

Эффективность программ по дестигматизации психических заболеваний. Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований.

KATHLEEN M. GRIFFITHS¹, BRADLEY CARRON-ARTHUR¹, ALISON PARSONS¹, RUSSELL REID²

¹Centre for Mental Health Research, Australian National University, Acton, Canberra, ACT 0200, Australia;

²Directorate of Strategic and Operational Mental Health, Department of Defence, Canberra, Australia

Перевод: Данилова М.Ю.

Редактура: Резников М.К.

Стигма, связанная с психическими заболеваниями, является мировой проблемой здравоохранения. Программы по дестигматизации должны быть снабжены максимально возможной доказательной базой. С целью исследования эффективности существующих программ был проведен мета-анализ. В результате систематического поиска по базам данных PubMed, PsycINFO и Cochrane было найдено 34 соответствующие работы, содержащие 33 рандомизированных контролируемых исследования. В двадцати семи работах (26 исследований) содержались данные, которые можно было подвергнуть количественному анализу. Из этих исследований в 19 объектах исследования являлись личной стигмой или социальной дистанцией (6318 участников), в шести – воспринимаемая стигма (3042 участника) и в трёх – самостигматизация (238 участников). В результате интервенций, направленных на снижение личной стигмы или социальной дистанции, было обнаружено небольшое, но значимое снижение стигмы для всех психических расстройств в совокупности ($d=0,28$, 95% CI: 0,17-0,39, $p<0,001$), также, как и для депрессии ($d=0,36$, 95% CI: 0,10-0,60, $p<0,01$), психоза ($d=0,20$, 95% CI: 0,06-0,34, $p<0,01$) и общего психического заболевания ($d=0,30$, 95% CI: 0,10-0,50, $p<0,01$). Образовательные интервенции были результативны для снижения личной стигмы ($d=0,33$, 95% CI: 0,19-0,42, $p<0,001$), также, как и интервенции, включающие потребительский контакт ($d=0,47$, 95% CI: 0,17-0,78, $p<0,001$), однако, не имеется достаточного количества исследований для демонстрации эффекта самого по себе потребительского контакта. Интернет-программы оказались, по меньшей мере, столь же эффективны для снижения личной стигмы, как и личные беседы. Не имеется доказательств о наличии эффекта интервенций по дестигматизации для снижения воспринимаемой стигмы или самостигматизации. Вывод заключается в том, что существует доказательная база необходимости разворачивания членами нашего сообщества программ по снижению личной стигмы. Однако, существует необходимость в исследовании методов по повышению эффективности данных программ и разработке интервенций, позволяющих добиться эффективного снижения воспринимаемой и интернализированной стигмы.

Ключевые слова: Стигма, социальная дистанция, депрессия, шизофрения, психическое заболевание, личная стигма, воспринимаемая стигма, самостигматизация, образовательные интервенции, потребительский контакт, интернет-программы.

(World Psychiatry 2014; 13 №2: 161-175)

Со стигматизацией психических расстройств связаны такие проблемы, возникающие у страдающих от них лиц (2, 3), как выраженный дистресс, нежелание обращаться за соответствующей помощью (1, 2), сложности с трудоустройством, общением с другими людьми и жильём. Более того, стигма не связана с каким-либо конкретным психическим расстройством, а, скорее, относится к целому спектру психических заболеваний, таких как шизофрения, расстройства настроения, тревожные расстройства и расстройства пищевого поведения (напр., 4-8).

В настоящее время политические деятели становятся всё более осведомлёнными о важности стигмы как проблемы общественного здоровья и необходимости разработки программ по дестигматизации (напр., 9-11). Стигма также находится в фокусе всемирных программ: Всемирная Организация Здравоохранения призвала своих участников проявить активность в отношении мероприятий по дестигматизации (12), некоторые разработки в этой области были проведены Всемирной Психиатрической Ассоциацией (напр., 13). Учитывая важность проведения подобных интервенций для пациентов, а также их затратность для правительств,

крайне важно подкрепление программ по дестигматизации высококачественной доказательной базой. В идеале подобная база должна быть создана при помощи систематического подхода.

На сегодняшний день было выполнено два количественных систематических обзора эффективности интервенций по дестигматизации (14, 15).

В первом обзоре основное внимание уделялось интервенциям по снижению стигматизации обществом в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (14). Подобный вид стигмы описывается как публичная или личная стигма (личное отношение индивида к лицам, страдающим психическими расстройствами). На основании результатов неконтролируемых и контролируемых испытаний, опубликованных до октября 2010, авторы обзора пришли к выводу, что потребительский контакт и образовательные интервенции были эффективными способами снижения публичной стигмы, связанной с психическими расстройствами. Они также отметили, что для взрослых контактные интервенции были более эффективны, чем образовательные, в то время как для молодёжи была характерна обратная корреляция.

В данном обзоре существовали некоторые ограничения. Во-первых, очевидно, что авторы использовали различные величины эффекта из исследования в качестве целостных единиц, вместо комбинирования их или использования только одной величины эффекта. Во-вторых, авторы не исследовали вероятности различных перспектив, в зависимости от типа исследуемых психических расстройств и не предоставляли описание распространённости различных состояний. И, наконец, исследование было ограничено такими типами интервенций, как протест, контакт и образование, и включало только исследования и их результаты, сфокусированные на личных мнениях индивидов о стигме. Другие виды стигмы, включая убеждения индивида об отношении других людей к психическому заболеванию («воспринимаемая стигма») и негативное отношение индивида к собственному психическому расстройству («самостигматизация» или «интернализованная стигма»), исследованы не были.

Во втором обзоре исследовалась эффективность интервенций по дестигматизации и снижению негативного отношения и отрицательных эмоций в адрес лиц с психическими расстройствами через средства массовой информации (15). В обзор были включены соответствующие рандомизированные контролируемые испытания и анализы прерванных временных рядов, опубликованные до августа 2011 г. Авторы пришли к выводу, что подобные интервенции обладают эффектом дестигматизации от низкого до умеренного. И снова авторы не исследовали действия интервенций на отдельные виды психических расстройств. Кроме того, в исследовании, очевидно, были объединены данные результатов личного отношения к психическим расстройствам (публичная стигма) с данными, отражающими воспринимаемую стигму.

На данный момент количественный анализ интервенций, направленных на снижение интернализованной стигмы, связанной с наличием у самого индивида психического расстройства (самостигматизация) не проводился. Недавно был опубликован неколичественный систематический обзор (16), однако, при рассмотрении отдельных включённых в него исследований можно предположить, что они не связаны с самостигматизацией. В частности, более чем в половине исследований оценивалась воспринимаемая стигма, а не самостигматизация (16). Кроме того, по крайней мере в одном из исследований оценивалось личное отношение самого индивида к психическому заболеванию («публичная стигма»), но не отношение к собственным симптомам психического заболевания (17).

Цель настоящего исследования заключалась в проведении количественного анализа для определения эффективности различных видов интервенций (например, образовательной, потребительского контакта, когнитивно-поведенческой терапии) для снижения уровня стигматизации (личной, воспринимаемой и интернализованной) для различных видов психических расстройств.

МЕТОДЫ

Методология поиска

Поиск возможных соответствующих тезисов, опубликованных до ноября 2012, проводился по трём базам данных (PubMed, PsycINFO и Cochrane). Поиск проводился на трёх временных отрезках: ноябрь 2008, декабрь 2009 и ноябрь 2012.

Критерии поиска необходимых для исследования статей были созданы после проведения предварительного поиска по базе данных PubMed по тегам «стигма» и «психическое заболевание» (с использованием оператора AND) и определения ключевых терминов, встречающихся в найденных документах. Тег «психиче-

ское заболевание» был дополнен следующими тегами (с использованием оператора OR): «психические расстройства», «психическое здоровье», «настроение», «аффективный», «сознание», «психологический дистресс», «психолог», «психопатолог», «психиатр», «эмоциональный», «отношение к здоровью», «образование», «расстройство пищевого поведения», «употребление ПАВ», «злоупотребление ПАВ». Тег «стигма» был дополнен следующими тегами (также с использованием оператора OR): «дискриминант», «антистигма», «анти-стигма», «изменение стигмы», «снижение стигмы», «стереотип», «предубеждение», «социальная дистанция». Во всех случаях поиск был ограничен критерием «люди» и «контролируемые клинические исследования» (оператор) OR «рандомизированные контролируемые исследования».

Для обеспечения включения в методологию поиска всех исследований, посвящённых депрессии, тревоге и биполярному расстройству был проведён дополнительный поиск за период до ноября 2012 г. при помощи следующих тегов (с использованием оператора OR): «депрессия», «депрессивный», «дистимия», «дистимический», «постнатальная депрессия», «ПНД», «сезонное аффективное расстройство», «САР», «тревога», «паника», «агорафобия», «социофобия», «генерализованное тревожное расстройство», «ГТР», «обсессивно-компульсивное», «ОКР», «расстройством адаптации», «тревога, связанная с разлукой», «посттравматический стресс», «ПТСР», «фобия», «социальная тревога», «маниакальный», «мания», «гипомания», «циклотимия», «биполярный».

