

Причины	Всего*	Ответы		χ^2 ; $df=1$	P^{**}
		правильные	неправильные		
Личностные (психологические) особенности	31,4	20,4	33,8	7,08	0,007
Стресс	20,4	25,2	19,3	1,85	НД
Социально-экономические	13,5	8,7	14,6	2,44	НД
Семейные проблемы, воспитание	8,8	10,7	8,4	0,6	НД
Наследственные	8,1	20,4	5,4	26,6	<0,001
Прием психоактивных веществ (алкоголя)	6,6	2,9	6,0	1,39	НД
Травма мозга, поражение ЦНС	3,3	5,8	2,8	2,41	НД
Не знают (не дали ответа)	19,1	22,3	18,4	0,7	НД

Примечания: * – сумма превышает 100%, так как респонденты давали несколько ответов; ** НД – недостоверно.

мер, весьма популярны в обществе представления о «слабости характера», «лени, нежелании работать», «неправильном, изнеженном воспитании» и прочее, участвующие в развитии ПР (шизофрении). Не случайно, что они чаще встречались у респондентов, ответивших неправильно. Наследственные (генетические) факторы упоминались относительно редко, чаще у людей, осведомленных о шизофрении.

Полученные в настоящем исследовании показатели психиатрической грамотности следует признать не вполне удовлетворительными, так как результаты распознавания шизофрении составили менее 50% [15], за исключением респондентов с медицинским образованием. Однако и для них 58,8% правильных ответов не может считаться приемлемым показателем. Два других наших исследования, посвященных психиатрической и наркологической грамотности населения Чувашии, показали худшую осведомленность респондентов об электросудорожной терапии (35,2% против 60% в зарубежной выборке) [3], но довольно высокую идентификацию начальной стадии алкогольной зависимости на уровне 71,1% [4]. Это свидетельствует об актуальности изучения отношения населения региона к различным группам больных с ПР.

В зарубежной литературе при использовании вignetов, аналогичных нашим, уровень распознавания шизофрении колеблется от 15,5% (для китайцев, живущих в Австралии и говорящих на своем языке) [23] до около 33% [19]. Последние показатели, впрочем, были получены в Австралии в процессе реализации с 1995 года государственной программы по повышению психиатрической грамотности населения. У молодых людей, являющихся целевой группой этой программы, показатели распознавания шизофрении составили $\frac{1}{3}$, как и у населения в целом [18]. В результате многолетней целенаправленной работы удалось уменьшить уровни стигматизации и дискриминации психически больных, повысить у населения оценки семейных врачей, консультантов и эффективность психофармакотерапии [12, 16, 19].

В другой зарубежной работе распознавание шизофрении в населении составило 73,6%, но использовались отличные от наших клинические ситуации [17]. И.Р.Семин в Томске и области выявил довольно высокие уровни идентификации параноидной шизофрении (87,1–97,1%) и низкие – простой формы (12,2–24,4%). Женщины и люди с высшим образованием имели более высокие показатели распознавания, чем мужчины и респонденты с низким образованием [7].

Похожие результаты о лучшей идентификации ПР женщинами и людьми с высоким социальным экономическим статусом нашли отражение в двух других исследованиях [20, 21]. Однако гипотеза о том, что кто встречался с больными шизофренией, те лучше ее распознают, не подтвердилась [11]. Мы получили похожие результаты.

В настоящем исследовании получило подтверждение описанное в литературе распространенное мнение населения о влиянии социально-психологических факторов в развитии шизофрении и недооценка наследственной предрасположенности [12–14]. Такие оценки, как правило, сопровождаются критическим отношением населения к больным шизофренией, поскольку причины ПР во многом зависят от самого человека, его образа жизни и поведения.

Выводы

Проведенное исследование подтвердило низкий уровень распознавания шизофрении в населении Чувашии. Несколько лучше психиатрическая грамотность у респондентов с высшим и медицинским образованием. Среди опрошенных прослеживается в целом негативное и пренебрежительное отношение к больным с ПР.