Идентификация исследования

Потенциальное соответствие исследований было установлено с помощью многошагового процесса (см. Рисунок 1). С помощью первичного поиска по ключевым словам было получено 8246 записей. Среди них в базах данных (и в коротких пересекающихся временных интервалах для трёх поисков) имелось 2165 повторов, которые были удалены, после чего осталось 6081 тезисов (Стадия 1). Заголовки и, при необходимости, тезисы, затем просматривались двумя экспертами для удаления исследований, в названиях (или тезисах при неоднозначном названии) которых не упоминалась стигма и психические расстройства или синонимы этих терминов (Стадия 2). Оставшиеся тезисы (N=763) были закодированы одним экспертом и проверены другим на момент возможного соответствия критериям исключения. Исследования исключались в случае, если в них: отсутствовало точное изменение стигмы; отсутствовали данные по стигматизации; имелись данные по корреляции стигмы, но отсутствовали данные по эффективности мероприятий по дестигматизации; были включены пациенты с верифицированными сопутствующими соматическими заболеваниями (напр., рак); основывались только на оценках по шкалам; исследовалась стигма, связанная не только с психическими заболеваниями, а такими факторами, как раса, религия, физическая недееспособность; или включали сведения, полученные от родителей или лиц, осуществляющих уход за пациентами с психическими заболеваниями. В случае расхождения мнения экспертов такие статьи обсуждались отдельно.

После исключения несоответствующих тезисов (Стадия 3) оставалось 154 работы, которые были далее рассмотрены одним экспертом и затем проверены другим. Работы, которые подходили под один или более критериев исключения были исключены – к ним относится семь работ, написанных не на английском языке и один отчёт с конференции, после чего список соответствующих работ сократился до 96 (Стадия 4). Работы, написанные не на английском языке, были исключены из прагматических соображений (затраты на перевод). На основании анализа написанных на английском языке

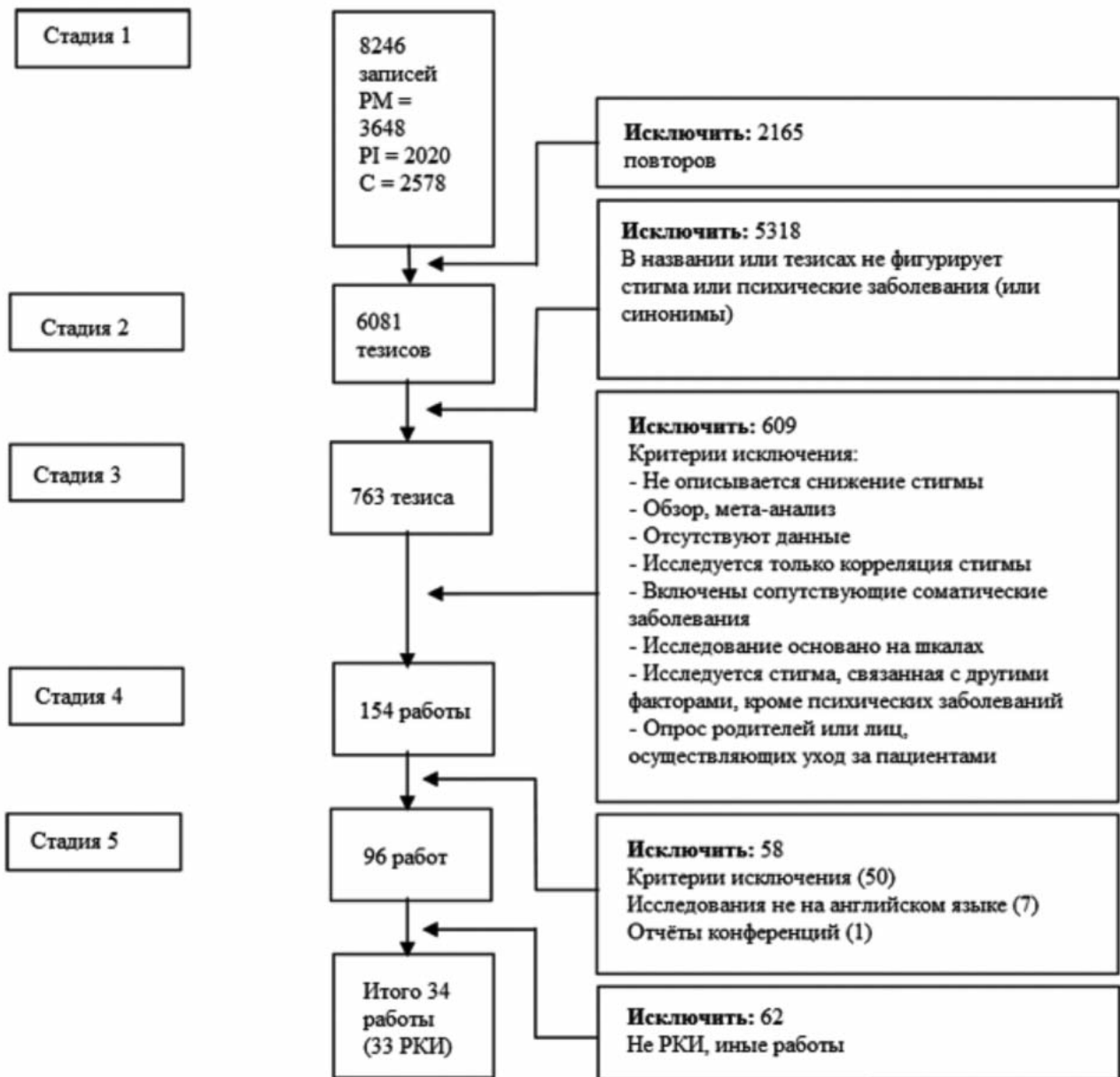


Рисунок 1. Диаграмма-схема идентификации исследования. PM – PubMed, PI – PsycINFO, C – Cochrane, РКИ – рандомизированное клиническое исследование

тезисов и содержания этих работ, только две из них были оценены как возможно или точно соответствующие требованиям (18, 19). Из оставшихся 34 работ, в 33 содержались точные данные рандомизированных контролируемых исследований.

При поиске работ, посвящённых исключительно депрессии, тревожному или биполярному расстройству было обнаружено 344, 315 и 38 тезисов соответственно, но никакие дополнительные соответствующие работы обнаружены не были. Таким образом, систематический обзор был проведён на основании вышеуказанных 34 работ (17, 20-52).

Кодирование включённых в анализ работ

Каждая соответствующая критериям исследования работы была независимо закодирована двумя экспертами; несоответствия разрешались на последующей дискуссии. Каждое исследование было закодировано с

помощью листа-проформы в зависимости от характеристик интервенций, участников, дизайна исследования и результатов изменения стигмы.

Кодируемые характеристики интервенций включали общий тип интервенции (образование, потребительский контакт, протест); метод её осуществления (онлайн, индивидуальный, групповой, распространение материалов, иные) и психические расстройства, стоящие в центре внимания интервенции (например, депрессия, тревога, психоз, злоупотребление ПАВ, «психическое заболевание»). Каждая интервенция, упоминаемая в исследовании, также была проранжирована в зависимости от наличия у неё статистически значимого результата. Кодируемые характеристики участников были следующие: возраст, пол, принадлежность к какой-либо социальной и/или культурной группе. Кодируемые характеристики исследования включали страну, в которой проводилась интервенция,

Таблица 1. Итоговые данные рандомизированных контролируемых исследований интервенций по дестигматизации, включённых в мета-анализ

Исследование	Страна	Интервенция проведения	Метод	Контроль	Участники (N, группа/ состав)	Эффективность		
						САРП	Краткосрочная	Оценка в динамике
<i>Личная/публичная стигма</i>								
<i>Депрессия</i>								
Corrigan и соавт (27)	США	Обр Конт Пр	Группа Группа Группа	КВ	152, студенты / местный колледж	Нет	Нет Да Нет	Нв
Griffiths и соавт (17)	Австралия	КПТ Обр	Онлайн Онлайн	КВ	525, общее население/ участники выборов	Да	Да Да	Нв
Jorm и соавт (38)	Австралия	Обр	Материалы Компьютер	КПС	262, общее население/ реклама – службы ПЗ	Да	Да Да	Да (6 мес)
Jorm и соавт (39)	Австралия	Обр	Группа Обучение	КПС	327, учителя/ школы 1633 ученики/ школа	Да	2/7* Нв	1/7* (6мес) Нет*
Kirgopoulos и соавт (41)	Австралия	Обр	Онлайн	КВ	202, первое поколение итальянских и греческих иммигрантов/ реклама	Нет	Да	Да (1 нед)
Farrer и соавт (32)	Австралия	Обр/КПТ Обр/КПТ + Тел. Конс.	Онлайн Онлайн + Телефон	ОИ	155, общее население/ служба тел. консультирования ПЗ	Да	Да Нет	Нет (12 мес) Нет
Gulliver и соавт (37)	Австралия	Обр	Онлайн	ОИ	120, спортсмены высокого класса / прямой контакт в проф.группе	Да	Да	Нет (3 мес)
<i>Постнатальная депрессия</i>								
Dias-Vieira (50)	США	Обр	Материалы	КВ	507, студенты/ университет	Нет	Да	Нв
<i>Тревога</i>								
Gulliver и соавт (37)	Австралия	Обр	Онлайн	ОИ	120, спортсмены высокого класса / прямой контакт в проф. группе	Да	Нет	Да (3 мес)
<i>Шизофрения/психоз</i>								
Corrigan и соавт (27)	США	Обр Конт Пр	Группа	КВ	152, студенты / местный колледж	Нет	Нет Нет Нет	Нв
Penn и соавт (52)	США	Конт	Видео	ОИ	158, студенты/ университет	Нет	0/3*	Нв
Corrigan и соавт (29)	США	Обр	Группа	ОИ	103, студенты / местный колледж	Нет	2/6	Нв
Jorm и соавт (38)	Австралия	Обр	Материалы Компьютер	КПС	262, общее население/ реклама – службы ПЗ	Да	Да	Нет (6мес)
Blair Irvine и соавт (23)	США	Обр	Онлайн	ОИ	172, персонал охраны ПЗ/ реклама-службы ПЗ	Да	5/9	3/9 (8 мес)
<i>«Психическое заболевание» / «проблемы с психическим здоровьем» / психологический дистресс</i>								
Sharp (47)	США	Обр	Компьютер Группа	КВ	181, студенты/университет	Нет	0/3 0/3	Нет (4 мес)
Finkelstein и соавт (33)	Россия	Обр	Онлайн Материалы	ОИ	193, студенты/университет	Нет	2/2 2/2	2/2 (6мес) 2/2
Brown и соавт (24)	США	Конт СГ	Видео Аудио	ОИ	143, студенты/ университет	Нет	Да Нет	Да (1 нед) Нет
Campbell и соавт (25)	ВБ	Обр+конт	Группа	ОИ	112, школьники/ школа	Нет	Да*	Нет*(10 нед)

Таблица 1. Итоговые данные рандомизированных контролируемых исследований интервенций по дестигматизации, включённых в мета-анализ (продолжение)

Исследование	Страна	Интервенция проведения	Метод	Контроль	Участники (N, группа/состав)	Эффективность		
						САРП	Краткосрочная	Оценка в динамике
<i>Злоупотребление ПАВ</i>								
Corrigan и соавт (27)	США	Обр Конт Пр	Группа	КВ	152, студенты/ местный колледж	Нет	Да Нет Нет	Нв
Социальная дистанция								
<i>Депрессия</i>								
Kitchener & Jorm (42)	Австралия	Обр	Группа	КПС	301, правительственные служащие / прямой контакт с проф. группой	Да	Нв	Да (5 мес)
Jorm и соавт (38)	Австралия	Обр	Материалы Компьютер	КПС	262, общее население / реклама – службы ПЗ	Да	Да Нет	Нет (6мес) Нет
<i>Шизофрения/психоз</i>								
Penn и соавт (52)	США	Конт	Видео	ОИ	158, студенты /университет	Нет	Нет	Нв
Kitchener & Jorm (42)	Австралия	Обр	Группа	КПС	301, правительственные служащие / прямой контакт с проф. группой	Да	Нв	Нет (5мес)
Jorm и соавт (38)	Австралия	Обр	Материалы Компьютер	КПС	262, общее население / реклама – службы ПЗ	Да	Нет Да	Нет (6мес) Да
<i>Шизофрения и депрессия (недифференцированные)</i>								
Jorm и соавт (51)	Австралия	Обр	Группа	КПС	752, сельские жители / реклама	Да	Нв	Да (4 мес)
<i>«Психическое заболевание»</i>								
Wood & Wahl (48)	США	Обр+Конт	Группа	КВ	114, студенты/ университет	Да	Да	Нв
Finkelstein и соавт (33)	Россия	Обр	Онлайн Материалы	ОИ	193, студенты/ университет	Нет	Да Да	Да (6мес) Да
Bayar и соавт (21)	Турция	Обр	Онлайн (эл. Почта)	ОИ	205, специалисты в области охраны ПЗ (психиатры врачи и резиденты) / эл.почта	Нет	Да	Нв
Brown и соавт (24)	США	Конт СГ	Видео Аудио	ОИ	143, студенты/ университет	Нет	Да Нет	Да (1 нед) Нет
Воспринимаемая стигма								
<i>Депрессия</i>								
Griffiths и соавт (17)	Австралия	КПТ Обр	Онлайн Онлайн	КВ	525, общее население/ участники выборов	Да	Отрицат. Нет	Нв
Jorm и соавт (38)	Австралия	Обр	Материалы Компьютер	КПС	262, общее население/ реклама – службы ПЗ	Да	Нет Нет	Нет (6 мес) Нет
Jorm и соавт (39)	Австралия	Обр	Группа Обучение	КПС	327, учителя старших классов / школа 1633, ученики/ школа	Да	1/7* Нв	1/7* (6мес) 1/7*
Kirououlos и соавт (41)	Австралия	Обр	Онлайн	КВ	202, первое поколение итальянских и греческих иммигрантов/ реклама	Нет	Нет	Нет (1 нед)

Таблица 1. Итоговые данные рандомизированных контролируемых исследований интервенций по дестигматизации, включённых в мета-анализ (продолжение)

Исследование	Страна	Интервенция проведения	Метод	Контроль	Участники (N, группа/ состав)	Эффективность		
						САРП	Краткосрочная	Оценка в динамике
<i>Психотические расстройства</i>								
Fung и соавт (34,35)	Гонконг	Обр + КПТ + МК + ТСН	Группа	КВ	66, лица с шизофренией/ службы ПЗ	Да	Нет	Нв
Jorm и соавт (38)	Австралия	Обр	Материалы Компьютер	КПС	262, общее население/ реклама- службы ПЗ	Нет	Нет Нет	Нет (6 мес) Нет
<i>«Психическое расстройство»</i>								
Aho-Musdonen и соавт (20)	Финляндия	Обр	Группа	ОЛ	39, лица с шизофренией в клиниках судебной экспертизы/ службы ПЗ	Да	Нет*	Нв
Самостигматизация/интернализированная стигма								
<i>Психотические расстройства</i>								
Fung и соавт (34,35)	Гонконг	Обр + КПТ + МК + ТСН	Группа	КВ	66, лица с шизофренией/ службы ПЗ	Да	1/3	Нв
<i>«Психическое расстройство»</i>								
Luoma и соавт (43)	США	ТПО	Группа	ТАУ	133, лица, проходящие программы по лечению зависимостей / служба по употреблению ПАВ	Да	Нет	Да (4 мес)
Yanos и соавт (49)	США	Обр + Конт + ПС + КР	Группа	ТАУ	39, лица с расстройством шизофренического спектра и высоким уровнем самостигматизации / службы ПЗ и общественные службы	Да	Нет*	Нет* (5 мес)

САРП – Статистический анализ всех рандомизированных пациентов, ТПО – Терапия принятия обязательств, КПТ – Когнитивно-поведенческая терапия, Конт – контакт, Конс – консультирование, КР – когнитивная реструктуризация, Обр – Образование, СГ – Симуляция галлюцинаций, О – осознанность, МК – Мотивационное консультирование, ПС – Повествовательное стимулирование, Пр – Протест, ТСН – Тренировка социальных навыков, Тел – Телефон, КВ – Контроль внимания, ОИ – Отсутствие интервенции, ОЛ – Обычное лечение, КПС – Контроль с помощью списка, ПЗ – Психическое здоровье, Нв – Невозможно, НД – Нет данных, x/y – x из y шкал или пунктов шкал были оценены как значимые

* Величина эффекта по основным баллам (при отсутствии данных, которые возможно было обработать для подсчёта среднего стандартизованного отличия при пост-тесте)

размер выборки, число избыточных измерений, метод отбора, точку приложения интервенции (универсальная, определённая, приложенная к диагнозу), продолжительность наиболее длительного мониторинга эффективности, включение в исследование статистического анализа всех рандомизированных пациентов (да, нет) и возможное влияние на исследование систематических ошибок, связанных с ходом исследования, с выявлением исхода и/или с отбором (53).

Результат измерения стигмы в каждом исследовании был закодирован в зависимости от психической проблемы или расстройства, с которым он был связан и типа оцениваемой стигмы (личная/публичная, социальная дистанция, воспринимаемая, самостигматизация/интернализированная, дискриминация и другие). Под личной стигмой подразумевалось собственное отношение респондента к людям с психическими расстройствами (напр., «людям, утверждающим, что у них депрессия, следует выбросить это из головы») или их эмоциональное ощущение (напр., страх). Под социальной дистанцией подразумевалось желание человека контактировать с лицом, страдающим психическим расстройством (напр., жить по соседству с человеком, страдающим от депрессии). Воспринимаемая стигма отражала мнение респондента об отношении других людей к лицам, страдающим психическими заболеваниями (напр., «большинство людей считает, что тем,

кто утверждает, что страдает депрессией, следует просто выбросить это из головы»). Самостигматизация или интернализированная стигма подразумевала отношение или предполагаемое отношение опрашиваемого к его/её собственному психическому расстройству (напр., «я думаю, что мне следует выбросить из головы мысли о своей депрессии»). Под дискриминацией подразумевался негативизм в поведении (напр., стремление сесть подальше от человека, страдающего от психического расстройства).

В итоге эксперты-кодировщики фиксировали, является ли то или иное исследование качественным или количественным и являются ли его результаты статистически значимыми для исследования в необходимом направлении.