При выборе консультативной помощи высокая доля ответов с обращением к психологам и врачам непсихиатрических профессий (неврологам), что может препятствовать более раннему выявлению шизофрении среди населения и профилактике инвалидизации больных. Оценки вероятной терапии ПР во многом носят случайный и произвольный характер, от полного выздоровления до абсолютной неэффективности (бесполезности) лечения. Обнаруженные закономерности могут быть использованы в работе с населением республики для повышения его психиатрической грамотности, представителями средств массовой информации и оптимизации организации психиатрической помощи.

Приложение

Вignetты с описанием острой и хронической шизофрении [по 14]

1. Встречали ли Вы таких людей в жизни?
2. Если да, то сколько человек?
3. Как бы Вы назвали ее (его) состояние?
4. Нужна ли ей (ему) помощь специалистов?
5. Если да, то каких именно?
6. Если специалисты окажут помощь ей (ему), какой будет результат: а) полное восстановление; б) частичное восстановление; в) без изменений; г) ухудшение; д) не знаю.
7. Какие вероятные причины способствуют развитию таких состояний у людей?

А., 24 года, живет вместе со своими родителями. После окончания школы поменял несколько мест работы, нигде долго не задерживался. В настоящее время А. безработный. В течение последних 6 месяцев перестал встречаться со своими друзьями, стал закрываться в своей комнате, не хочет принимать душ (ванну). А. отказывается есть вместе со своими родителями. По ночам не спит и ходит по квартире. Находясь в своей комнате один, разговаривает, как будто там кто-то есть еще. Когда родители попытались обсудить такое поведение

сына, он прошептал, что не может выйти из дома, так как следит за соседом. Родители уверены, что сын не принимает наркотики, поскольку никуда не ходит и не общается с другими людьми.

С., 44 года, живет в доме-интернате. Он равнодушен к своему внешнему виду, неопрятен, небрежен. С. носит одну и ту же одежду, плохо ухаживает за ней, отрастил длинные волосы, которые редко моет и расчесывает, часто не брит. Его часто видят сидящим на лавочке в парке и разговаривающим с самим собой. В речи слышны необычные