Анализ

Мета-анализ был проведён с помощью компьютерной программы для проведения сравнительного мета-анализа (Comprehensive Meta Analysis Software program, CMA, версия 2.2.064) (54) и модели со случайными эффектами. Последняя была выбрана в связи с прогнозируемой выраженной гетерогенностью размера эффектов в связи с большим разнообразием участников, интервенций и характеристик их результатов. Величины эффекта по различным группам (стандартизованное среднее отклонение) при возможности

Таблица 2. Мета-анализ исследований, в которых проводилось сравнение эффекта интервенций по снижению личной стигмы

	N	d (95% CI)	Z	p	Q	p	I ²	Показатель N застрахованности от ошибки
<i>Все состояния</i>								
Все интервенции	19	0,28 (0,17-0,39)	4,88	<0,001	36,55	0,006	50,75	210
исключая (41)	18	0,22 (0,14-0,29)	5,52	<0,001	16,85	0,46	0,00	134
Образовательные интервенции	17	0,30 (0,19-0,42)	5,14	<0,001	32,12	0,01	50,18	216
исключая (41)	16	0,23 (0,15-0,31)	5,80	<0,001	13,53	0,56	0,00	133
Образовательные интервенции без дополнительных	15	0,29 (0,16-0,42)	4,40	<0,001	31,83	0,004	56,02	157
исключая (41)	14	0,21 (0,13-0,30)	5,08	<0,001	2,2	0,51	0,00	87
Интервенции по потребительскому контакту	5	0,47 (0,17-0,78)	3,01	0,003	10,38	0,04	61,45	26
без дополнительных	3	0,41 (20,15 до 0,98)	1,44	0,15	9,34	0,009	78,58	-
Интервенции КПТ	2	0,18 (20,47 до 0,84)	0,55	0,58	4,65	0,03	78,48	-
без дополнительных	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Депрессия</i>								
Все интервенции	8	0,36 (0,10-0,60)	2,81	0,005	23,76	0,001	70,54	47
исключая (41)	7	0,19 (0,06-0,33)	2,81	0,005	5,31	0,50	0,00	52
Образовательные интервенции	8	0,36 (0,14-0,59)	3,15	0,002	19,91	0,006	64,84	15
исключая (41)	7	0,22 (0,09-0,36)	3,25	0,001	3,04	0,80	0,00	38
Образовательные интервенции без дополнительных	7	0,34 (0,10-0,59)	2,74	0,006	19,25	0,004	68,83	-
Интервенции по потребительскому контакту	0	-	-	-	-	-	-	-
Интервенции КПТ	2	0,18 (20,47 до 0,84)	0,55	0,58	4,65	0,03	78,48	-
без дополнительных	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Психическое заболевание/дистресс</i>								
Все интервенции	6	0,30 (0,10-0,50)	2,95	0,003	8,80	0,12	43,15	19
Образовательные интервенции	5	0,34 (0,12-0,56)	2,98	0,003	7,62	0,11	47,54	18
без дополнительных	3	0,22 (20,04 до 0,47)	1,67	0,094	3,30	0,19	39,19	1
Интервенции по потребительскому контакту	3	0,68 (0,40-0,95)	4,84	<0,001	2,64	0,27	24,32	22
без дополнительных	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Шизофрения/психоз</i>								
Все интервенции	6	0,20 (0,06-0,34)	2,81	0,005	3,22	0,67	0,00	7
Образовательные интервенции	5	0,23 (0,08-0,37)	2,97	0,003	1,03	0,91	0,00	7
без дополнительных	2	0,15 (20,14 до 0,45)	1,01	0,31	0,16	0,69	0,00	-
Интервенции по потребительскому контакту	2	0,14 (20,18 до 0,45)	0,84	0,40	0,70	0,40	0,00	-

Статистически значимые данные отмечены жирным шрифтом. (41) – исключаемое исследование Kigopoulos и соавт.

КПТ – Когнитивно-поведенческая терапия

были вычислены с помощью послеэкспериментальных данных, представленных в статье, включая среднее групповое значение и среднее квадратичное отклонение или частоту встречаемости данных дихотомии. При отсутствии простых послеэкспериментальных данных размер эффекта рассчитывался в двух исследованиях по эффектам взаимодействия «время-состояние» (25, 39), а промежуточный размер эффекта в третьем исследовании (20) рассчитывался по целевым баллам до и после и их средним квадратичным отклонениям для каждого состояния. Размеры эффекта для кластерных рандомизированных контролируемых исследований были рассчитаны с помощью метода аппроксимации, описываемом в Кокрановском справочнике систематических разборов (55). При проведении исследования с использованием программы СМА показатели размера эффектов комбинировались с учётом данных измерения стигмы, видов психического расстройства и проводимых интервенций, таким образом, что в каждый мета-анализ включался только один тип данных для одного исследования. Интервенции, не способствовавшие дестигматизации, не были включены в общее значение.

Для оценки личной стигмы (включая социальную дистанцию) и воспринимаемой стигмы были проведены отдельные мета-анализы, с учётом всех исследований, для которых было невозможно оценить размеры эффектов. Кроме того, отдельные мета-анализы были проведены для подмножеств в рамках вышеперечисленных (например, всех образовательных интервенций, направленных на снижение личной

стигмы, связанной с депрессией), на основе подмножества было выполнено по крайней мере два исследования (см. 56).

Для каждого мета-анализа была определена статистика Q и I², последнее значение выступало в качестве показателя степени гетерогенности между исследованиями, на основании критериев Higgins и Green (55). Систематическая ошибка, связанная с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования была исследована с помощью воронкообразных диаграмм, процедуры обрезки-заполнения по Дювалю и Твиди (Duval and Tweedie trim and fill procedure) (57) и теста Эггера (Egger's test) (54).

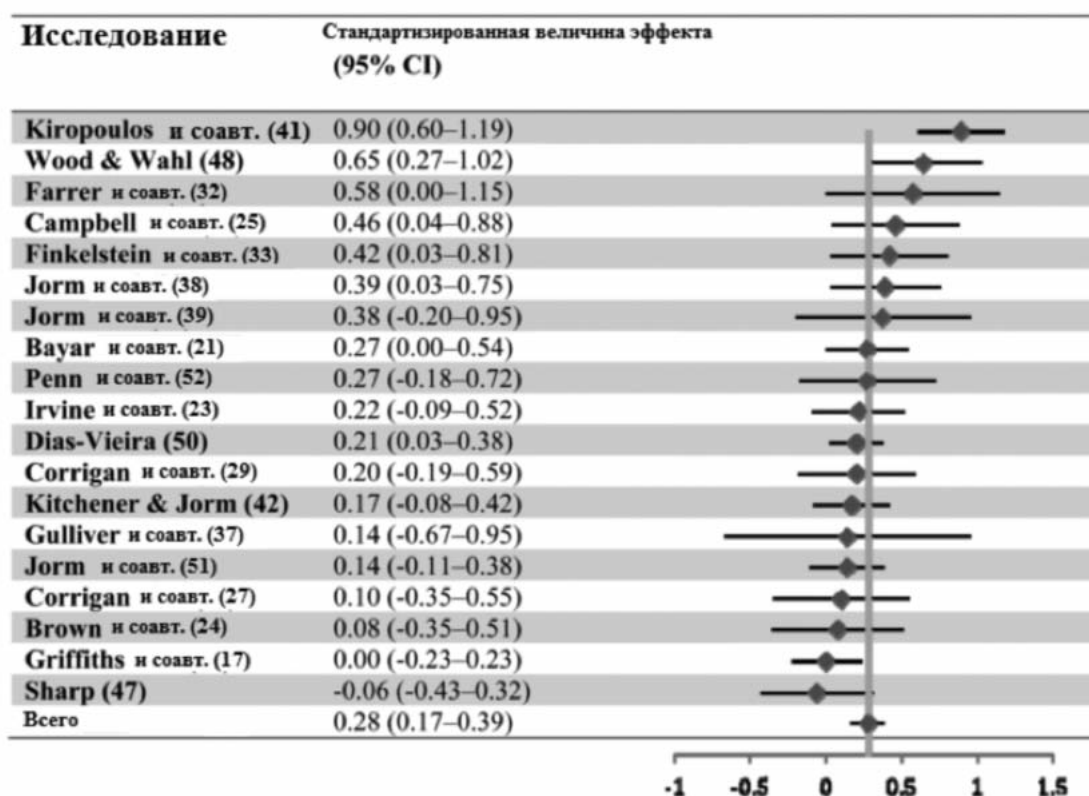
РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристики исследования

Среди 33 оцениваемых исследований результаты для одного вида стигмы были обнаружены в значительно меньшей части (N=11), а в нескольких (N=4) объектом была стигма, связанная более чем с одним психическим заболеванием или проблемой.

Касательно типа стигмы, наиболее часто в фокусе исследования находилась личная/публичная стигма, на втором месте – воспринимаемая стигма, и лишь в нескольких работах исследовалась самостигматизация. Так, в 18 исследованиях описывается изменение личной/публичной стигмы, в семи из этих работ объектом исследования является психическое заболевание/психологический дистресс, ещё в семи – депрессия, в пяти –

Личная стигма и социальная дистанция



Воспринимаемая стигма

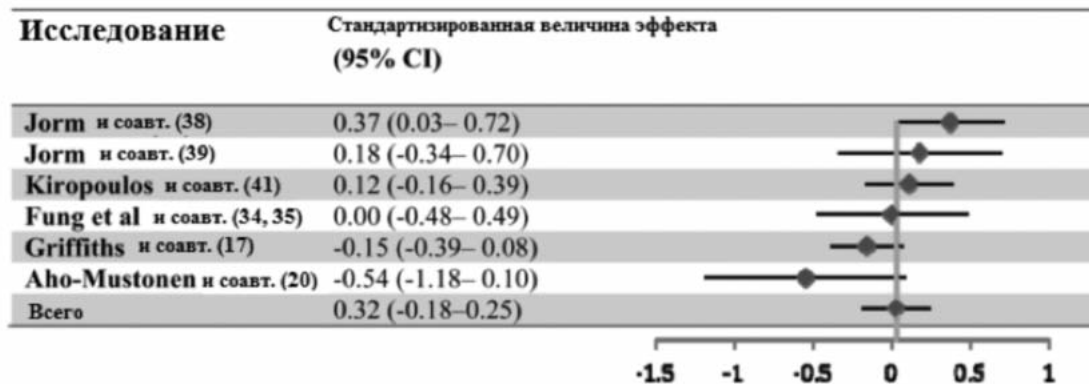


Рисунок 2. Лесовидная диаграмма, демонстрирующая эффект интервенций по дестигматизации (модель рандомизированных эффектов; положительный результат отражает снижение стигмы)

психотические расстройства, в одном – генерализованная тревога, в одном – постнатальная депрессия и ещё в одном – злоупотребление ПАВ. В десяти исследованиях описывается изменение социальной дистанции (психическое заболевание, N=3; психоз, N=3; депрессия, N=3; злоупотребление ПАВ, N=1; шизофрения и депрессия (недифференцированные), N=1). В восьми исследованиях описывается изменение воспринимаемой стигмы (депрессия, N=4; психическое заболевание, N=2; психоз, N=2; биполярное расстройство, N=1). В трех исследованиях описывается изменение самостигматизации (общее психическое расстройство, N=2; психотическое расстройство, N=1).

В следующих шести работах проводилось исследование связи стигмы с обращением за помощью в связи с психическим заболеванием/психологическими проблемами (N=5) и депрессией (N=1). В пяти работах рас-

сматриваются результаты оценки по шкалам, включающим комплекс различных видов стигм (30, 31, 36, 40), отражающей значительное количество видов стигм, не связанных с психическим здоровьем (31). И, наконец, в одном исследовании состав показателей стигмы был основан на ссылках, но очевидно был сфокусирован на воспринимаемой стигме при обращении за помощью.

Наиболее распространённым видом интервенции явилась образовательная. Во всех 18-ти исследованиях, связанных с личной/публичной стигмой, кроме трёх, проводилась либо образовательная интервенция (N=12), либо образовательная интервенция в комбинации с другим типом интервенции (N=3). Схожим образом, в 8 из 10 исследований социальной дистанции использовался хотя бы один вид образовательной интервенции, а во всех восьми исследованиях воспринимаемой стигмы, кроме одного, была задействована

образовательная интервенция, либо изолированно, либо в комбинации.

Следующей наиболее распространённой интервенцией являлся потребительский контакт. В шести из 18 исследований личной стигмы и в четырёх из 10 исследований социальной дистанции проводились интервенции, хотя бы частично связанные с потребительским контактом. В исследованиях воспринимаемой стигмы потребительский контакт был задействован не так часто (в одном исследовании он был в комбинации с образовательной интервенцией), что также характерно и для исследований самостигматизации (в одном исследовании он был в комбинации с когнитивной реструктуризацией).

Другими интервенциями явились когнитивно-поведенческая/когнитивная реструктуризация, терапия принятия и обязательств, основанная на осознанности, терапия, повествовательное стимулирование, мотивационное консультирование, управление риском травмы, симуляция галлюцинаций, заявления для общественности, адаптированная обратная связь и ресурсы обращения за помощью.

Всего было проанализировано 33 исследования. В 10 из них для выполнения интервенции были задействованы интернет-площадки, две были основаны на компьютерных технологиях без использования интернета, в 18 использовался групповой метод с личным общением, а в трёх – раздача печатного информационного материала. В четырёх исследованиях для реализации интервенции использовался исключительно видеоформат. В двух исследованиях интервенции осуществлялись по телефону, а в одном исследовании в качестве интервенции выступала аудиозапись.

По продолжительности интервенции составляли от 1 минуты до 20 часов и включали от 1 до 20 модулей или сессий. Распределение продолжительности интервенций было бимодальным, наиболее распространённая продолжительность их составила 15 минут и 1 час. Среднее и среднее значение продолжительности интервенций составило 1 и 3,7 ч соответственно.

Состав целевых групп (в порядке уменьшения выборки) был следующим: студенты ВУЗов (N=12 исследований), покупатели (N=5), учащиеся школ (N=3), представители гражданской обороны (N=3), общая выборка по населению (N=3), офисные работники (N=2), учителя (N=1), врачи общей практики (N=1), работники служб по охране психического здоровья (N=1), сельские жители (N=1), люди, чей родной язык изначально не английский (N=1) и спортсмены высокого класса (N=1). В большинстве исследований опрос участников проводился на территории ВУЗов (N=12) или учреждений по охране психического здоровья (N=8); остальные случаи включали в себя проведение сессий в специальных группах (N=4), школах (N=3), военных учреждениях (N=3), посредством рекламы (N=3) и при проведении выборов (N=1).

Средний возраст участников, входящих в выборки исследований варьировался от 14,7 до 65,4 лет. Во всех исследованиях принимали участие как мужчины, так и женщины, но в 17 исследованиях более 65% респондентов составляли женщины, а в пяти – более 65% составляли мужчины. Большая часть исследований проводилась в Соединённых Штатах (N=18) или Австралии (N=9), два исследования были проведены в Великобритании, и по одному исследованию – в Гонконге, Финляндии, России и Турции.

Участники каждого исследования, количество которых составляло от 39 до 2259 были рандомизированы в зависимости от условий контроля или интервенции. В большинстве исследований был задействован только один вид интервенции (N=21), в 8 исследованиях задействовалось два вида интервенций, а в четырёх – более двух методов. В большинстве исследований для контроля использовался контроль внимания (N=14

исследований), а в пяти и четырёх оставшихся исследованиях применялся контроль терапии или контроль по списку участников, соответственно. В десяти из контрольных групп не было задействовано никакого вида активности. В 20 из 33 исследований (61%) проводилась последующая динамическая оценка данных, в 6 из этих исследований (18%) периоды наблюдения имели продолжительность не менее 6 месяцев.

В пяти исследованиях не было зафиксировано систематической ошибки, связанной с выбыванием участников. Из оставшихся 28 исследований в 15 был проведён анализ всех рандомизированных пациентов. В 18 из 33 исследований была обнаружена систематическая ошибка, связанная с ходом исследования, в 11 – систематическая ошибка, связанная с выбыванием участников, в двух – систематическая ошибка отбора, и ещё в двух – систематическая ошибка, связанная с выявлением исхода.

Мета-анализ

В 27 из 33 исследований данные соответствовали критериям для включения в мета-анализ. В таблице 1 содержатся результаты этих исследований, сгруппированные в зависимости от типа стигмы и разделённые на подкатегории в зависимости от состояния, для которого измерялся уровень стигматизации. Результаты количественного мета-анализа приводятся отдельно для личной стигмы/социальной дистанции (6318 участников), воспринимаемой стигмы (3042 участника) и самостигматизация (238 участников).

Ни одно из исследований, связанных с обращением за медицинской помощью в связи с психическими заболеваниями, не было включено в мета-анализ, поскольку в трёх из них содержались данные, не подходящие для цели исследования (26, 36, 40), в одном исследовании содержалось значительное количество видов стигмы, не связанной с психическими заболеваниями (31), а в четырёх исследованиях использовались шкалы оценки стигмы, включающие одновременно несколько видов стигм (30, 36, 40, 50).

Личная стигма

В итоге в 19 из 23 исследований, в которых проводилась оценка эффекта интервенций, направленных на снижение личной стигмы или социальной дистанции, или обоих показателей вместе, были получены данные, на основании которых возможно было сравнить эффект после проведённых интервенций по сравнению с контрольными условиями (17, 21, 23-25, 32, 33, 37-39, 41, 42, 47, 48, 50-52). В оставшихся четырёх исследованиях данные либо были недостаточными для достижения подходящей величины эффекта (22, 28), либо содержали недостаточное количество деталей для определения направления эффекта (36), либо были недоступными для интерпретации (45).

Результат мета-анализа личной стигмы для общей группы психических расстройств, (N=19), депрессии (N=8), общего психического заболевания/проблем с психическим здоровьем (N=6) и психоза/шизофрении (N=6) представлен в таблице 2.

В целом, интервенции по снижению личной стигмы оказались эффективными. Лесовидная диаграмма представлена на Рисунке 2. Объединённая средняя величина эффекта для всех состояний и интервенций была достаточно низкой ($d=0,28$, 95%CI: 0,17-0,39), но статистически значимой ($p<0,001$). Уровень гетерогенности для исследований был определён как умеренно значимый, однако, при исключении одного резко выделяющегося исследования (41), он исчез. После исключения выделяющегося исследования, объединённая средняя величина эффекта осталась статистически значимой ($d=0,22$, 95% CI: 0,14-0,29, $p<0,001$).

Схожий выраженный объединённый эффект и гетерогенность были обнаружены для группы исследова-

ний, включавших образовательный компонент интервенции (N=17; d=0,30, 95% CI: 0,19-0,42, p<0,001). В этом случае также, после исключения резко выделяющегося исследования, гетерогенность исчезла, а уровень эффекта оставался статистически значимым (N=16, d=0,23; 95% CI: 0,15-0,31, p<0,001). Поскольку в трёх исследованиях, включавших образовательную интервенцию, была задействована дополнительная интервенция, общий анализ был повторен после удаления данных этих исследований. Эффект оставался статистически значимым как до (N=15, d=0,29, 95% CI: 0,16-0,42, p<0,001), так и после удаления резко отличавшегося от остальных исследования (N=14, d=0,21, 95% CI: 0,13-0,30, p<0,001).