слова и искусственные выражения. Он редко пьет алкоголь, наркотики никогда в жизни не употреблял. В беседе С. вежлив, но избегает говорить с окружающими людьми. Время от времени он обвиняет продавцов близлежащего магазина в распространении о нем слухов и дискредитирующей информации. Периодически обращается к администрации дома-интерната с просьбой установить дополнительные замки в двери его комнаты, убрать радио и проводку к радиоточке, так как через них шпионы подслушивают его, управляют его руками и ногами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.В. Априорные представления студентов о сущности, этиологии и лечении психических расстройств // Вестник Чувашского университета. 2010. № 3. С. 93–97.
2. Голенков А.В. Общественные предрассудки к психиатрии в Чувашии // Психическое здоровье. 2010. № 4. С. 42–46.
3. Голенков А.В. Отношение населения Чувашии к электросудорожной терапии // Психическое здоровье. 2010. № 12. С. 46–50.
4. Голенков А.В., Сафронов С.А., Доморошинова М.Г. и соавт. Наркологическая грамотность населения Чувашии (на примере злоупотребления алкоголем и начальной стадии алкогольной зависимости) // Наркология. 2011. № 3. С. 28–34.
5. Михайлова И.И. Стигматизация в психиатрии // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незванова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 127–133.
6. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. 544 с.
7. Семин И.Р. Психически больной в обществе (результаты экспериментального исследования) // Психиатрия в контексте культуры: Сб. науч. тр. Томск: Улан-Уде, 1995. С. 132–186.
8. Скорик А.И., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. и соавт. Психиатрические мифы. Сообщение 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 1. С. 64–69.
9. Финзен А. Психоз и стигма / Пер. с нем. И.Я.Сапожниковой. М.: Алетея, 2001. 216 с.
10. Ястребов В.С., Трущелев С.А. Социальные образы психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 6. С. 65–68.
11. Fumham A., Blythe C. Schizophrenia literacy: the effect of direct experience with the illness // Psychiatry Res. 2012. Vol. 198, N 1. P. 18–23.
12. Griffiths K.M., Christensen H., Jorm A.F. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study // BMC Public Health. 2009. Vol. 9, N 92.
13. Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A. et al. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997. Vol. 32, N 3. P. 143–148.
14. Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A. et al. «Mental health literacy»: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment // Med. J. Aust. 1997. Vol. 166, N 4. P. 182–186.
15. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey // Arch. Gen. Psychiatry. 1994. Vol. 51, N 1. P. 8–19.
16. Lam A.Y., Jorm A.F., Wong D.F. Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness // Int. J. Ment. Health Syst. 2010. Vol. 4, N 18.
17. Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rossler W. Do people recognize mental illness? Factors influencing mental health literacy // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2003. Vol. 253, N 5. P. 248–251.
18. Reavley N.J., Jorm A.F. Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey // Aust. NZ J. Psychiatry. 2011. Vol. 45, N 10. P. 890–898.
19. Reavley N.J., Jorm A.F. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma // Aust. NZ J. Psychiatry. 2011. Vol. 45, N 11. P. 947–956.
20. Robles-Garcia R., Fresan A., Berlanga C., Martinez N. Mental illness recognition and beliefs about adequate treatment of a patient with schizophrenia: Association with gender and perception of aggressiveness-dangerousness in a community sample of Mexico City // Int. J. Soc. Psychiatry. 2012. 15. [Epub ahead of print].
21. Von dem Knesebeck O., Mnich E., Daubmann A. et al. Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012. 10. [Epub ahead of print].
22. Wong D.F., Xuesong H. Schizophrenia literacy among Chinese in Shanghai, China: a comparison with Chinese-speaking Australians in Melbourne and Chinese in Hong Kong // Aust. NZ J. Psychiatry. 2011. Vol. 45, N 7. P. 524–531.
23. Wong F.K., Lam Y.K., Poon A. Knowledge and preferences regarding schizophrenia among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010. Vol. 45, N 9. P. 865–873.

УРОВЕНЬ РАСПОЗНАВАНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ОПИСАННЫХ В КАРТИНКАХ СЛУЧАЕВ ШИЗОФРЕНИИ

А. В. Голенков

По двум vignетам с описанием острой и хронической шизофрении опрошено 570 жителей Чувашии (260 муж. и 310 жен.) в возрасте от 18 до 78 лет (средний возраст – 39,8±13,4 г.). Правильно идентифицировали шизофрению 18,1% опрошенных, чаще всего такое заключение давали респонденты с высшим (23,5%) и медицинским образованием (58,8%). При выборе консультативной помощи выявлена высокая доля ответов с обращением к психологам и врачам непсихиатри-

ческих профессий. В развитии шизофрении, по мнению опрошенных, ведущими являются различные социально-психологические причины. Оценки терапии ПР во многом носят случайный и произвольный характер. Обнаруженные закономерности могут быть использованы в работе по повышению психиатрической грамотности населения республики и оптимизации организации психиатрической помощи.

Ключевые слова: шизофрения, распознавание, опрос населения.

RECOGNITION OF SCHIZOPHRENIA IN CASE DESCRIPTIONS OFFERED TO LAY PEOPLE

A. V. Golenkov

The author offered two brief descriptions of cases with acute and chronic schizophrenia to 570 inhabitants of Chuvashia (260 males and 310 females), aged from 18 to 78 (average age 39,8±13,4). 18,1% of participants correctly identified schizophrenia – mostly those were highly educated people (23.5%) or medical professionals (58.8%). Many participants recommended to seek help with psychologists and general practitioners.

The most important cause of schizophrenia seemed to be various social and psychological problems. Judgments about treatment appeared casual and superficial. The regularities found in this research can be used as a starting point for increasing the level of mental health knowledge in the population of this republic and better organization of psychiatric care.

Key words: schizophrenia, recognition, inquiry.

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета им. И.Н.Ульянова; e-mail: golenkovav@inbox.ru