Были также получены данные об эффективности интервенций, включавших потребительский контакт. Объединённый эффект был статистически значимым и умеренным по абсолютному значению (N=5, d=0,47, 95% CI: 0,17-0,78, p<0,01), несмотря на значительный уровень гетерогенности. Абсолютное значение объединённой величины эффекта для трёх исследований потребительского контакта, в которых не были задействованы дополнительные интервенции, было схожим, однако, не достигало статистически значимого уровня (d=0,41, 95% CI: -0,15 до 0,98, p=0,15).

Данных о статистически значимом эффекте по снижению стигмы при когнитивно-поведенческой терапии получено не было (d=0,18, 95% CI: -0,47 до 0,84, p=0,58), однако, анализ был основан только на двух исследованиях.

В 7 из 19 исследований интервенции проводились с помощью интернета, а в двух – через отдельные компьютеры. В итоге объединённый эффект был статистически значимым как для интервенций, проводимых через интернет (N=7, d=0,36, 95% CI: 0,10-0,63, p<0,01), так и для интервенций, производимых без всемирной сети (N=10, d=0,23, 95% CI: 0,13-0,33, p<0,001). Статистически значимого отличия в эффективности интервенций, проводимых через интернет и не через интернет обнаружено не было (Q (1) – 0,84, p=0,36). Результаты оставались такими же при исключении резко отличавшегося исследования (41).

Выявлено малое количество данных, указывающих на то, что выводы исследования искажены систематической ошибкой, связанной с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования. Классический показатель N застрахованности от ошибки для общего мета-анализа показал, что для того, чтобы показатель p превысил 0,05 потребуется 218 дополнительных исследований, в которых будет выявлен нулевой результат. Схожим образом показатель N застрахованности от ошибки для образовательных и исключительно образовательных интервенций для всех рассматриваемых вариантов составил 216 и 157 соответственно. Для того, чтобы показатель p превысил 0,05 потребуется 26 дополнительных исследований, в которых будет выявлен нулевой результат для интервенций, включающих контакт и 5 для интервенций, включающих только контакт. Результаты эффектов остались прежними при использовании показателей процедуры обрезки-заполнения по Дювалю и Твиди для всех интервенций, исключительно для образовательных интервенций и исключительно для интервенций, включающих контакт. Точечное оценивание, вычисленное при помощи анализа обрезки-заполнения, было снижено для всех случаев, в которых был задействован образовательный компонент, но оставалось статистически значимым (d=0,22, 95% CI: 0,08-0,36, p<0,01).

Кроме того, существуют доказательства эффективности мероприятий по дестигматизации для депрессии. Объединённая средняя величина эффекта для депрессии была для всех видов интервенций значительной, хотя и небольшой, (N=8, d=0,36, 95% CI: 0,10-0,60,

p<0,01). Значительный уровень гетерогенности для исследований исчез при исключении одного резко выделяющегося исследования (41), при этом объединённая средняя величина эффекта оставалась статистически значимой (d=0,19, 95% CI: 0,06-0,33, p<0,01). Интервенции, включавшие образовательный компонент, были связаны со значительным снижением стигмы (d=0,36, 95% CI: 0,14-0,59, p<0,01), с сохранением статистически значимого уровня эффекта (d=0,22, 95% CI: 0,09-0,36, p<0,001), при этом гетерогенность данных исчезла при исключении резко отличающегося исследования (41). Результаты исследования не менялись при исключении из анализа образовательных интервенций с дополнительным компонентом (d=0,34, 95% CI: 0,10-0,59, p<0,01). Исследований по эффекту контакта для депрессии не проводилось. Значимых данных по снижению стигмы для когнитивно-поведенческой терапии обнаружено не было (N=2; d=0,18, 95% CI: -0,47-0,84, p=0,58).

Выявлено малое количество данных, указывающих на то, что выводы исследования стигмы при депрессии искажены систематической ошибкой, связанной с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования. Показатель N застрахованности от ошибки для исследований, посвящённых стигме при депрессии, составил 47 для всех интервенций и 52 и 38 для интервенций, включавших образовательный компонент или исключительно образовательный компонент.

Результаты эффектов остались прежними при использовании показателей процедуры обрезки-заполнения по Дювалю и Твиди для всех исследований, посвящённых депрессии, также, как и для образовательных интервенций без каких-либо дополнительных. Для группы исследований образовательного компонента, результат оценки величины эффекта с помощью обрезки-заполнения составил 0,16 (95% CI: 0,04-0,29) в сравнении с 0,22.

Интервенции в исследованиях, связанных с общим понятием психического заболевания или стигмой психического здоровья также были эффективными для всех видов интервенций (d=0,30, 95% CI: 0,10-0,50, p<0,01), а также для подгруппы исследований, включающей образовательные интервенции (d=0,34, 95% CI: 0,12-0,56, p<0,01), в то время как для образовательных интервенций без дополнительных исследований не удалось выявить статистически значимого результата (d=0,22, 95% CI: -0,04 до 0,47, p=0,09). Также имеются доказательства эффективности интервенций, включающих потребительский контакт; объединённая величина эффекта для них явилась умеренной (d=0,68, 95% CI: 0,40-0,95) и статистически значимой (p<0,001).

В целом, риск систематической ошибки, связанной с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования, для данных исследований оказался невелик. Показатель N застрахованности от ошибки для исследований составил 19 для всех интервенций и 18 и 21 для исследований, включавших образовательный компонент и контакт, соответственно. Результаты эффектов для комбинированных исследований при использовании показателей процедуры обрезки-заполнения по Дювалю и Твиди остались прежними. Величина эффекта для всех исследований, посвящённых образовательной интервенции, составила 0,22 (95% CI: -0,01 до 0,44, p=0,05), по сравнению с 0,34. Для исключительно образовательных интервенций значения показателей процедуры обрезки-заполнения остались неизменёнными.

Интервенции, направленные на психоз или шизофрению, в целом, были эффективными. Объединённая средняя величина эффекта для всех интервенций в совокупности явилась статистически значимой (N=6, d=0,20, 95% CI: 0,06-0,34, p<0,01), также, как и для подгруппы интервенций, включавших образовательный

Таблица 3. Мета-анализ исследований, посвящённых сравнению эффекта интервенций, направленных на снижение воспринимаемой и интернализованной стигмы

	N	d (95% CI)	Z	p	Q	p	I ²	Показатель N застрахованности от ошибки
Воспринимаемая стигма								
<i>Все случаи</i>								
Все интервенции	6	0,03 (20,19 до 0,25)	0,29	0,77	9,92	0,078	49,60	0
Образовательные интервенции	6	0,04 (20,17 до 0,25)	0,37	0,71	9,27	0,10	46,04	0
Без дополнительных	5	0,04 (20,20 до 0,29)	0,34	0,34	9,25	0,06	56,77	0
Интервенции КПТ	2	20,15 (20,36 до 0,07)	-1,36	0,17	0,47	0,49	0,00	-
<i>Депрессия</i>								
Все интервенции	4	0,11 (20,15 до 0,37)	0,86	0,39	7,05	0,06	60,26	0
Образовательные интервенции	4	0,12 (20,12 до 0,36)	0,96	0,34	6,75	0,08	55,58	0
<i>Психическое заболевание</i>								
Все интервенции	1	-	-	-	-	-	-	-
<i>Шизофрения/психоз</i>								
Все интервенции	2	0,21 (20,10 до 0,52)	1,35	0,18	1,18	0,28	15,35	-
Интернализованная стигма								
<i>Все состояния</i>								
Все интервенции	3	0,16 (20,41 до 0,73)	0,57	0,57	7,69	0,02	74,00	0

КПТ – Когнитивно-поведенческая терапия

компонент ($d=0,23$, 95% CI: 0,08-0,37, $p<0,01$). При мета-анализе двух образовательных интервенций без дополнительных исследований ($d=0,15$, 95% CI: -0,14 до 0,45) выявить статистически значимый результат не удалось ($p=0,31$).

Схожим образом, при мета-анализе двух интервенций, включавших потребительский контакт (без дополнительных интервенций) не было выявлено статистически значимого эффекта ($N=2$, $d=0,14$, 95% CI: -0,18 до 0,45, $p=0,40$). Уровень гетерогенности не явился статистически значимым во всех видах анализа, включающих психоз/шизофрению. Показатель N застрахованности от ошибки для исследований составил 7 для всех интервенций, и также составил 7 для интервенций, включающих образовательный компонент. Точечное оценивание, вычисленное при помощи анализа обрезки-заполнения по Дювалю и Твиди было снижено для комбинированных интервенций, направленных на психоз/шизофрению, но оставалось статистически значимым ($d=0,16$, 95% CI: 0,02-0,29, $p<0,05$). Объединённая величина эффекта для интервенций, включавших образовательный компонент, оставалась прежней. Систематическая ошибка, связанная с предпочтительной публикацией положительных результатов исследования не может быть оценена для контакта и образования без дополнительных интервенций, поскольку для такого анализа требуется проведение более чем двух исследований.

Воспринимаемая стигма

Данные 6 из 8 исследований, в которых проводилась оценка эффекта интервенций, направленных на снижение воспринимаемой стигмы, позволили провести сравнение результата интервенций с контрольным состоянием (17, 20, 34, 35, 38, 39, 41). Данные, представленные в двух исключённых исследованиях (44, 46) были представлены не в том виде, чтобы было возможным провести расчёт величины эффекта. Результат мета-анализа воспринимаемой стигмы отражён в Таблице 3.

В целом, интервенции незначительно способствовали дестигматизации, что отражено на лестничной диа-

грамме на Рисунке 2. Объединённая средняя величина эффекта для всех случаев ($d=0,03$, 95% CI: -0,19 до 0,25) не явилась статистически значимой ($p=0,77$). Схожий нулевой результат отмечался для интервенций, включавших образовательный компонент, также, как и для интервенций, содержащих только образовательный компонент. Уровень гетерогенности оказался умеренным, но статистически незначимым. Нулевой эффект отмечался также и для когнитивно-поведенческой терапии, при низком уровне гетерогенности. Каждому виду интервенций было посвящено не более одного вида исследований.

Схожие результаты были обнаружены и в исследованиях, посвящённых депрессии. Объединённая средняя величина эффекта для всех интервенций не оказалась статистически значимой ($d=0,11$, 95% CI: -0,15 до 0,37, $p=0,39$). Объединённая средняя величина эффекта для образовательных интервенций (все они проводились без комбинации с другими видами интервенций) также не оказалась статистически значимой. Уровень гетерогенности был умеренным, но не явился статистически значимым. Каждому виду интервенций было посвящено не более одного вида исследований.

Исследований эффективности интервенций для общего понятия психического заболевания не проводилось. Объединённая средняя величина эффекта в двух исследованиях, посвящённых воспринимаемой стигме при психозе или шизофрении не явилась статистически значимой ($d=0,21$, 95% CI: -0,10 до 0,52, $p=0,18$). В обоих случаях был задействован образовательный компонент. Уровень гетерогенности был низким или статистически незначимым.

Интернализованная стигма

Результат мета-анализа интернализованной стигмы отражён в Таблице 3. Все три исследования, в которых проводилась оценка эффекта интервенций, направленных на снижение интернализованной стигмы, содержали данные, на основании которых можно было провести сравнение эффекта интервенций с контрольным состоянием (34, 35, 43, 49). В двух исследованиях были задействованы мероприятия, сфокусированные

на общем понятии психического заболевания, а в центре внимания третьего исследования находилась шизофрения. В каждом исследовании была задействована та или иная форма психотерапевтических интервенций (когнитивно-поведенческая терапия, когнитивная реструктуризация или терапия принятия обязательств). Объединённая средняя величина эффекта для данных трёх исследований не явилась статистически значимой (0,16; 95% CI: -0,41 до 0,73, $p=0,57$). В величинах эффектов отмечалась значительная, статистически значимая гетерогенность.

ОБСУЖДЕНИЕ

В целом, на основании проведённого исследования, можно сказать, что для изученных интервенций отмечается небольшое, но статистически значимое снижение стигмы. Величина эффекта была значимой при комбинировании результатов всех исследований, независимо от типа психического расстройства и проводимых интервенций. Также она оказалась значимой при проведении анализа стигмы, связанной отдельно с депрессией, «психическим заболеванием» и психозом/шизофренией.

Образовательные интервенции сами по себе, или в комбинации с другими видами интервенций стабильно были связаны со снижением личной стигмы для всех видов психических расстройств. Исключение составила образовательная интервенция без иных видов интервенций, проводимая при шизофрении/психозе – в таком случае статистически значимого результата достигнуто не было.

Исследованию потребительского контакта было посвящено небольшое количество рандомизированных контролируемых исследований. Были получены доказательства эффективности интервенций, включающих контакт при комбинации результатов всех исследований, посвященных личной стигме, независимо от вида психического расстройства, но результат не явился статистически значимым при анализе исследований, посвященных исключительно потребительскому виду контакта без дополнительных интервенций. Схожим образом не было обнаружено доказательств снижения при помощи контакта стигмы, связанной с шизофренией/психозом. Интервенции, включающие потребительский контакт, были связаны со снижением стигмы для общего понятия «психическое заболевание», но количества исследований, посвященных эффекту исключительно потребительского контакта при стигме, связанных с «психическим заболеванием» недостаточно.

Эффекта по снижению личной стигмы для когнитивно-поведенческой терапии обнаружено не было, но в настоящее время данные достаточно скудные.

Эффективности интервенций по снижению воспринимаемой и интернализированной стигмы было посвящено меньшее количество исследований. Однако, в целом, при мета-анализе не было обнаружено результатов, свидетельствующих об эффективности интервенций для данных двух видов стигм.

В данном мета-анализе подтверждается заключение Corrigan и соавт. (14), согласно которому текущие интервенции по дестигматизации эффективны для снижения личной стигмы. Данное подтверждение важно, учитывая тот факт, что, в отличие от исследования Corrigan и соавт., мы объединили независимые величины эффекта. Кроме того, в данном анализе впервые появились количественные доказательства того, что интервенции по дестигматизации являются эффективными для отдельных видов психических расстройств, включающих депрессию и психоз/шизофрению. Однако, очевидно, что при исследовании интервенций по снижению личной стигмы не было уделено

внимания другим видам психических расстройств, поскольку было опубликовано только одно исследование, посвященное генерализованному тревожному расстройству (37), два – злоупотреблению ПАВ (22, 27), и вообще отсутствуют исследования, посвященные другим состояниям, таким как биполярное расстройство, паническое расстройство, социальная тревога, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство пищевого поведения. Абсолютно ясно, что для изучения эффективности интервенций по стигматизации для данных заболеваний необходимо проведение дальнейших исследований.

В данном исследовании подтверждается, что как интервенции с образовательным компонентом, так и интервенции, включающие потребительский контакт, эффективны для снижения стигмы. Однако, при проведении исключительно образовательных интервенций при шизофрении и психозе статистически значимого результата достигнуто не было, поэтому требуется дальнейшее изучение эффективности подобных интервенций. Более того, несмотря на то, что интервенции, включавшие компонент потребительского контакта, были в целом эффективны, данных мета-анализа недостаточно для того, чтобы сделать вывод, что контакт явился эффективным для дестигматизации сам по себе, или что контакт явился эффективным для снижения стигмы, связанной с депрессией или шизофренией/психозом. Поэтому, опять же, существует необходимость проведения дальнейших исследований эффекта потребительского контакта, в которых следует определить различие эффективности контакта, образования, образования в комбинации с контактом и наличия варьирования эффекта контакта в зависимости от вида психического расстройства.

Поразительным в результатах исследования явился низкий уровень величин эффектов, поэтому, для разработки более эффективных интервенций и исследования важности фокусировки на специфических группах риска необходимы дальнейшие исследования. Griffiths и соавт. (4) в своём австралийском национальном исследовании предикторов личной стигмы отметили, что у пожилых людей и людей, рождённых за пределами Австралии, имелся более высокий уровень личной стигмы, чем у других их соотечественников. В австралийском исследовании интервенций Kioroulou и соавт. (41) изучали мнение других, более старших и не англоговорящих жителей страны. Этим, отчасти, можно объяснить, почему в последнем исследовании отмечалась наивысшая величина эффекта среди всех исследований, посвященных личной стигме, хотя, другим обоснованием может послужить отсутствие наблюдения в динамике. Следует особенно внимательно подойти к фокусировке на лицах, с наивысшим риском личной стигмы для депрессии и генерализованного тревожного расстройства, эта группа включает, например, мужчин и лиц, имеющих наименьший контакт с людьми, страдающими психическими заболеваниями (4, 58).

Несмотря на то, что нами были обнаружены доказательства эффективности доступных интервенций для снижения личной стигмы, мы отметили, что существующих на настоящее время интервенций недостаточно для снижения воспринимаемой стигмы. Ни в одном из сравнительных исследований не было обнаружено статистически значимых эффектов. В нескольких исследованиях, по сравнению с личной стигмой, фокус был направлен на интервенции по снижению воспринимаемой стигмы. Поэтому неудивительно, если мы предположим, что воспринимаемая стигма является точным отражением актуального уровня стигмы в обществе. Однако, проводя параллель между мероприятиями по снижению личной и воспринимаемой стигмы, Griffiths и соавт. (4, 6) привели данные, согласно которым можно предположить, что существует

переоценка существующей в нашем обществе степени стигматизации; это заключение подтверждается и другими исследователями, использующими те же шкалы (59, 60). Поскольку воспринимаемая стигма представляет собой барьер для обращения за помощью у лиц, страдающих психическими заболеваниями (61) и может мешать их трудоустройству, существует необходимость определения интервенций, эффективных для снижения данного вида стигмы.

Следует обратить пристальное внимание на малое количество исследований ($N=3$), посвященных интервенциям при интернализированной стигме и отсутствие эффективных интервенций по снижению данного вида стигмы. Все исследованные интервенции включали когнитивную или когнитивно-поведенческую терапию (включая терапию принятия обязательств). Следует изучить, могут ли данные интервенции с целью дестигматизации применяться по-другому и выявить альтернативные эффективные подходы. Если учесть, что самостигматизация отражает интернализацию отрицательного отношения общества (62), следует предположить, что интервенции, эффективные для снижения воспринимаемой стигмы, также могут снизить и самостигматизацию.

Обнаруженный нами факт, что интервенции по дестигматизации, проводимые посредством интернета были не менее эффективны чем интервенции, проводимые иными способами, позволяет предположить, что на базе интернета можно создать программы по дестигматизации, охватывающие широкий круг общественности. В настоящее время многие программы по дестигматизации в школах и офисах проводятся при личном контакте. Это требует высокой затраты ресурсов, а, кроме того, качество проводимых интервенций может отличаться у разных тренеров. Онлайн-интервенции могут проводиться со значительно большей гибкостью, с меньшими личностными и ресурсными затратами, но более качественно. Учитывая низкие размеры эффектов, здесь также важна финансовая сторона вопроса.

Очевидно, что наиболее качественное исследование интервенций по дестигматизации было проведено среди студентов сельской местности, и что существует выраженный недостаток исследований среди общей популяции, представителей сферы здравоохранения, офисных работников, школьников, учителей и преподавателей ВУЗов, представителей военных сил и лингвистически различных групп. Кроме того, очень малое количество исследований интервенций по дестигматизации было проведено за пределами Соединённых Штатов и Австралии или в странах с низким и средним уровнем дохода, и только в 20% исследований имелся период наблюдения динамики в течение 6 месяцев и более. И, наконец, существует необходимость улучшить качество проводимых в данной области исследований, особенно в отношении систематической ошибки, связанной с выбыванием участников и применением анализа всех рандомизированных пациентов, а также в отношении систематической ошибки, связанной с ходом исследования.

Основным ограничением нашего мета-анализа явилось недостаточное количество исследований, в которых изучался эффект интервенций по дестигматизации для различных видов психических расстройств и разных типов интервенций, особенно касаясь потребительского контакта, что ограничило возможные выводы о сравнительных эффектах интервенций в зависимости от вида психического расстройства или типа интервенции. Кроме того, мы сильно ограничили наш анализ, включив в него только те исследования, в которых были опубликованы данные, необходимые для оценки величин эффектов. И, наконец, наше исследование было ограничено работами, выполненными на английском языке.

Подводя итоги, следует сказать, что по результатам нашего мета-анализа было выявлено, что имеющиеся на данный момент интервенции по дестигматизации являются эффективными для снижения личной стигмы. Для определения эффективности интервенций по снижению воспринимаемой или интернализированной стигмы для разных видов психических расстройств требуется проведение дальнейших исследований. Также требуется дальнейшее исследование эффективности потребительского контакта для дестигматизации и сравнение его эффективности с таковой для образовательных интервенций. В целом, величины эффектов оказались достаточно низкими, что указывает на выраженную необходимость проведения дальнейших исследований по разработке новых, более эффективных мероприятий по дестигматизации. Экономным способом осуществления таких интервенций является их распространение через интернет. И, наконец, имеется крайне малое количество исследований, посвящённых эффективности интервенций по дестигматизации в школах и офисах, хотя они представляют собой выгодные площадки для реализации программ по дестигматизации по всему миру.

Благодарности

Авторы выражают свою благодарность J. Norton, T. Reardon и V. Jones за их вклад в кодирование входящих в исследование работ. Работа К.М. Griffiths выполнена при поддержке национального совета по охране здоровья и медицинским исследованиям Австралии № 1059620.

Библиография

1. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF et al. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:51-4.
2. Corrigan PW, Edwards AB, Green A et al. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27:219-25.
3. Link BG, Struening EL, Rahav M et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997;38:177-90.
4. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12:155-64.
5. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry* 2008;8:25.
6. Griffiths KM, Batterham PJ, Barney L et al. The Generalised Anxiety Stigma Scale (GASS): psychometric properties in a community sample. *BMC Psychiatry* 2011;11:184.
7. Mond JM, Robertson-Smith G, Vetere A. Stigma and eating disorders: is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community? *J Ment Health* 2006;15:519-32.
8. Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H et al. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006;6:21.
9. Commonwealth of Australia. Fourth National Mental Health Plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009 - 2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
10. Minister of Health. Te Tahuhu – improving mental health 20052015. The second New Zealand Mental Health and Addiction Plan. Wellington: Ministry of Health, 2005.
11. The Scottish Government. Mental Health Strategy for Scotland: 2012-1015. Edinburgh: Scottish Government, 2012.
12. World Health Organization. Mental Health Action Plan: 20132020. Geneva: World Health Organization, 2013.
13. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

14. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 2012;63:963-73.
15. Clement S, Lassman F, Barley E et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD009453.
16. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L et al. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatr Serv* 2012;63:974-81.
17. Grifëths KM, Christensen H, Jorm AF et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:342-9.
18. Heilbig S, Hoyer J. A minimal intervention for waiting list patients in outpatient behavior therapy. *Verhaltenstherapie* 2007;17:10915.
19. Schenner M, Kohlbauer D, Gunther V. Communicate instead of stigmatizing – does social contact with a depressed person change attitudes. *Neuropsychiatrie* 2011;25:199-207.
20. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E et al. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health* 2011;21:163-76.
21. Bayar MR, Poyraz BC, Aksoy-Poyraz C et al. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009;46:226-30.
22. Bennett JB, Lehman WE. Workplace substance abuse prevention and help seeking: comparing team-oriented and informational training. *J Occup Health Psychol* 2001;6:243-54.
23. Irvine AB, Billow MB, Eberhage MG et al. Mental illness training for licensed staff in long-term care. *Issues Ment Health Nurs* 2012;33:181-94.
24. Brown SA, Evans Y, Espenschade K et al. An examination of two brief stigma reduction strategies: ãlmed personal contact and hallucination simulations. *Community Ment Health J* 2010;46:494-9.
25. Campbell M, Shryane N, Byrne R et al. A mental health promotion approach to reducing discrimination about psychosis in teenagers. *Psychosis: Psychol Soc Integr Approaches* 2010; 3: 41-51.
26. Castro CA, Adler AB, McGurk D et al. Mental health training with soldiers four months after returning from Iraq: randomization by platoon. *J Trauma Stress* 2012;25:376-83.
27. Corrigan PW, River LP, Lundin RK et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27:187-95.
28. Corrigan PW, Rowan D, Green A et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull* 2002;28:293-309.
29. Corrigan PW, Watson AC, Warpinski AC et al. Implications of educating the public on mental illness, violence, and stigma. *Psychiatr Serv* 2004;55:577-80.
30. Demyan AL, Anderson T. Effects of a brief media intervention on expectations, attitudes, and intentions of mental health help seeking. *J Couns Psychol* 2012;59:222-9.
31. Donohue B, Dickens Y, Lancer K et al. Improving athletes' perspectives of sport psychology consultation: a controlled evaluation of two interview methods. *Behav Modif* 2004;28:182-93.
32. Farrer L, Christensen H, Grifëths KM et al. Web-based cognitive behavior therapy for depression with and without telephone tracking in a national helpline: secondary outcomes from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14:e68.
33. Finkelstein J, Lapshin O, Wasserman E. Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Educ Couns* 2008;71:204-14.
34. Fung KM, Tsang HW, Cheung W. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;189:208-14.
35. Fung MT. Stages of change, self-stigma, and treatment compliance among Chinese adults with severe mental illness. Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University, 2010.
36. Greenberg N, Langston V, Everitt B et al. A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. *J Trauma Stress* 2010;23:430-6.
37. Gulliver A, Grifëths KM, Christensen H et al. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14:e69.
38. Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA et al. Mental health ãrst aid training by e-learning: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:1072-81.
39. Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG et al. Mental health ãrst aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry* 2010;10:e51.
40. Kaplan SA, Vogel DL, Gentile DA et al. Increasing positive perceptions of counseling: the importance of repeated exposures. *Counsel Psychol* 2012;40:409-42.
41. Kiroopoulos LA, Grifëths KM, Blashki G. Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italianborn immigrants living in Australia: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2011;13:e34.
42. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health ãrst aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2004;4:e23.
43. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC et al. Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:43-53.
44. Proudfoot J, Parker G, Manicavasagar V et al. Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2012;142:98-105.
45. Saporito JM. Reducing stigma toward seeking mental health treatment. Charlottesville: University of Virginia, 2009.
46. Seal KH, Abadjian L, McCamish N et al. A randomized controlled trial of telephone motivational interviewing to enhance mental health treatment engagement in Iraq and Afghanistan veterans. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:450-9.
47. Sharp WG. Help-seeking and mental health education: an evaluation of a classroom-based strategy to modify help-seeking for mental health problems. Mississippi: University of Mississippi, 2007.
48. Wood AL, Wahl OF. Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatr Rehabil J* 2006;30:46-53.
49. Yanos PT, Roe D, West ML et al. Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: ãndings from a randomized controlled trial. *Psychol Serv* 2012;9: 248-58.
50. Dias-Vieira C. An analogue study of stigma, help-seeking attitudes, and symptom severity in postpartum depression. Kingston: University of Rhode Island, 2005.
51. Jorm AF, Kitchener BA, O'Kearney R et al. Mental health ãrst aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry* 2004;4:33.
52. Penn DL, Chamberlin C, Mueser KT. The effects of a documentary ãlm about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophr Bull* 2003;29:383-91.
53. Higgins J, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* 4.2.6. Chichester: Wiley, 2006.
54. Borenstein M, Hedges L, Higgins J et al. *Comprehensive meta-analysis version 2*. Englewood: Biostat, 2005.
55. Higgins J, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* 5.1.0. www.cochrane-handbook.org.
56. Valentine JC, Pigott TD, Rothstein HR. How many studies do you need? A primer on statistical power for meta-analysis. *J Educ Behav Stat* 2010;35:215-47.
57. Duval S, Tweedie R. Trim and ãll: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics* 2000;56:455-63.
58. Batterham PJ, Grifëths KM, Barney LJ et al. Predictors of generalized anxiety disorder stigma. *Psychiatry Res* 2013;206 :282-6.
59. Calear AL, Grifëths KM, Christensen H. Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: magnitude and predictors. *J Affect Disord* 2011;129:104-8.

60. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord* 2013;150:320-9.
61. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H et al. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health* 2009;9:61.
62. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 2012;57:464-9.
- DOI 10.1002/wps.20129